

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Nubia Maria de Souza Horiba

UM OLHAR DA ENFERMAGEM À SAÚDE NO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL
INDÍGENA DO ALTO RIO NEGRO

Rio de Janeiro

2012

Núbia Maria de Souza Horiba

UM OLHAR DA ENFERMAGEM À SAÚDE NO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL
INDÍGENA DO ALTO RIO NEGRO

Dissertação de mestrado apresentada a Escola
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como
requisito parcial para obtenção do título de
mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientador: Profº. Dr Paulo Peiter

Rio de Janeiro

2012

H811u

Horiba, Nubia Maria de Souza

Um olhar da enfermagem à saúde no distrito sanitário especial indígena do Alto Rio Negro/ Núbia Maria de Souza Horiba - Rio de Janeiro, 2012./ Núbia Maria de Souza Horiba - Rio de Janeiro, 2012.

75 f. : il. ; graf.

Orientador: Paulo Peiter

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

1. Enfermagem. 2. Saúde. 3. Indígena. 4. Brasil I. Peiter, Paulo. II. Título

CDD 610.73

Nubia Maria de Souza Horiba

UM OLHAR DA ENFERMAGEM À SAÚDE NO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL
INDÍGENA DO ALTO RIO NEGRO

Dissertação de mestrado apresentada a Escola
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como
requisito parcial para obtenção do título de
mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovado em 30/03/2012.

BANCA EXAMINADORA

Professor Doutor Paulo Peiter - (IOC/FIOCRUZ)

Professora Doutora Karla Bianca Fernandes da Costa Fontes - (FOUFF/PUNF)

Professor Doutor Júlio César França Lima – (EPSJV/FIOCRUZ)

Dedico este trabalho a meu pai e minha mãe, queridos que servem sempre de inspiração e de quem as lembranças fazem meu coração se encher de lágrimas e saudade.

AGRADECIMENTOS

A Deus por mais um desafio alcançado e vencido, e pela compreensão da lição deixada por meu pai, sobre a necessidade da luta e valorização contínua do direito à vida e a saúde.

Ao meu marido e aos meus filhos, por toda compreensão e carinho nos momentos de ausência.

Ao Prof. Professor Doutor Júlio César França Lima da EPSJV/FIOCRUZ.

Ao Prof. Professor Doutor Andrey Moreira Cardoso da DENSP/ENSP/FIOCRUZ.

Aos Povos Indígenas que habitam nas comunidades dos rios Xié e Içana, pela amizade, solidariedade e alegria com que sempre me receberam, e pela demonstração do verdadeiro significado da expressão “viver em comunidade”.

Ao **Prof. Dr. Paulo Peiter**, meu orientador, pela dedicação, paciência, por sempre compreender minhas ausências nas diferentes etapas dessa pesquisa, pois a conclusão desta, teria sido inatingível sem seu encorajamento para um novo começo; pelo direcionamento preciso na execução, orientação valiosa que permitiu meu constante crescimento. E, principalmente, pela oportunidade de compartilhar de seus conhecimentos e ter o privilégio de sua convivência.

“Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir”.

Michel Foucault

RESUMO

Este estudo discute o modelo de atenção à saúde da população indígena vigente no Brasil na perspectiva do trabalho de enfermagem nas equipes de saúde indígena do Distrito Especial de Saúde Indígena do Alto Rio Negro - AM. Trata-se de uma pesquisa exploratória realizada com intuito de tornar explícito o problema do processo de trabalho da enfermagem nas equipes de saúde indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) inseridas no modelo de atenção a saúde indígena brasileiro implantado no final da década de 1990. Portanto, este trabalho pretende rever e discutir a prática do cuidado em saúde indígena à luz do arcabouço teórico empregado para fornecer subsídios para o aperfeiçoamento do modelo de atenção à saúde indígena no Brasil em particular no que se refere às práticas e ações de saúde realizadas com essas populações específicas. Essa dissertação apontou alguns nós críticos do modelo de saúde indígena praticado no Brasil, que apesar dos avanços em termos de concepção, e de organização em forma de Distritos Especiais Indígenas, ainda há muito que fazer em termos de organização do processo de trabalho, composição das equipes, formação e capacitação de profissionais, permanência e envolvimento desses nos DSEIs, e gestão. Uma das chaves para a solução desses problemas poderia ser a territorialização da atenção, com a confecção de um planejamento local de saúde com a participação das comunidades, de modo a direcionar as intervenções de acordo com a situação de saúde cada comunidade, seus problemas e necessidades de saúde, mas também suas potencialidades e respostas sociais.

Palavras-Chave: Enfermagem. Saúde Indígena. Alto Rio Negro. Brasil.

ABSTRACT

This study discusses the model of health care for indigenous people in Brazil from the perspective of the nursing work in health teams Special Indigenous Health District of the Upper Rio Negro - AM. This is an exploratory research with the aim of making explicit the problem of the process of nursing in health teams of the Special Indigenous Health District of the Upper Rio Negro - AM. (DSEI) included in the model of the Brazilian indigenous health care implemented at the end of the 1990s. Therefore this paper intends to review and discuss the practice of indigenous health care in the light of the theoretical framework of indigenous public health and the social sciences with the framework of categories like health labour and intersubjectivity that can provide subsidies for the improvement of the model of attention to indigenous health in Brazil with particular regards to health practices and actions taken with such specific populations. This study pointed out some critical nodes of the model of indigenous health practiced in Brazil, despite the advances in design, and organization in the form of Indigenous Health Districts, there is still much to do in terms of organization of the work process, composition teams, professional training, retention and involvement of the staff in these DSEIs and management. One of the keys to solving these problems could be the territorialization of attention, with the construction of a local health planning with the participation of communities, in order to guide interventions according to each community health status, problems and needs but also their potential and social responses

Keywords: Nursing. Indigenous Health. Alto Rio Negro. Brazil.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Estrutura Organizacional do Distrito Sanitário Especial Indígena.....	53
----------	---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Mortalidade por Causas – DESAI – 2000	34
Gráfico 2	Mortalidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias – DESAI -2000.....	35
Gráfico 3	Principais Doenças nas Comunidades Indígenas	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Prevalência de HIV nas Aldeias.....	36
Tabela 2	Prevalência de Sífilis nas Aldeias	37
Tabela 3	Quantidade de famílias em cada Pólo Base	51
Tabela 4	Quantidade de profissionais do DSEI/ARN.....	52
Tabela 5	Tipos de teste rápido para HIV	64

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Comparativo de algumas atividades do trabalho dos enfermeiros.....	42
----------	--	----

LISTA DE SIGLAS

AIS	Agente Indígena de Saúde
CASAI	Casa de Saúde do Índio
CID	Classificação Internacional de Doenças
COSAI	Coordenação da Saúde do Índio
CNPSI	Conferência Nacional de Proteção a Saúde do Índio
CNPI	Conselho Nacional de Proteção aos Índios
CISI	Comissão Intersetorial de Saúde do Índio
CONDISI	Conselho Distrital de Saúde Indígena
CORE	Coordenação Regional da Funasa
COSAI	Conselho de Saúde Indígena
COSAI	Coordenação da Saúde do Índio
DESAI	Departamento de Saúde Indígena
DEOPE/FNS	Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde
DEOPE/FNS	Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde
DIP	Doenças Infecciosas e Parasitárias
DSEIs	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
SAEI	Secretaria de Acompanhamento e Estudos Institucionais
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIASI	Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena
SNT	Serviço Nacional de Tuberculose
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSA	Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 AS POPULAÇÕES INDÍGENAS NO CONTEXTO DAS SOCIEDADES MAIS AMPLAS E PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	15
1.2 A EMERGÊNCIA DA SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL	21
1.3 A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL.....	23
2 SITUAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL	34
3 TRABALHO EM SAÚDE	40
3.1 ATENÇÃO A SAÚDE DE POVOS INDÍGENAS E INTERSUBJETIVIDADE	44
4 O DSEI DO ALTO RIO NEGRO	47
4.1 O TRABALHO NA SAÚDE INDÍGENA DO DSEI-ARN	48
4.2 MODELO DE ATENÇÃO E AS PRÁTICAS NO DSEI DO ALTO RIO NEGRO.....	50
5 CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS	75

INTRODUÇÃO

A experiência como enfermeira integrante da equipe de saúde indígena no Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro (DSEI-ARN), em São Gabriel da Cachoeira, no estado do Amazonas, no período de 2007 a 2008, me despertou para a grande riqueza cultural do Brasil. O trabalho no Alto Rio Negro com populações pertencentes a um dos troncos linguísticos de uma das três famílias linguísticas existentes no Amazonas (Tukano Oriental, Aruak e Maku), foi apaixonante, por me permitir perceber essa riqueza cultural, além da diversidade e beleza natural. Por outro lado, me mostrou o desafio que é trabalhar em um contexto tão distinto ao urbano, do Centro-sul do país.

As difíceis condições de trabalho, as dificuldades de comunicação por conta das diferenças sócio-culturais e de concepção de saúde, cuidado e de relação com o ambiente provocaram em mim uma profunda curiosidade e vontade de compreender melhor aquela realidade.

Inserida numa equipe de saúde indígena atuando diretamente com os problemas cotidianos e situações inesperadas, ou seja, não contempladas em nenhum esquema prescrito pelo sistema de saúde indígena, me vi diversas vezes envolvida em situações onde tinha de tomar decisões sem um preparo para tal, o que gerava angústia e a sensação de desamparo.

Foi neste contexto que nasceu o desejo de refletir sobre o trabalho do enfermeiro das equipes de saúde indígena, suas atribuições, responsabilidades, seu processo de trabalho e seus desafios, objeto dessa dissertação.

O objetivo deste trabalho é discutir o modelo de atenção à saúde da população indígena vigente no Brasil na perspectiva do trabalho de enfermagem nas equipes de saúde indígena do Distrito Especial Indígena do Alto Rio Negro.

Trata-se de uma pesquisa exploratória realizada com intuito de tornar explícito o problema do processo de trabalho da enfermagem nas equipes de saúde indígena dos Distritos Sanitários Indígenas (DSEI) inseridas no modelo de atenção a saúde indígena brasileiro implantado no final da década de 1990.

Tendo em conta a multiplicidade da realidade vivida pelos enfermeiros nos distintos DSEIs, decidiu-se centrar o estudo no Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro, tratando-se portanto de um estudo de caso.

Esta pesquisa foi realizada através de levantamento bibliográfico (artigos, livros, legislação e documentos oficiais) e valeu-se da experiência crítica da autora que trabalhou no referido DSEI.

A revisão bibliográfica procurou fazer um diálogo com a literatura produzida nas últimas duas décadas sobre questões ligadas à saúde indígena, partindo da constituição da questão indígena no mundo e no Brasil, e sua relação com a formulação de políticas públicas voltadas especificamente para a saúde dos povos indígenas.

Interessou-nos estudar a formulação da política de saúde indígena, a construção do modelo de atenção a esse segmento da população e seu reatamento no trabalho da enfermagem, elemento focal dessa dissertação.

A dissertação está dividida em quatro capítulos. O primeiro capítulo apresenta um breve panorama das questões indígenas no mundo e de alguns modelos de saúde indígena, comparando com questão indígena no Brasil e a construção de políticas de saúde indígena nesse país.

No capítulo 2, descrevem-se os principais marcos do processo de construção de uma política especial de saúde indígena no Brasil e o modelo de saúde indígena brasileiro, mostrando como está estruturado espacialmente e seu modelo de gestão.

O terceiro capítulo aborda o trabalho em saúde, a categoria trabalho e as peculiaridades do trabalho em saúde indígena no DSEI do Alto Rio Negro.

No último capítulo discutem-se as ações de saúde realizadas no Alto Rio Negro, articulando as noções de trabalho em saúde indígena, interculturalidade, atenção à saúde de povos indígenas e intersubjetividade com a realidade do serviço, encontrada no DSEI do Alto Rio Negro.

Desta forma este trabalho ao rever e discutir a prática do cuidado em saúde indígena à luz do arcabouço teórico da Saúde Pública e das Ciências Sociais empregado, poderá fornecer subsídios para o aperfeiçoamento do modelo de atenção à saúde indígena no Brasil em particular no que se refere às práticas e ações de saúde realizadas com essas populações específicas.

1 AS POPULAÇÕES INDÍGENAS NO CONTEXTO DAS SOCIEDADES MAIS AMPLAS E PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Atualmente, a saúde e a doença vêm sendo entendidas, intimamente vinculadas às condições em que as pessoas vivem e produzem no interior da sociedade. Por este motivo o perfil epidemiológico de um determinado grupo social varia em uma mesma sociedade, seja rural ou urbana. Esse perfil é também mutável no tempo, o que implica em reconhecer que o indivíduo deixa de ser o único responsável pela sua doença ou pela manutenção de sua saúde. “Na medida em que estas doenças são geradas ou alteradas no Corpo Social, o Estado deve responsabilizar-se pela promoção, recuperação e manutenção da saúde dos cidadãos”. (CORDON, 1996, p.36)

A política de saúde para os povos indígenas é uma das questões mais delicadas e problemáticas da política indigenista oficial.

Historicamente, no processo de colonização e conquistas de terras pelas principais potências mundiais no século XV e XVI, a saber a Inglaterra, a Holanda, a Espanha e Portugal, implicou em grande sofrimento aos nativos indígenas com a expropriação de suas terras, a escravização e a catequização.

Suas culturas foram proibidas e muitas comunidades indígenas foram dizimadas ao longo desse processo. Os que não padeceram pelos maus tratos padeceram por doenças trazidas pelo homem-branco. Sensíveis às enfermidades trazidas por não-indios e, muitas vezes, habitando regiões remotas e de difícil acesso, as populações indígenas foram vítimas de doenças como a malária, tuberculose, infecções respiratórias, hepatite, doenças sexualmente transmissíveis, entre outras (ISA, 2011, p.3).

Em pleno século XXI as populações indígenas remanescentes ainda convivem com processos de expropriação, mas já existem salvaguardas legais e uma conscientização dos seus direitos enquanto povos culturalmente distintos, mas pertencentes à nação brasileira e portanto, merecedores de respeito e acesso aos resultados do desenvolvimento social, dentre eles à atenção à saúde e aos avanços da medicina.

A saúde é um direito assegurado na nossa Constituição e como tal se estende às populações indígenas. Esse direito vai além do setor saúde, quando considera-se o conceito ampliado de saúde, segundo o qual, a saúde vai além dos aspectos meramente biofísicos ou ausência da doença, abarca um conjunto de necessidades de saúde das populações indígenas.

Para as populações indígenas é a concepção ampliada de saúde a mais próxima e adequada, pois é dessa forma que encaram o processo saúde-doença. Para eles, a saúde e a

doença relacionam-se intrinsecamente com o território, o ambiente, o modo de vida, os costumes e a espiritualidade. Para compreender melhor, King, Smith e Gracey (2009, p. 76) relata que *o Anishinabek¹ na palavra (Ojibway) Bmaadis*, que se traduz em viver a vida boa ou estar bem vivo, envolve a crença na importância do equilíbrio. Todos os quatro elementos da vida como o desenvolvimento emocional, mental e espiritual são representados nas quatro direções da roda da cura.

Nesse sentido, a questão do território é também fundamental para a saúde indígena, como ficou demonstrado historicamente, pelos efeitos nefastos da restrição do acesso às terras tradicionais indígenas no processo de colonização e nos séculos que se seguiram.

A perda da terra para caçar, para o plantio das lavouras e para a pesca, o que é tradicional para a população indígena provoca tal desequilíbrio nestas populações que inclusive ameaça a sua existência.

Para os povos indígenas território e alimento são inseparáveis, ou seja, a perda das terras ou alteração significativa das condições ambientais provoca a fome e a desnutrição.

Segundo Gracey (2009, p. 65):

Embora os povos indígenas tenham uma cultura milenar são sempre representados como menos favorecidos. ...A restrição ao acesso aos alimentos frescos, nutritivos e um serviço de saúde inadequado, agrava ainda mais as condições de saúde desta população o que os torna suscetível a doenças.

O delicado equilíbrio entre as populações indígenas e a natureza que os envolve e de onde são extraídos os recursos que sustentam a reprodução social e biológica rompe-se com facilidade, mediante a introdução de elementos não indígenas no ambiente, um exemplo é a introdução de alimentos industrializados. Isso acontece pela falta de acesso que muitos indígenas encontram em conseguir alimentos tradicionais, dependendo exclusivamente de alimentos vendidos na comunidade ou nas cidades próximas.

Nesse sentido, a criação de terras indígenas ou reservas indígenas faz parte de uma política para a preservação dessas populações a partir da constatação ou aceitação de que o território é elemento vital para as mesmas. Entretanto alguns especialistas sinalizam problemas ocorridos com a criação de reservas indígenas no Canadá.

Gracey (op. cit., 2009), aponta que a criação de reservas pode ter gerado nas populações indígenas uma pré-disposição a doenças, devido a sedentarização decorrente da

¹ Tribos da America do Norte - O Ojibwa, o Anishinaabe, ou o Chippewa (também Ojibwe, Ojibway, Chippeway, Anishanabe, ou Anishinabek) são os maiores grupos das primeiras Nações Nativas Americanas ao norte do México, incluindo Métis. São os terceiros maiores nos Estados Unidos, ultrapassados somente por Cherokee e pelo Navajo.

delimitação das terras, já que levou essas populações a uma mudança de modo de vida, antes nômade, para o sedentarismo, além disso, acredita-se que tenha exacerbado o racismo e a marginalização.

As populações indígenas das reservas, das áreas rurais, ou mesmo aquelas famílias que residem nas cidades sofreram durante gerações e ainda sofrem discriminação por parte dos não indígenas. Este fato faz com que o relacionamento social dentro das comunidades e entre os indígenas seja muito frágil.

No processo de encontro entre civilizações as populações mais vulneráveis como as indígenas sofreram grandes perdas do ponto de vista lingüístico, tradições e costumes, como seu modo de vestir, sua religião, suas cerimônias, seus rituais e sua medicina tradicional.

A influência da vida moderna no modo de vida indígena, com a aproximação cada vez maior destes com as populações não-indígenas, tem levado a aquisição de novos hábitos de vida, com a eventual perda do modo de vida tradicional, ainda que sabe-se que a vida tradicional de muitos povos já tinha sofrido grande perda com o processo de colonização.

No mundo contemporâneo ainda são grandes as perdas de cultura e identidades indígenas, apesar do maior reconhecimento da diversidade dos povos indígenas e das políticas de preservação das suas culturas milenares, pois a inserção na sociedade envolvente não ocorre de forma equitativa. Diversas comunidades indígenas foram expulsas de seus territórios originais e vivem em terras improdutivas, ou quando em cidades vivem na periferia ou favelas. Para GRACEY (2009) fica claro que o nível socioeconômico é um fator determinante da disparidade na saúde indígena, independentemente da etnicidade.

As línguas indígenas estão sendo perdidas em todo o mundo e com elas grande parte da identidade étnica. Desse modo a revitalização da linguagem pode ser vista como uma estratégia para promoção a saúde.

A fragilidade ocorre em todas as dimensões da vida incluindo a saúde. As populações indígenas por uma série de fatores genéticos e imunológicos são mais suscetíveis a infecção por microorganismos circulantes nas populações não indígenas, essas infecções tendem a ser mais graves e muitas vezes fatais.

A transmissão de doenças por vetores, ainda se encontra em larga escala principalmente em países tropicais onde a geografia e o clima são adequados para proliferação dos vetores. A malária, por exemplo, é uma endemia com altas taxas de incidência nestas populações. Medidas preventivas como o uso de mosquiteiro como proteção ainda são pouco frequentes (GRACEY, 2009, p. 69).

A diarreia ainda é responsável por grande parte da carga de doenças nas populações indígenas sendo as crianças as maiores vítimas. É grande o componente deste agravo na mortalidade infantil indígena (GRACEY, 2009, p. 68).

A resistência aos antibióticos é outro problema a ser enfrentado junto a estas populações devido a problemas na sua utilização inadequada (GRACEY, 2009, p. 68).

O HIV também é conhecido como a primeira “*pandemia pós-moderna*” afetando grupos indígenas com taxas altas de infecção, como ocorre nas populações indígenas do Alasca, alguns indígenas da Ásia, do Canadá, na África, na Guatemala.

As meningites e encefalites podem ser incapacitantes e são encontradas freqüentemente nas populações indígenas que, em longo prazo, podem apresentar complicações que muitas vezes podem ser fatais. No entanto, o tratamento pode não estar acessível para as populações indígenas. Alguns dos agentes causadores são bactérias, vírus ou fungos. Essas infecções podem causar cegueira, deficiência visual ou infecções como piomiosite que muitas das vezes são profundas e graves, principalmente, em crianças.

Por outro lado, observam-se alguns avanços na saúde indígena nas últimas décadas como a redução da transmissão do sarampo, que coube ao programa desenvolvido pela Organização Panamericana de Saúde com um sólido apoio político (FUNASA, 2002).

A vacinação em populações indígenas deveria ter alta prioridade. No entanto, existem resistências quanto ao custo de produção, transporte, facilidade para distribuição, profissionais com treinamento adequado para aplicar as vacinas, além de problemas de armazenamento nas áreas indígenas.

A maioria da população indígena não tem acesso a informação e infra-estrutura que são necessárias para prevenção e tratamento. As autoridades estão tentando controlar esses problemas, mas ainda não é prioridade controlar problemas tão graves de saúde pública.

Infelizmente, não temos dados suficientes para responder questões globais sobre o estado de saúde das populações indígenas, contudo segundo King, Smith e Gracey (2009, p. 83), “são evidentes as necessidades de melhorar socioeconomicamente as condições globais das populações vulneráveis”.

Durante 17 anos, o governo australiano obteve o pior índice da diferença de mortalidade entre o indígena e não-indígena. Como redução de parâmetros o Governo assumiu a responsabilidade incluindo em seu programa, total infra-estrutura habitacional, melhores oportunidades de emprego e um maior acesso a saúde para a população indígena. Apesar disso, os indígenas Australianos pouco se envolveram com as estratégias sociais e da saúde que foram elaboradas (KING; SMITH; GRACEY, 2009).

Gracey (2009) relata maneiras simples de se proporcionar uma melhor saúde para a população indígena. Tais como: “Noções básicas de higiene, eliminação de água suja ou parada, tratamento de esgoto, encaminhamento adequado para o lixo e o tratamento imediato das úlceras de pele”.

Todavia para os aborígenes na Austrália, os principais fatores da sociedade interferem diretamente no processo da verdadeira saúde. Cabe ressaltar a proposta indígena da reforma constitucional australiana vista como processo.

Tem três objetivos potenciais: o reconhecimento dos povos indígenas como povos singulares que têm um lugar especial na história e na sociedade australianas; assegurar a proteção de direitos como a posse indígena da terra; e processos ou estruturas através dos quais os povos indígenas possam fortalecer ou desenvolver suas próprias sociedades ou definir seus direitos no futuro. (DODSON, 1995 p.10 apud BAINES, 1997).

As migrações indígenas para as cidades em geral frustram as suas expectativas. O desemprego e, conseqüentemente, as péssimas condições de vida levam o indígena a perceber que a vida na comunidade era bem melhor. As mulheres indígenas têm sido marginalizadas, não existindo um reconhecimento dos países desenvolvidos em relação à importância de sua saúde. Antes de 1986, no Canadá, as mulheres indígenas quando se casavam com um não indígena perdiam sua identidade indígena. Vale lembrar, que em caso de separação essas mulheres eram excluídas da comunidade ao retornarem para a reserva (ROWSE apud BAINES, 1997, p. 3).

O funcionamento das comunidades indígenas é mais harmonioso, cada um tem a sua função mesmo os mais velhos são respeitados e considerados membros de grande importância, por autoridades culturais, sobretudo em assuntos históricos e espirituais. Um problema atual apontado pelos referidos autores é a saída de jovens das aldeias, jovens esses que iriam prover as necessidades dos mais idosos.

Por este e tantos outros motivos, existe uma grande preocupação em se desenvolver uma política indígena que proteja os indígenas ao mesmo tempo preservando sua autonomia. Onde os povos indígenas devem receber um apoio para suas próprias soluções ao invés de soluções impostas e resolvidas para eles. Existe um questionamento quanto ao papel do governo em prestações de serviços aos indígenas.

O relatório de Dodson, como ficou conhecido, traz a discussão em relação à reforma constitucional, e em seu relatório contempla a valorização da cultura indígena propondo que os povos indígenas participem do processo de construção da organização da nação australiana.

Vale lembrar que organizações indígenas de alguns países têm assumido papéis na política de liderança em saúde e um belo exemplo é a Assembléia das Primeiras Nações no Canadá.

A devolução do poder aos povos indígenas canadenses iniciou-se quando o órgão indigenista oficial do governo *Department of Indian Affairs and Northern Development*, resolveu largar as políticas “*assimilacionistas*” que abrangiam a política indígena oficial. As reservas indígenas passaram a ser um centro de desenvolvimento, onde as lideranças indígenas têm o controle do direcionamento das verbas e o posicionamento dos projetos a serem executados nas reservas (HEDICAN, 1995 apud BAINES, 1997). Isso ocorreu somente após as emendas constitucionais em 1982, onde foi promulgado o reconhecimento dos direitos indígenas.

Mesmo diante da emenda constitucional o governo do Canadá ainda não fazia valer a emenda que culminou nas conferências indígenas no país. Os aborígenes canadenses organizaram protestos e manifestações, chegando ao poder decisório do Supremo Tribunal do Canadá. É a partir da década de 1990 que os direitos das lideranças indígenas passam a ser reconhecidos após a reforma constitucional do Canadá.

Baines (1997) afirma que Rowse avalia a *Native Title Act* na Austrália como uma “vitória política para os povos indígenas da Austrália, ao transformar a validação de posse indígena da terra de algo concedido pelo governo para algo que os povos indígenas concedem em troca de benefícios negociados” (ROWSE apud BAINES 1997, p. 127). Na Ata o direito dos territórios indígenas são dos indígenas não do Estado, reforçando ainda mais a lei consuetudinária².

Enfim, estas reflexões apontam a complexidade da questão indígena e consequentemente o desafio colocado para os Estados do aprovisionamento de uma atenção à saúde adequada e eficaz. A saúde é um direito desses povos que segundo a ONU na sua declaração sobre os Direitos da População Indígenas as pessoas indígenas têm direito a desfrutar por igual do nível mais alto possível de saúde física e mental. “Os Estados devem tomar as medidas que sejam necessárias para alcançar progressivamente a plena realização deste direito” (PNUD, 2007/2008, p. 6).

² É o direito que surge dos costumes de uma certa sociedade, não passa por um processo de criação de leis como no Brasil onde o legislativo cria leis, emendas constitucionais, medidas provisórias etc. No direito consuetudinário, as leis não precisam necessariamente estar num papel ou serem sancionadas ou promulgadas. Os costumes transformam-se nas leis.

1.2 A EMERGÊNCIA DA SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

A população indígena no Brasil no início do século XVI, era estimada em dois milhões de pessoas. Entre os séculos XVI e XIX as populações autóctones eram vistas como primitivos e pecadores cabendo ao homem branco de bem civilizá-los e catequizá-los, numa postura de total desconsideração e desrespeito pela cultura destes povos.

Os grupos religiosos sentiam-se na obrigação de evangelizá-los e destituir os hábitos e costumes “pecaminosos” dessas populações “selvagens”. Os colonizadores e desbravadores viam nessa população o potencial como mão de obra escrava para ajudar na conquista e manutenção das terras para Portugal.

A história do contato com os brancos já foi amplamente estudada mostrando o grau de destruição decorrente dessa forma de inserção social forçada e desrespeitosa, a começar pelo não reconhecimento do direito às terras ancestrais destes grupos tradicionais, e ainda pela transmissão e difusão de doenças exóticas para os indígenas, gerando uma elevada mortalidade nessas populações.

O resultado desse processo foi a dramática redução das populações indígenas no Brasil, estimadas atualmente em torno de 350 mil pessoas (IBGE, 2012). Portanto, é antigo o problema da saúde indígena no Brasil, entretanto o seu reconhecimento foi tardio.

Os povos indígenas estão presentes em todos os estados brasileiros, exceto no Piauí e Rio Grande do Norte, vivendo em 579 terras indígenas que se encontram em diferentes situações de regularização fundiária e que ocupam cerca de 12% do território nacional. Uma parcela vive em áreas urbanas, geralmente em periferias. (BRASIL, 2002)

Cerca de 60% dessa população vive no Centro-Oeste e Norte do país, onde estão concentradas 98,7% das terras indígenas. Os outros 40% da população indígena estão confinados em apenas 1,3% da extensão das terras indígenas, localizadas nas regiões mais populosas do Nordeste, Leste e Sul do país, ainda que numericamente constituam uma parcela de somente 0,2% da população brasileira, em algumas regiões, a presença indígena é significativa. Em Roraima, por exemplo, representa cerca de 15% da população do estado; 4% no Amazonas; e 3% no Mato Grosso do Sul. Tomando-se como base a população municipal, em grande número de localidades a população indígena é maioria, tanto em municípios amazônicos, quanto em outros das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste (BRASIL, 2002).

Muitos desses povos estão ameaçados de desaparecimento, sendo que entre alguns deles o número de indivíduos se reduziu a ponto de comprometer a sua reprodução biológica.

Enquanto que algumas dessas sociedades passam por processo de recuperação

populacional, como os pakaas novos, por exemplo, que hoje são mais de 2.000, outros como os latundê, sofreram um processo de redução e contam atualmente com apenas 37 indígenas. (FUNASA, 2002).

Os povos indígenas enfrentam situações distintas de tensão social, ameaças e vulnerabilidade. A expansão das frentes econômicas (extrativismo, trabalho assalariado temporário, projetos de desenvolvimento) vem ameaçando a integridade do ambiente nos seus territórios e também os seus saberes, sistemas econômicos e organização social. (BRASIL, 2002).

Não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde dessa população, mas sim de dados parciais, gerados pela FUNAI, pela FUNASA e diversas organizações não governamentais ou ainda por missões religiosas que, por meio de projetos especiais, têm prestado serviços de atenção à saúde aos povos indígenas. Embora precários, os dados disponíveis indicam, em diversas situações, taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira em geral. O alto número de óbitos sem registro ou indexados sem causas definidas confirmam a pouca cobertura e a baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis. (BRASIL, 2002)

A FUNAI reconhece que a mortalidade infantil entre os povos indígenas é superior à média nacional. Segundo levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o coeficiente de mortalidade infantil no Brasil em 2004 alcançou 25,1 para cada mil, e no caso dos indígenas ele alcançou, no mesmo ano, 47,48 para cada mil. (IBGE, 2012)

No Acre, o IBGE divulgou um estudo que mostra que o nível de mortalidade de crianças indígenas é vinte vezes maior que o indicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que é de três mortes para cada mil nascidos vivos. (IBGE, 2012)

A saúde indígena é uma temática de investigação de suma importância num país como o Brasil, que pretende universalizar o atendimento à saúde de sua população e diminuir as iniquidades. Sabe-se que a saúde das populações indígenas apresenta uma situação mais precária do que a da população geral, dadas as complexidades relacionadas às mudanças sociais, ambientais e econômicas e as ameaças que o modelo de desenvolvimento vigente no país impõem à esse segmento da população nacional.

Até hoje há situações regionais de conflito, em que se expõe toda a trama de interesses econômicos e sociais que configuram as relações entre os povos indígenas e demais segmentos da sociedade nacional, especialmente no que se refere à posse da terra, exploração de recursos naturais e implantação de grandes projetos de desenvolvimento. (BRASIL, 2002 p. 7)

Neste sentido, acredita-se que o processo de luta política do movimento indígena e indigenista ao longo de três décadas, foi uma resposta da sociedade civil organizada, formada pelos coletivos indígenas, intelectuais e simpatizantes da causa, às ameaças a essas populações advindas do modelo de desenvolvimento nacional, culminando dentre outras conquistas na criação de um subsistema de Atenção à Saúde dos Povos indígenas, sistema este em permanente discussão e aperfeiçoamento.

O processo que deu origem a constituição do atual modelo de saúde indígena no Brasil tem longa história e está enraizado na luta dessas populações pelo reconhecimento de seus direitos a terra, à diversidade cultural, à identidade e à saúde.

1.3 A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

O primeiro órgão nacional responsável pela atenção a saúde das populações indígenas no Brasil foi o Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI) (Decreto nº. 8.072, de 20 de junho de 1910). Este órgão foi criado na lógica integracionista onde o destino projetado para o indígena era o de se tornar trabalhador rural ou proletário urbano.

“Em 1918 o SPI foi separado da Localização de Trabalhadores Nacionais (Decreto-Lei nº. 3.454, de 6 de janeiro de 1918). Entretanto, mesmo com a separação, a premissa da integração pacífica dos índios continuou a basear a atuação do órgão” (ISA, 2012, p. 2)

O SPI passou por transformações sucessivas com a extinção de órgãos, criação de novas estruturas, modificação de funções e responsabilidades, mudanças de modelos de gestão, refletindo as lutas políticas e conquistas dos povos indígenas que passam de populações tuteladas consideradas como cidadãos de segunda categoria para verdadeiros protagonistas das políticas públicas voltadas para esse segmento populacional.

Sua atuação foi criticada por Pacheco (1985), pelo modelo tutelar que por um lado procurava proteger a cultura e as terras indígenas, mas por outro os expulsava para dar lugar à expansão econômica nacional. Além disso, sua atuação caracterizava-se por ações pontuais e emergenciais e esporádicas, limitando, portanto as possibilidades de melhoria efetiva e sustentável das condições de vida e saúde dessas populações.

O SPI continuamente envolvia de trabalhadores rurais à militares, pessoas que não possuíam qualquer preparação para lidar com questões indígenas. Suas atuações a frente dos Postos Indígenas em todo país, acabaram por gerar resultados opostos às diretrizes do SPI. Inúmeros casos de doenças na população, escravização e até mesmo fome eram denunciados.

A assistência à saúde dos grupos indígenas foi sempre desorganizada e esporádica. Mesmo com a criação do SPI não se instituiu qualquer forma de prestação de serviços sistemática à população. As informações disponíveis sobre condições de saúde vieram de relatos de missionários e de médicos participantes de expedições. (BRASIL, 2002)

Após a instituição do CNPI³ pautado no Decreto nº. 1.794, de 22 de novembro de 1939, foram destacados antropólogos para atuar na formulação das políticas indigenistas do Brasil. Dentre eles vale citar: Heloísa Alberto Torres, Darcy Ribeiro, Roberto Cardoso de Oliveira, Eduardo Galvão, entre outros, que se propuseram a prevenir o SPI com as premissas antropológicas da época, questionando os preceitos das práticas sertanistas.

Mesmo julgando inevitável a integração dos índios à sociedade nacional, defendiam que o órgão indigenista não se comprometesse a estimular este processo. Um deles foi Noel Nutels, que com objetivo de criar ações de saúde aos índios e às populações rurais de difícil acesso, na década de 50, propôs a criação do SUSA (Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas).

Segundo Costa (1987) o SUSA foi criado com o objetivo de prestar serviços aos índios e às populações de difícil acesso. Foi ligado administrativamente ao SNT (Serviço Nacional de Tuberculose), apesar de não restringir suas ações ao controle da tuberculose. Contou também com o apoio da FAB até 1964, que criou o Correio Aéreo Sanitário, ligado ao Correio Aéreo Nacional, transportando material e as equipes de saúde. (COSTA, 1987, p. 392)

Após a criação do SUSA, o trabalho se ampliou para os grupos indígenas do sul de Mato Grosso, e da área do Rio Negro (na Amazônia). As ações desenvolvidas foram vacinações, extrações dentárias e cadastro torácico (COSTA, 1987, p. 392)

Na década de 1960 sob acusações de genocídio, corrupção e ineficiência do SPI foram investigadas por uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI). O decurso levou à demissão de funcionários sem precedentes. Em 1967, em meio à crise institucional e ao início da ditadura, o SPI e o CNPI foram extintos e substituídos pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI).

Somente em 1968 aconteceu a mudança para a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), numa fusão do SPI, Conselho Nacional de Proteção dos Índios e do Parque Nacional do Xingu. Em relação à responsabilidade da prestação de assistência médica sanitária da FUNAI instalaram-se Equipes Volantes de Saúde, que visitavam as comunidades de forma periódica e ou emergenciais.

³ Conselho Nacional de Proteção aos Índios

A ação da FUNAI durante a ditadura foi marcada por uma cultura assimilacionista. A Lei nº 6.001 confere o estatuto do Índio aprovado em 1973, e ainda vigente, reafirmou as premissas de integração que permearam a história do SPI. Por um lado, pretendiam-se agregar os índios em torno de pontos de atração, como batalhões de fronteira, aeroportos, postos indígenas e missões religiosas. Por outro, o foco era isolá-los e afastá-los das áreas de interesse estratégico. Para realizar este projeto, os militares aprofundaram o monopólio tutelar: centralizaram os projetos de assistência, saúde, educação, alimentação e habitação; cooptaram lideranças e facções indígenas para obter consentimento; e limitaram o acesso de pesquisadores, organizações de apoio e setores da Igreja às áreas indígenas (POVOS INDÍGENAS NO BRASIL, 2006).

Deve-se ressaltar que nos anos 70, com o apoio do Conselho Indigenista Missionário (CIMI), lideranças indígenas de varias regiões do País, começaram a promover Assembleias Indígenas Intertribais para a discussão de seus problemas. Enquanto ano a ano aumentava o número de assembleias realizadas, crescia, no cenário nacional, a presença de alguns líderes como Mario Juruna(Xavante), Kretan e Xangrí (Kaingang) e Raoni (Txukarramãe).As questões voltadas para a garantia da terra, assistência a saúde e educação, eram pauta de questões urgentes nas assembleias. (BRASIL, 2012).

Entretanto, uma proposta governamental de emancipação dos índios, divulgada em 1978 e rejeitada por Universidades, Igrejas, Ordem dos Advogados, ONGs, etc., motivou os índios a superarem a esfera local, para debater e agir sobre seus problemas em âmbito nacional.Os fatos de 1978 contribuíram para que os índios criassem, em 1979, uma organização nacional; a UNI - União das Nações Indígenas. (BRASIL, 2012).

Esta procurou representar um papel simbólico de unificar as reivindicações indígenas, adotando nas suas atividades uma política de alianças com os movimentos de apoio aos índios espalhados pelo Brasil.

A UNI enfrentou problemas de institucionalização, pois era difícil representar, regularmente, interesses e povos dispersos pelo território brasileiro. Atuando na Constituinte, influenciou a elaboração do capítulo sobre os direitos indígenas da Constituição de 1988.

Essa representação nacional, diante de eventos de caráter continental ou mundial, levou a uma indianidade genérica, uma ação política e ideológica voltada para os problemas gerais dos índios e distante do dia-a-dia das aldeias. Nos anos 90, a UNI se enfraqueceu e deixou de operar enquanto havia um fortalecimento das organizações de âmbito local e regional. (BRASIL, 2012).

A própria Constituição de 1988 valorizou o poder político das aldeias, pois há necessidade de consulta às comunidades para o desenvolvimento de projetos de exploração mineral.

Assim, nos anos 90, surgiram organizações regionais como a FOIRN - Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro e a COIAB -Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira. Novamente com o apoio do CIMI, algumas lideranças começaram a construir uma nova organização nacional, o CAPOIB - Conselho de Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Brasil. (BRASIL, 2012).

Por todo o território nacional, as diversas organizações indígenas contam com a intermediação de ONGs no apoio as suas atividades. Entre as organizações as diferenças são grandes, envolvendo formas de representação, duração do mandato, tipos de alianças, etc. Em sua maior parte já estão registradas em cartório, pois procuram captar recursos externos à comunidade. Um levantamento realizado, em 1995, pelo Instituto Socioambiental revelou a existência de 109 organizações indígenas no Brasil. (BRASIL, 2012).

Até 1991 a FUNAI se manteve vinculada ao extinto Ministério do Interior, que sempre exerceu grande ingerência sobre suas ações. Os presidentes nomeados entre as décadas de 1970 e 1980 eram, em grande maioria, militares ou políticos de carreira pouco ou nada comprometida, e até mesmo contrária aos interesses indígenas. A administração foi centralizada em Brasília. Os postos indígenas foram mantidos e as inspetorias transformadas em delegacias regionais. Outras instâncias como: superintendências, administrações executivas, núcleos locais de apoio, foram criadas e extintas ao longo do tempo. Apesar destas modificações, a FUNAI se estruturou aos moldes do SPI, de modo mais ou menos centralizado, com grande rigidez burocrática, em três níveis especiais: nacional, regional e local (LIMA, 1992).

Apesar das irregularidades que levaram à extinção do SPI, seu quadro funcional foi transferido para a FUNAI. Com recursos escassos e mal contabilizados, a FUNAI continuou a operar, assim como o SPI, com profissionais pouco qualificados. Não se concretizou a proposta de se realizar planejamentos antropológicamente orientados, conduzidos por profissionais de formação sólidos, bem pagos e comprometidos com o futuro dos povos indígenas. O órgão foi permeado, em todos os níveis, por redes de relações pessoais, clientelistas e corporativas, que remetem ao paternalismo e ao voluntarismo que dominaram o velho SPI. A criação da FUNAI foi marcada pela ineficiência, desinteresse e dificuldade de operação, o que levou o órgão a limitar sua intervenção a favor dos índios a situações

altamente críticas, conflituosas e emergenciais, conseqüentes dos planos de colonização e exploração econômica que chegavam aos extremos do país (LIMA, 2002).

O governo Collor em 1991 realizou, por meio de decretos, uma ampla reforma das atribuições da FUNAI. As responsabilidades sobre saúde, educação, desenvolvimento rural e meio ambiente foram descentralizadas, e passaram a ser exercida pelos Ministérios da Saúde, Educação, Desenvolvimento Agrário e Meio Ambiente. As ações extra-FUNAI decretadas por Collor tomaram rumos distintos e impactaram de modos diferenciados os povos indígenas do Brasil.

No governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) estas políticas passaram a adquirir contornos administrativos mais precisos. Oportunamente algumas ONGs e associações indígenas passaram a participar ativamente do processo de implementação das políticas públicas.

A FUNAI com o Decreto 1775/96, Portaria 14/96 de 1991, passou a se concentrar nas políticas de regularização fundiária. Em 1996, o governo FHC modificou as regras para a demarcação de terras indígenas visando destacar a necessidade da participação indígena e o direito a contestação das partes afetadas.

Cabe mencionar na trajetória da construção de políticas de atenção aos indígenas a criação do Programa do Xingu, em 1965, através do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina, atual UNIFESP. Coordenado pelo Professor Dr. Roberto Baruzzi esse programa tinha como objetivo realizar o cadastramento, avaliação clínica e vacinação de todos os indígenas do parque do Xingu (CARDOSO, 2006). Dirigido prioritariamente para o levantamento, controle atendimento de epidemias e endemias locais, o programa de atenção a saúde indígena no Xingu vem operando, hoje também, por meio do programa de formação dos agentes indígenas de saúde.

Outro marco para a constituição das políticas de saúde indígena no Brasil foi a I Conferencia Nacional de Proteção a Saúde do Índio (I CNPSI) realizada concomitante à VIII Conferencia Nacional de Saúde em 1986, por sua vez o principal marco da Reforma Sanitária Brasileira.

A VIII Conferencia Nacional de Saúde, realizada em Brasília no ano de 1986, constituiu-se um momento importante para a conformação político-ideológica do setor tendo papel central na construção dos princípios do SUS, a ser promulgado na Constituição de 1988. (MENDES, 1995).

A VIII Conferencia Nacional de Saúde retratou o “Direito à saúde garantida pelo Estado e que este possibilitará condições dignas para o acesso universal e igualitário às ações

e serviços de promoção e recuperação da saúde em todos os níveis, a todos os habitantes no território nacional” (PAIM, 1986).

Essa conferência agregou vários movimentos políticos para discutir a atenção à saúde dos povos indígenas.

Um dos seus principais resultados foi a inclusão na Constituição Brasileira de 1988, no seu Capítulo VIII na questão dos direitos à saúde dos povos indígenas, do reconhecimento e o respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, estabelecendo a competência da União para legislar e tratar a questão indígena.

Com a criação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), em 1967, ações de saúde foram criadas nas Delegacias regionais da FUNAI, convênios com entidades governamentais e não governamentais foram assinados e com a colaboração do Ministério da Saúde, realizou-se o controle das principais endemias. No entanto, com capacidade operacional e administrativa insuficientes, esta atividade foi se atrofiando até a sua paralisação.

Até que, em 1986, afirmou-se a necessidade urgente de implantação de um modelo de atenção que garanta aos índios o direito universal e integral à saúde na I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. Nela dispunha a participação indígena nas políticas de saúde, a importância de se respeitar as especificidades étnicas e socioculturais e as práticas terapêuticas de cada grupo, assim como a criação de uma agência de saúde específica para assuntos indígenas.

Os direitos indígenas são de competência federal, assim, foi promulgada pela constituição federal, em 1988, no artigo 198 e regulamentado pelas leis nº 8.142/90 e 8.080/90 as regras gerais do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja gestão será exercida pelo Ministério da Saúde.

Em 1991, houve a necessidade da criação de uma Coordenação da Saúde do Índio (COSAI), subordinada ao Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde (DEOPE/FNS), com o papel de atender ao Decreto nº23/91 que transfere da FUNAI para o Ministério da Saúde (MS) a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde às populações indígenas.

Para assessorar o Conselho Nacional de Saúde/CNS na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena, em 1992 foi criada a Comissão Intersectorial de Saúde do Índio (CISI), formada pelos representantes do Governo Federal, de Universidades e de organizações não governamentais (ONGs) e representantes indígenas.

Ainda assim, era necessária a organização para a gestão política de atenção a saúde dos povos indígenas, feita por uma secretaria especial do Ministério da Saúde.

Em continuação ao processo de discussão da saúde indígena no Brasil, estabelece-se que a atenção a saúde indígena deve ser objeto de um sistema diferenciado e subordinado ao Ministério da Saúde, e não mais à FUNAI.

Assim, em 1991, a saúde indígena passa a ser de responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e muda-se o modelo de organização e gestão do sistema. A partir de então, a organização dos serviços de saúde se dará mediante a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (BRASIL, 2002, p. 8).

Com a realização do Fórum Nacional de Saúde Indígena em 1993, paralelo à II Conferência Nacional de Saúde para Povos Indígenas, com ampla participação dos povos indígenas de todo país, consolida-se a proposta de criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. O Decreto 1141/93 estabelece a divisão das responsabilidades de atenção a saúde do índio entre a FUNASA e a FUNAI. (SOARES, 2007, p. 128).

Em 1994, o decreto nº 23/1991 é revogado pelo decreto nº 1.141/94, constituído pela Comissão Intersetorial de Saúde, que devolve a coordenação de saúde indígena para a FUNAI, sendo esta agora responsável pela recuperação dos índios doentes enquanto o MS se encarrega das ações de prevenção.

A decisão política da FUNASA para a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas em todo o país ocorre em 1999. A finalidade da proposta dos Distritos é que a execução das ações de saúde seja realizada por organizações indígenas, organizações não governamentais, Universidades e Secretarias de Saúde mediante convênios firmados com a FUNASA.

A saúde volta a ficar a cargo do Ministério da Saúde com o decreto nº 3156/99 e “Lei Arouca” (nº 9.836), implantadas em 1999. Além disso, são definidos e implantados 34 DSEIs em todo Brasil, cujos serviços de atenção básica à saúde e prevenção são executados através da estratégia de descentralização via convênios firmados com organizações da sociedade civil - associações indígenas e indigenistas - e alguns municípios.

A FUNASA, então, recupera a execução direta do atendimento e reduz o papel das conveniadas, limitando-as à contratação de pessoal, à atenção nas aldeias com insumos, ao deslocamento de índios das aldeias e à compra de combustível para a realização desses deslocamentos. Somente, após a divulgação das portarias nº 69 e 70, de 2004, que determina as novas diretrizes da saúde indígena.

O conceito de Distrito Sanitário utilizado define um modelo de organização de serviços, orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias desenvolvendo atividades administrativas e gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social. (YAMAMOTO, 2004, p. 26-7).

A Implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas ocorre de fato no ano 2000 e após 13 anos de luta, são criados 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) em todo Brasil.

O Distrito Sanitário Especial indígena organiza uma rede de serviços de atenção básica dentro de sua área de abrangência de forma integrada e hierarquizada com complexidade progressiva e articulada com a rede do Sistema Único de Saúde. Através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas pode-se pensar em um acesso ampliado as ações às populações indígenas.

Os DSEI são divididos em 34 territórios, definidos com termos técnicos e étnico-demográficos. As estratégias e controle de execução das políticas de saúde são definidos pelos conselhos dos distritos, onde podemos contar com a participação dos representantes do governo, profissionais de saúde, usuários e representantes de comunidades indígenas.

No processo que levou à criação dos distritos especiais indígenas cabe salientar a experiência acumulada pelas Organizações Indígenas do Rio Negro, fruto de um longo processo histórico de lutas contra a opressão do “homem branco” e pela demarcação das suas terras.

Outro fato importante para a consolidação da saúde indígena no Brasil foi a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena no ano de 2006 tendo como eixos: direito à saúde; controle social e gestão participativa; desafios indígenas atuais; trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde; segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável. O tema central da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena, que orientou as discussões nas distintas etapas da sua realização, foi o "Distrito Sanitário Especial Indígena: território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições". (SOARES, 2007, p. 129)

A Portaria GM 2656/07 estabelece em seu art. 5º o núcleo básico das equipes multidisciplinares (EMSI), ou seja, a composição básica das equipes: Enfermeiro, Auxiliar ou Técnico de Enfermagem, Médico, Odontólogo, Auxiliar de Consultório Dental, Técnico de Higiene Dental, Agente Indígena de Saúde, Agente Indígena de Saneamento, Técnico em

Saneamento, Agentes de Endemias e Microscopistas na Região da Amazônia Legal.” (BRASIL, 2010).

O Pólo Base é apresentado como a primeira referência no cuidado em saúde para as comunidades (se sua localização for dentro do município de referência a unidade de referência será a Unidade Básica de Saúde e um Pólo Base). Grande parte dos agravos é solucionada nos Pólos Base. No entanto os casos sem resolubilidade nos Pólos Base são referenciados para a rede de serviços do SUS de acordo com a realidade local de cada Distrito Sanitário Especial Indígena. As demandas que superam a capacidade de resolução no nível dos Pólos-Base são resolvidas das mais variadas formas, de acordo com as realidades locais.

Além das unidades de referência do SUS, existem ainda as Casas de Saúde do Índio, localizadas em municípios de referência, inclusive, algumas nas capitais dos Estados, que estão sendo readaptadas, considerando as especificidades da saúde indígena, para facilitar o acesso da população de um ou mais Distritos Sanitários ao atendimento secundário e/ou terciário, servindo de apoio entre a aldeia e a rede de serviços do SUS.

Para o cumprimento deste papel as Casas de Saúde do Índio devem receber pacientes e seus acompanhantes encaminhados pelos DSEI; alojar e alimentar pacientes e seus acompanhantes, durante o período de tratamento; estabelecer os mecanismos de referência e contra-referência com a rede do SUS; prestar assistência de enfermagem aos pacientes pós-hospitalização e em fase de recuperação; acompanhar os pacientes para consultas, exames subsidiários e internações hospitalares; fazer a contra-referência com os Distritos Sanitários e articular o retorno dos pacientes e acompanhantes aos seus domicílios, por ocasião da alta.

Embora denominadas Casas de Saúde Indígena, essas estruturas não executam ações médicos-assistenciais. São locais de recepção e apoio ao índio, que vem referenciado da Aldeia/Pólo-Base. Elas têm como função agendar os serviços especializados requeridos, continuar o tratamento após alta hospitalar até que o paciente tenha condições de voltar para a aldeia, dar suporte a exames e tratamento especializados, fazer serviço de tradução para os que não falam português e viabilizar seu retorno à aldeia, em articulação contínua com o DSEI.

Segundo a política de Atenção aos povos indígenas, a rede de serviço deve estar articulada para a progressão da assistência a saúde da população indígena, ponderando suas realidades socioeconômicas, e a cultura de cada povo indígena, por intermédio de diferenciação de financiamento.

O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo

a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde. (BRASIL, 2002, p. 13)

As parcerias da FUNASA com as organizações indígenas e ONGs indigenistas que tinham como estratégia preferencial, adotada em 1999, para a implantação dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, foram se desgastando em suas incongruências políticas, administrativas e jurídicas até o ponto de sua inviabilidade.

A falta do prometido apoio técnico e administrativo da FUNASA, colocaram várias organizações em situação de inadimplência. Em alguns casos, atendendo a interesses anti-indígenas locais, na disputa dos recursos da saúde indígena ou para desmoralizar ONGs que criticavam a política de saúde vigente. Assim, procedimentos administrativos, econômicos e até recomendados pela própria FUNASA foram transformados em irregularidades. Para piorar o quadro, desde 2004 os convênios para a saúde indígena passaram, na prática, a meros instrumentos para a contratação irregular de pessoal para o Estado executar suas próprias ações. Esta foi a conclusão do Ministério Público do Trabalho em seu relatório sobre o assunto, baseado numa profunda avaliação de vários convênios espalhados pelo país.

Por essas razões, foi preciso substituir o modelo de gestão da saúde indígena por um novo sistema de atenção à saúde dos povos indígenas mais adequados às diferentes e complexas realidades de cada um e que estivesse à altura da grave situação de saúde enfrentada por todos. Ao mesmo tempo, medidas urgentes precisavam ser tomadas para, ao menos, minimizar os danos. A proposta de Novo Modelo de Gestão da Saúde Indígena implicava na transformação dos DSEIs em unidades gestoras; subordinação direta dos DSEIs a uma secretaria especial do Ministério da Saúde; criação de uma carreira específica para profissionais de saúde indígena com condições trabalhistas adequadas às complexas e diferentes realidades dos DSEIs, considerando como alternativa, inclusive, a proposta do MS de criação de Fundações Estatais de Direito Privado com esse fim.

Em 2010, pelo decreto 7.336 é criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI – área do Ministério da Saúde com a proposta de coordenar e executar o processo de Gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em todo território nacional. A Fundação Nacional de Saúde deixa de ser responsável pelas ações de saúde da população indígena passando para a SESAI que durante muitos anos vêm reivindicando esse processo.

São atribuições da SESAI: a proteção, a promoção e recuperação da saúde dos povos indígenas, a gestão do sistema, e a orientação do desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil

epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI, em consonância com as políticas e programas do Sistema Único de Saúde – SUS.

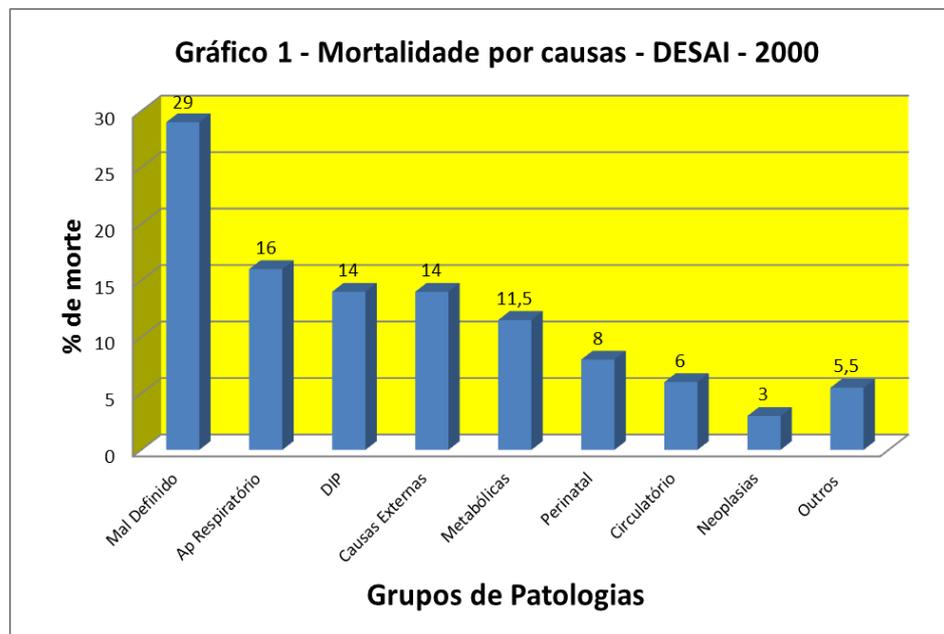
A nova secretaria será dividida em três áreas: Departamento de Gestão da Saúde Indígena, Departamento de Atenção à Saúde Indígena e Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Também passam a ser funções da SESAI ações de saneamento básico e ambiental das áreas indígenas, como preservação das fontes de água limpa, construção de poços ou captação à distância nas comunidades sem água potável, construção de sistema de saneamento, destinação final ao lixo e controle de poluição de nascentes.

A nova proposta de modelo de gestão em saúde indígena está pautada em transformação dos DSEIs em unidades gestoras, onde a subordinação será direta por uma secretaria especial do próprio Ministério da Saúde e ainda o profissional de saúde indígena terá uma especificação para o trabalho nos Distritos. Esses terão condições trabalhistas adequadas às complexas e diferentes realidades encontradas para o trabalho na saúde indígena.

2 SITUAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

Estudos apontam que a situação de saúde das populações indígenas no Brasil é pior do que a da população não indígena, ainda que existam grandes variações entre as populações indígenas (etnias, situação geográfica e história prévia de contato com a sociedade envolvente). “Sensíveis às enfermidades trazidas por não-índios e, muitas vezes, habitando regiões remotas e de difícil acesso, as populações indígenas são vítimas de doenças como malária, tuberculose, infecções respiratórias, hepatite, doenças sexualmente transmissíveis, entre outras”. (RICARDO, 2011).

Enquanto que na população geral brasileira a transição epidemiológica se estabeleceu com o predomínio das doenças e agravos não transmissíveis (DANT) em detrimento das infecciosas e parasitárias (DIP), nas populações indígenas essa transição tem outras características, sendo que as DIP ainda têm um peso significativo na morbidade e mortalidade dessas populações.



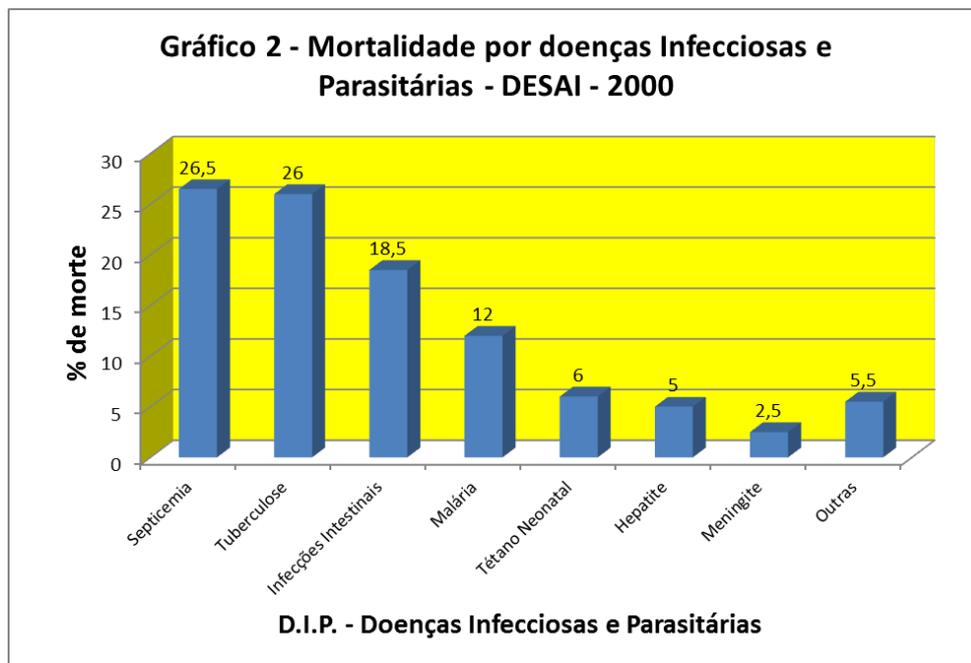
Fonte: (AMARANTE; COSTA, 2000)

A maior parte dos óbitos ocorre no grupo das causas mal definidas, apontando para a deficiência do sistema de informação e principalmente, para a grande ocorrência de óbitos sem assistência médica.

Amarante e Costa (2000), numa pesquisa sobre a tuberculose nas comunidades indígenas do ano 2000, aponta que a tuberculose é a segunda causa de morte entre os índios. As taxas de prevalência são cerca de seis vezes maiores do que a taxa média da população brasileira. Tendo como base questionários respondidos em 21 DSEIs a doença contribuiu com 3% das causas de morte conhecidas. Naquele ano, 526 novos casos foram detectados, sendo 73,8% pulmonares. No período de 2000 a 2003, foram notificados entre os índios brasileiros 2.210 casos novos de tuberculose de todas as formas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), sendo que 1.128 (51,0%) foram confirmados pela baciloscopia direta do escarro (gráfico 1) (AMARANTE; COSTA, 2000).

Assim, a tuberculose aparece como a segunda causa de mortalidade entre as DIP, suplantando, inclusive, os óbitos decorrentes das doenças diarreicas, muito mais significativas na demanda aos serviços de saúde.

O gráfico 2 apresenta as principais causas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, em 2000.



Fonte: (AMARANTE; COSTA, 2000)

É preciso ter em mente que existe um número considerável de casos de tuberculose sem confirmação bacteriológica. Entretanto, o registro chama a atenção para a tuberculose como um sério problema de saúde das comunidades indígenas.

Há ainda vários estudos que apontam incidências crescentes de doenças sexualmente transmissíveis, alcoolismo, acidentes de trânsito, agressões, suicídio, e acidentes envolvendo

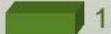
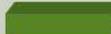
animais peçonhentos. Como pudemos destacar, a ausência de informações confiáveis sobre a morbidade desses povos tem gerado deficiências na vigilância a saúde da maioria dos povos indígenas.

O Ministério da Saúde (2011) a partir de uma investigação onde foram examinadas mais de 45 mil indígenas em localidades de difícil acesso nos estados do Amazonas e Roraima, confirmou o crescimento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), como sífilis e Aids nessas populações e ainda registrou o alarmante índice de infecção por DSTs que atinge cerca de 18,59% dos índios avaliados na região do Alto Solimões, apresentaram resultado positivo para a sífilis.

Também foram estudadas as áreas do Leste de Roraima, Alto Rio Negro, Médio Solimões, Vale do Javari e terras indígenas próximas à Manaus. O tabela 01 mostra que o vírus HIV, causador da AIDS, é encontrado com menor frequência na população do Alto Solimões com 0,27% de positividade. Enquanto no Alto Rio Negro o índice sobe para 1,81% de positividade.

Tabela 01: Prevalência de HIV nas aldeias

ALDEIAS COM AS MAIS ALTAS TAXAS DE PREVALÊNCIA DE HIV

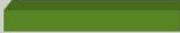
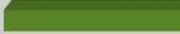
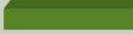
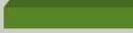
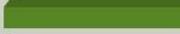
Aldeias	Região	Positividade HIV
Vendaval	Alto Solimões	 0.92%
Feijoal	Alto Solimões	 0.55%
Umariaçu I	Alto Solimões	 0.27%
Murutinga	Manaus	 0.40%
Guapenu	Manaus	 0.40%
Ariabu	Alto Rio Negro	 1.23%
São Joaquim	Alto Rio Negro	 1.81%
Manoa	Leste Roraima	 1.11%

Fonte: BRASIL, 2011.

Podemos observar na tabela 02 que em Manaus a prevalência de sífilis na população indígena é de 0,63% , no Alto Solimões por outro lado essa taxa atinge 4,62% ou seja, uma alta prevalência de sífilis.

Tabela 02: Prevalência de sífilis nas aldeias

ALDEIAS COM AS MAIS ALTAS TAXAS DE PREVALÊNCIA DE SÍFILIS

Aldeias	Região	Positividade
Belem do Solimões	Alto Solimões	 4.21%
Campo Alegre	Alto Solimões	 4.62%
Filadelfia	Alto Solimões	 3.05%
Bom Caminho	Alto Solimões	 3.31%
Porto Cordeirinho	Alto Solimões	 3.40%
Josefa	Manaus	 4.52%
Kwata	Manaus	 1.01%
Cuia	Manaus	 0.63%
Taracua	Alto Rio Negro	 2.35%
Tunui	Alto Rio Negro	 1.69%
São Pedro	Médio Solimões	 1.91%
Napoleão	Leste Roraima	 0.66%

Fonte: BRASIL, 2011

A malária na região Amazônica tem sido uma das principais doenças que acometem os povos indígenas da região, podendo provocar alta letalidade devido às falhas na assistência médica e no controle do vetor. Diante disso, comunidades inteiras se desestruturaram (IANELLI, 2000, p. 6).

A partir de 2004, registra-se um aumento da incidência de malária em todos os povos indígenas amazônicos. De 2004 a 2007, o número de casos diagnosticados saltou de 13.911 para 33.693 (FUNASA, 2008).

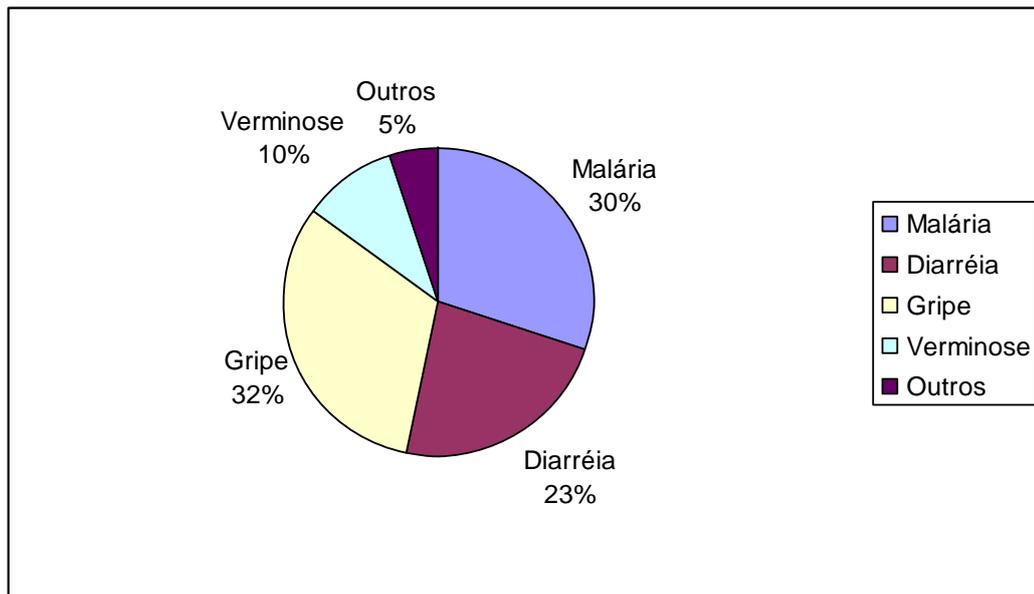
Dentre as doenças mais comuns nas populações indígenas a verminose compõe 95% das doenças observadas.

Numa revisão sistemática sobre enteroparasitoses, com estudos em todas as regiões do país, mostrou elevados níveis de prevalência e poliparasitismo nas populações indígenas (VIEIRA, 2003). Espécies como *Ascaris Lumbricoides*, *ancilostomídeos*, *Trichiuris trichiura*, *Strongiloides stercoralis*, *Giárdia lamblia*, *Entamoeba histolytica* e *E. coli* apareceram na quase totalidade dos estudos, com prevalências elevadas. Há existência de condições propícias à transmissão. Um fator é a infectividade do solo, e o hábito de andar descalço, defecar próximo ao domicílio e de mananciais de água potável hábitos comuns nestas populações. O

aumento populacional em áreas fechadas, o sedentarismo e a degradação ambiental podem piorar as enteroparasitoses.

No entanto, em relação a morbidade nas comunidades indígenas a gripe (resfriado comum) apresenta uma proporção de 32%. O gráfico 03 apresenta a morbidade proporcional por doenças infecciosas e parasitárias nas comunidades indígenas.

Gráfico 03: Principais doenças infecciosas e parasitárias nas comunidades indígenas



Fonte: BRASIL, 2011.

Também, a desnutrição é um problema de saúde entre as populações indígenas. Estudos recentes apontam que a desnutrição atinge entre 16 e 53,5% das crianças indígenas (MENEGOLLA, 2006).

Ao comparar as tendências recentes da política indigenista em três países, percebe-se uma multiplicidade de fatores comuns. As exigências de processos de globalização da economia mundial conduzem ao enfraquecimento do Estado-nação e a cortes drásticos nos orçamentos para assuntos indígenas. Além do desmantelamento do Estado de Bem-Estar Social ou de quaisquer serviços sociais oferecidos pelo Estado, há propostas governamentais para o auto-governo indígena nas quais torna-se evidente a intenção dos órgãos oficiais de se livrarem da sua responsabilidade para com os povos indígenas.

A situação da saúde indígena hoje no Brasil espelha as contradições da política indigenista ao longo da nossa história e a instabilidade que marcou o atendimento aos índios

desde a criação do SPI, da FUNAI e da descentralização do modelo de atenção sob a responsabilidade da FUNASA já no início do século XXI. Como coloca ISA (2012):

Desde a criação FUNAI em 1967, diferentes instituições e órgãos governamentais se responsabilizaram pelo atendimento aos índios. As diretrizes foram alteradas diversas vezes, mas, com exceção de casos pontuais, em nenhum momento a situação sanitária nas aldeias foi realmente satisfatória. (RICARDO, 2011)

Baines (1997) afirma que o contexto atual exige que se apontem as responsabilidades e que se mostrem claramente os efeitos da deturpação do modelo de atenção à saúde dos povos indígenas, impondo-se mais uma vez uma política concebida na ilegalidade e na provisoriedade. (BAINES, 1997, p.1)

Os problemas de cada modelo e instituição são inúmeros e não caberia nessa dissertação discuti-los pela sua extensão e complexidade, entretanto nos propomos a recortar essa problemática em um ponto crítico que é o da própria assistência. Como ela é prestada? Como se dá o trabalho das equipes de saúde indígena no contato direto com as populações nas aldeias e nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e os problemas que enfrentam no dia-a-dia esses trabalhadores são questões que procuraremos responder, ou pelo menos apontar.

3 TRABALHO EM SAÚDE

A categoria trabalho mereceu grandes e profundas análises pelas ciências sociais. Segundo Merhy e Franco (2009) homens e mulheres sempre estiveram ligados a atos produtivos ao longo de sua história, e que, o modo como o trabalho se organiza na sociedade e para que ele serve é importante para entendermos a sociedade que vivemos. Para este autor “...toda atividade humana é um ato produtivo, modifica alguma coisa e produz algo novo.” (MERHY; FRANCO, 2009, p. 427)

Nosso interesse é o de entender e definir essa categoria no âmbito da saúde, e para isso buscamos a definição segundo a qual o processo de trabalho em saúde insere-se no conjunto de atividades do setor de serviços. Trata-se de um serviço essencial, não material e que se completa no ato da realização (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Antes do modo de produção capitalista outras formas de organização social e de trabalho existiram, como, por exemplo, as sociedades de senhores e escravos, as dos reis e dos servos, entre outras. O modo como o trabalho é realizado e o que se faz com seus produtos variam conforme a sociedade que estamos analisando. Nas sociedades de caça e coleta, (como na sociedade indígena de nosso estudo) o trabalho é propriedade de cada um, e o produto do trabalho pertence a quem o faz. (MERHY; FRANCO, 2009, p. 428).

Conforme a necessidade que procura satisfazer, o trabalho produz um produto que carrega certo “valor de uso”, por exemplo, a caça serve para alimentar satisfazendo esta necessidade; por outro lado, se caço para trocar por uma fruta, a utilidade dele agora e de ser trocado por outro produto que outro trabalhador produziu. Nas sociedades, o modo como estes dois componentes se comportam varia. (MERHY; FRANCO, 2009, p. 428).

Entretanto, um trabalho não é igual ao outro. De acordo com o que produz, um trabalho difere do outro. Todavia, todo processo de trabalho combina trabalho em ato e consumo de produtos feitos em trabalhos anteriores. Chamamos o trabalho feito em ato de “trabalho vivo em ato”, e o trabalho feito antes, que só chega através do seu produto – o aço - chamamos de “trabalho morto” (MERHY; FRANCO, 2009, p. 429). Segundo este autor a produção na saúde realiza-se, por meio do ‘trabalho vivo em ato’, isto é, o trabalho humano no exato momento de execução, o que determina a produção do cuidado.

Essa definição nos dá muito material para pensar a atuação desses profissionais (trabalhadores) que não têm um produto concreto a oferecer senão o cuidar da saúde e o cuidar do bem-estar que são categorias abstratas e de difícil definição. Para o trabalhador da saúde o trabalho de fazer saúde não é um ato isolado, é um trabalho de continuidade realizado

antes por outro trabalhador, em outra categoria de trabalho. Quando se pensa em fazer saúde, não pensamos em um ato isolado e sim um ato em equipe.

No campo da saúde o “trabalho em equipe multiprofissional como uma modalidade de trabalho coletivo que é construído por meio da relação recíproca, de dupla mão, entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas, configurando, através da comunicação, a articulação das ações e a cooperação”. (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009, p. 427)

No caso da saúde indígena esse processo de trabalho torna-se ainda mais difícil de definir, pois se dá na interface entre duas culturas diferentes, que têm visão de mundo diferente e, por conseguinte concepções de saúde e doença diferentes. Como ele pode ser avaliado, quanto ao seu resultado? Por quem?

Nessa perspectiva estabelece que o trabalho em equipe não pode ser estático, e sim dinâmico entre o trabalho e a interação com a equipe em movimentos contínuos da equipe (equipe integração, com articulação das ações e interação dos agentes e equipe agrupamento justaposição das ações e mero agrupamento dos profissionais). (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009, p. 423)

Outra vertente da questão e intrinsecamente ligada a ela está a percepção de ambas as partes, do trabalhador da saúde indígena e dos “pacientes” indígenas, o que nos leva a um outro caminho de investigação, o da intersubjetividade e da interculturalidade.

A atenção em saúde indígena foi construída sobre os cânones da medicina ocidental e porta os seus valores, mas lida com uma “outra” realidade/alteridade. Mesmo na medicina ocidental não faltam críticas ao paradigma biomédico, produtivista e fragmentador. Entretanto, observa-se a sua persistência, principalmente quando se analisa o processo de trabalho, o trabalho prescrito das equipes de saúde indígena, fragmentado em programas específicos.

No caso do modelo de atenção indígena procurou-se superar este problema pela composição de equipes multiprofissionais, mas como aponta Ribeiro (2004) a simples reunião de profissionais de diversas especialidades não é suficiente para resolver o problema da fragmentação do trabalho.

Pode-se dizer que a organização do trabalho nos DSEIs tem uma certa similaridade com o Programa de Saúde da Família, tanto pela atenção, que tem como fundamento os territórios-população, como pelas equipes multiprofissionais composta por médico, enfermeiros, auxiliares e o agente de saúde que vive no território (ROCHA, 2007; FAUSTO; MATTA; 2007).

A sua maior especificidade é que na saúde indígena, as populações são de outra cultura e o sistema não está atrelado diretamente ao SUS nem às secretarias municipais de saúde, mas a outro órgão ligado ao Ministério da Saúde na esfera federal (SESAI).

Entretanto, a mudança do modelo de atenção que estas duas propostas representam (PSF e Saúde Indígena), esbarram no modelo biomédico ainda hegemônico, na assistência e na formação dos profissionais envolvidos (MERHY, 2007).

Um outro problema apontado por (RIBEIRO apud SOARES, 2007) é a forma de contratação dos profissionais do PSF que é precária e assim compromete a criação de vínculo com os territórios-população nos quais exercem o trabalho. O mesmo poder ser dito em relação ao subsistema de saúde indígena (CHAVES; CARDOSO; ALMEIDA, 2006) .

Apesar das similaridades apontadas anteriormente entre o trabalho em saúde do PSF e na Saúde Indígena existem muitas diferenças que devem ser mencionadas (Quadro 01).

QUADRO COMPARATIVO DE ALGUMAS ATIVIDADES DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA SAÚDE INDÍGENA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	SAÚDE INDÍGENA
O acesso às comunidades é realizado por meio de transporte rodoviário.	O acesso às comunidades é realizado somente via fluvial.
O usuário vem até a Unidade de Saúde para atendimento.	O profissional vai ao usuário para realizar atendimento.
Nas refeições o profissional procura um restaurante ou mesmo uma pensão próxima a Unidade de Saúde.	Na saúde indígena o profissional cozinha seu próprio alimento.
O profissional trabalha 08h dia, e vai descansar em sua residência.	O profissional trabalha 24h dia e descansa no trabalho.
O profissional médico está presente na Unidade de Saúde.	A equipe não trabalha com o profissional médico diretamente na Unidade.
Para realizar as VDs o profissional caminha até a residência do usuário.	O profissional gasta horas de voadeira para chegar a comunidade e realizar a assistência necessária ao usuário.
O profissional divide as atividades dos Programas com a equipe multidisciplinar.	O profissional enfermeiro desenvolve as atividades dos Programas com o técnico de enfermagem.
O enfermeiro realiza as atividades burocráticas em 2 ou 3 horas.	O enfermeiro realiza as atividades burocráticas em 5 à 7 dias.
Os partos são referenciados para uma Unidade Hospitalar.	Os partos são realizados pelo enfermeiro na casa da paciente, na roça, na voadeira, etc.
Os enfermeiros coletam os preventivos em maca com perneiras apropriadas para a coleta.	Os enfermeiros ou técnicos de enfermagem coletam os preventivos na rede, na mesa de servir refeições do usuário, no chão da residência do usuário, etc.
Os procedimentos como sutura, são realizados pelo médico da equipe.	As suturas são procedimentos de quem se apropria para realiza-la.
A balança de pesagem para criança é mantida na Unidade.	A balança de pesagem é presa na árvore.
O enfermeiro após suas atividades de trabalho retorna para casa e se	O enfermeiro após suas atividades caminha para o rio para tomar banho e procurar um local fresco para amarrar sua rede (que seja

desfruta de um belo banho e de uma cama.	livre de animais para dormir).
Na estratégia os dados estatísticos são voltados para o sujeito/indivíduo.	Na saúde indígena os dados são relacionados pelos procedimentos.
Não existe atividades em períodos noturnas.	Existem atividades que ultrapassam todo o período noturno e são realizadas com auxílio de uma lanterna/e ou gerador(quando tem óleo).
O enfermeiro não se desvincula dos laços de amizade para realizar suas atividades. Pode usar como meio de comunicação um celular, por exemplo.	O enfermeiro tem total desvinculação dos laços de amizade para realizar suas atividades. Não existe possibilidade de telefonia.
O enfermeiro questiona o usuário quanto as suas queixas, durante suas consultas.	O enfermeiro necessita de um interprete (AIS) para os questionamentos durante suas consultas.
Em relação a alimentação o enfermeiro tem acesso as frutas, legumes, carnes, etc.	Em relação à alimentação ela é própria da região como: cupuaçu, tucumã, açaí, peixe, tapioca, pimenta, macaco, anta, paca, cobra, etc.

FONTE: A autora

As condições de trabalho das equipes de saúde indígena padecem dos mesmos problemas das equipes do PSF apontadas por Bertoncini (2000), Costa (1987) e Lima (2000) citados por Ribeiro (2004) que são: insuficiência das equipes, o perfil dos profissionais, sobrecarga do atendimento gerando dificuldades para o planejamento e a discussão entre os trabalhadores da dinâmica do trabalho, o comprometimento do fluxo e contrafluxo dos usuários e informações entre os diferentes níveis do sistema, os problemas de preenchimento do sistema de informação (SIASI) etc.

Neste sentido Brito (2009) coloca que: trabalhar é colocar em debate uma diversidade de fontes de prescrição, estabelecer prioridades entre elas e muitas vezes não poder lhes seguir simultaneamente. Do mesmo modo que as prescrições, as normas antecedentes podem ser contraditórias, implicando uma permanente tensão entre princípios, regras, modelos, formação técnico-científica, recursos disponíveis etc. (BRITO, 2009, p. 444)

Estes autores apontam ainda os problemas relacionados aos diferentes estilos de gestão das equipes, as expectativas contraditórias e conflitos das equipes com os poderes locais, conflitos na relação entre EMS e a população adstrita, quando as equipes não conseguem atender a demanda. Em todos eles é possível fazer um paralelo com o que acontece com o trabalho nos DSEIs.

Franco & Mehry (2009) apontam problemas com o alto grau de normatividade na implementação do PSF, além do caráter prescritivo exacerbado do sistema o que também se verifica nos DSEIs.

Para Ribeiro et al (2004) apud Bertoncini (2000) “as condições de trabalho descritas produzem alienação, impotência, estresse, conflitos, disputa por poder e sentimento de medo, insegurança, baixa auto-estima”.

Este autor afirma que é preciso aproximar o profissional de saúde com o resultado do seu trabalho com a superação das concepções funcionais do indivíduo não considerando sua dimensão de sujeito político e como pessoa singular, com suas crenças, valores, desejos e emoções. Assim, torna-se imprescindível considerar a subjetividade dos sujeitos envolvidos.

Merhy e Franco (2009) nos aponta que: “Ao trabalharmos, todos nós, modificamos a natureza e nos modificamos. O ato do trabalho funciona como uma escola, mexe com a nossa forma de pensar e agir no mundo. Formamo-nos basicamente no trabalho”. (MERHY; FRANCO, 2009, p. 427).

3.1 ATENÇÃO À SAÚDE DE POVOS INDÍGENAS E INTERSUBJETIVIDADE

A atenção à saúde de povos indígenas exige dos profissionais envolvidos o exercício da intersubjetividade para que se possa alcançar uma nova qualidade assistencial, que responda de forma ampla as necessidades de saúde dessas populações particulares (MANDÚ, 2004, p. 667).

Para tal é preciso incluir os saberes e as experiências dos sujeitos que demandam cuidado no sentido de uma construção compartilhada que alimente os processos e tecnologias de trabalho utilizadas. Essa inclusão dá-se pela abertura ao diálogo e o respeito à diversidade de condições, identidades e contextos de intersubjetividade (crenças, valores, conhecimentos, desejos, temores, etc.).

Todavia, a atenção em saúde indígena se estrutura predominantemente nas ciências biomédicas e na epidemiologia clínica resultando na redução da complexidade dos sujeitos alvos da atenção quando da interpretação das suas necessidades em saúde.

Nesse modelo a atenção “organiza-se com base na simplificação da vida, proteção limitada a um quadro restrito e previamente priorizado de riscos e morbidades que restringe o olhar sobre o sujeito e suas necessidades (...)” (MANDÚ, 2004, p. 668).

É o que se verifica no modelo de atenção indígena fragmentado em ações de vigilância e controle da tuberculose, malária, vacinação, atenção à gestante, entre outras.

A racionalidade científica que organiza e regula a assistência, controla o trabalho do profissional, orientando e restringindo a autonomia dos profissionais (DALMASO, 2000, p. 664 apud MANDÚ, 2004, p. 669).

Mandú (2004) afirma que as ações profissionais são recriadas no próprio processo de trabalho, com suas tensões, relações e reflexividade, inserindo a possibilidade de participação ativa do trabalhador.

Os modos de agir e cuidar-se em saúde não se desvinculam do universo cultural e psicoemocional dos sujeitos. Essa percepção por parte dos profissionais que exercem o cuidado é fundamental para que não se incorra numa relação assimétrica e prescritiva, que acabam por culpabilizar os sujeitos por condutas inadequadas do modo de levar a vida, segundo padrões externos.

Como coloca Mandú (2004, p. 670):

comumente as leituras profissionais, orientadas pela visão e prática biomédicas, são acompanhadas de apropriação inquestionável da intersubjetividade dos sujeitos alvos de cuidados, em acordo com a superioridade socialmente atribuída ao saber científico moderno(...) ficam obscurecidos e subalternizados...modos de pensar, valorar, conhecer, sentir, relacionasse – dos sujeitos que demandam atenção.

As relações sociais de poder se reproduzem no sistema de saúde de diversas formas como nas interações entre profissionais e sujeitos que demandam atenção.

O sujeito da atenção deve ser visto como sujeito ético-político e não como objeto passivo, subordinável à intervenção definida em bases unilaterais e à racionalidade uniforme e hierarquizante das teorias, técnicas, regras e interações. (MANDÚ, 2004, p. 671-2).

A intersubjetividade na atenção implica em escuta, diálogo e receptividade às vivências e seus contextos, abrindo espaço para a expressão dos sujeitos (MANDÚ, 2004).

Pode-se ainda definir intersubjetividade como “espaço de aproximação e combinação entre interlocutores com campos e posições socioculturais distintos que, a despeito da diversidade implicada, se colocam em posições simétricas” (MANDÚ, 2004, p. 673).

Ou ainda, como afirma Pellon (2008):

(...) o compromisso social da enfermagem com a saúde dos povos indígenas implica em desenvolver estratégias assistenciais que se articulem a dimensão simbólica das organizações sociais, religiosas e terapêuticas autóctones, observando criteriosamente a existência de fronteiras culturais permeáveis e de barreiras intransponíveis que demarcam o campo dos relacionamentos interpessoais (...) (PELLON, 2008, p.265).

O processo de trabalho dos profissionais de enfermagem nos DSEIs é pautado pelo Ministério da Saúde e tem algumas similaridades com o Programa de Saúde da Família. No documento “Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”

(BRASIL, 1997), propõe-se que os profissionais das equipes de saúde desenvolvam suas atividades de forma dinâmica, com avaliação permanente através do acompanhamento dos indicadores de saúde de cada espaço territorial e estabeleçam vínculo com as famílias que vivem nas áreas sob sua responsabilidade, no território de abrangência de sua unidade de saúde.

No contexto da saúde indígena, especificamente no DSEI Rio Negro, esta equipe de saúde é composta habitualmente por um enfermeiro e três técnicos de enfermagem em revezamento na sua permanência no Pólo-Base (ROCHA, 2007, p. 98). Trata-se de um modelo territorializado de atenção.

As atribuições dos profissionais de saúde indígena são pautadas pelas “Normas e Rotinas para organização da Rede de Atenção a Saúde Indígena” (BRASIL, 2000).

Segundo Rocha (2007) os enfermeiros em área indígena que têm como atribuições:

(...) .participar do processo de planejamento, execução e avaliação das ações de saúde; coordenar a implantação o funcionamento dos programas de saúde; executar, no nível de suas competências, ações de assistência básica, de vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao adulto e ao idoso; prescrever medicamentos estabelecidos nos programas do Ministério da Saúde e nas rotinas estabelecidas pelo Distrito; solicitar exames de rotina e complementares; desenvolver ações direcionadas a capacitação e supervisão dos AIS e Técnicos de Enfermagem; realizar análise epidemiológica que possibilitem o planejamento das ações em relatórios semestralmente e anualmente levados para análise junto aos membros da sua equipe; participar ativamente nos conselhos locais e distritais de saúde, assim como reuniões locais da sua área de abrangência (FOIRN/DSEI, 2005 apud ROCHA, 2007, p. 99).

Este autor aponta que os enfermeiros atuantes nas equipes dos DSEIs exercem uma multiplicidade de papéis com um grande número de atribuições e responsabilidades, mas que há uma tendência a privilegiar o aspecto burocrático-administrativo das rotinas e o atendimento à demanda espontânea dos usuários (ROCHA, 2007).

Cabe agora apresentar e analisar o contexto da atenção à saúde indígena no DSEI do Alto Rio Negro, objeto dessa dissertação e averiguar as condições como se dá o trabalho da enfermagem nessa região.

4 O DSEI DO ALTO RIO NEGRO

O município de São Gabriel da Cachoeira está na bacia do Rio Negro e faz fronteira com a Colômbia e a Venezuela. Por apresentar um desenho peculiar a região é também conhecida como Cabeça do Cachorro. O município surgiu a partir do povoado fundado no ano de 1761 pelo capitão português José da Silva Delgado.

A sede municipal está conectada a capital de Manaus por via aérea e fluvial que acompanha as cheias do Rio Negro. O tempo médio de deslocamento por via fluvial da capital Manaus para o município de São Gabriel da Cachoeira é de 3 dias. O deslocamento por via aérea, com dois vôos semanais, da capital para o município leva em média três horas.

Conforme a Lei Federal Número 5.449 o município de São Gabriel da Cachoeira foi enquadrado como "Área de Segurança Nacional". Em 5 de abril de 1990 foi aprovada a Lei Orgânica do Município de São Gabriel da Cachoeira.

Atualmente, tem uma população de 36.639 hab (IBGE, 2012) sendo que 85% são indígenas, das etnias: Arapaço, Baniwa, Barasana, Baré, Desana, Hupda, Karapanã, Kubeo, Kuripako, Makuna, Miriti-tapuya, Nadob, Pira-tapuya, Siriano, Tariano, Tukano, Tuyuka, Wanana, Werekena e Yanomami. Com 672 aldeias, São Gabriel da Cachoeira é o município que concentra o maior número de diferentes etnias indígenas do país.

As diversas comunidades indígenas distribuem-se nos bairros do municipal, no núcleo urbano de Iauaretê e ao longo dos rios Uaupés, Içana, Xié, Tiquié e o Negro. São mais de quatrocentas pequenas comunidades que vivem em terras indígenas.

Os idiomas mais falados são o Nheengatu, o Tukano e o Baniwa, que são assegurados por uma lei própria. Esses idiomas são reconhecidos como línguas oficiais em um caso único na Federação Brasileira ao lado do português, que foram aprovados pela lei municipal 145/2002 de 22 de novembro de 2002, que são línguas tradicionais faladas pela maioria dos habitantes, dos quais 85% são indígenas.

São Gabriel da Cachoeira foi o primeiro município brasileiro a eleger um prefeito e vice-prefeito indígenas, nas eleições de outubro de 2008.

Essa população é atendida nessa região por equipes de saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro, e os deslocamentos das equipes, pacientes e material são realizados por barcos. Como as distâncias são muito grandes os deslocamentos por barcos podem levar dias de viagem, o que complica o atendimento emergencial.

O isolamento dos pólos de saúde explica em parte as dificuldades enfrentadas para a manutenção das equipes na área. A população local mede o tempo da distância entre São Gabriel da Cachoeira e as comunidades indígenas em horas de voadeira ou dias de voadeira.

Em algumas comunidades o acesso é realizado via igarapé, que muitas das vezes a própria vegetação cria obstáculos de passagem, portanto se faz necessário dar continuidade por dentro da floresta densa. Vale lembrar o intenso calor e a umidade próprios da floresta amazônica que dificultam a respiração.

Existe ainda, embora em menor quantidade os riscos relacionados aos animais selvagens (onças, porcos do mato), serpentes e os insetos (aranhas, mutucas, mosquitos, dentre outros) que por vezes atrapalham as caminhadas.

O DSEI-ARN foi criado em 30/09/1999 e possui a seguinte estrutura: População indígena abrangida pelo DSEI é de 34.897, com 25 Polos Base, 01 CASAI.

Enfim, a área de estudo conforma um contexto de grande complexidade para o trabalho das equipes de saúde, particularmente para os profissionais de enfermagem que serão analisados nesse estudo.

4.1 O TRABALHO NA SAÚDE INDÍGENA NO DSEI-ARN

O trabalho em saúde indígena possui características específicas no que se refere à produção do cuidado, e deve seguir as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Estas diretrizes estabelecem que o profissional, deve entender as diversidades culturais, formação histórica e social no campo de sua prática, enquanto lugar de prática no sentido de um cuidado pragmático em saúde indígena (BRASIL, 2002).

Estabelece também que a atenção deve conjugar valores e práticas relativas ao processo de adoecimento da população indígena, levando os profissionais que atuam com saúde indígena a compreenderem os sistemas tradicionais de saúde e sua relação com os modos de vida e o ambiente em que vivem, ou seja, deve-se levar em conta a sociodiversidade existente (FUNAI, 2008; FUNASA, 2008; ISA, 2008).

Ceccin (2004) reforça este pensamento, sinalizando a necessidade de um sistema de gestão que concomitantemente ofereça propostas de transformação das práticas profissionais balizadas em reflexões críticas sobre o trabalho em saúde e o que chama de “experimentação da alteridade” com os usuários, que podemos entender como a subjetividade da relação com o outro, permitindo que na práxis, as relações, seja da organização da gestão setorial, seja da

estruturação do cuidado, aglutinem ensino-aprendizagem, preparando, formando profissionais de saúde comprometidos com o SUS.

Segundo a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) o acesso integral a saúde da população indígena deve ser assegurado através de uma política específica, seguindo aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde ainda que tenha suas especificidades. (BRASIL, 2002).

A prática na assistência na saúde indígena em tese é diferenciada daquelas adotadas no meio urbano, isto porque devem ser levados em consideração os elementos próprios norteadores da saúde indígena, tais como o acesso as comunidades indígenas, a comunicação, os meios de cuidados e práticas as quais são por si só diferenciadas, onde por vezes o *locus* de atenção e das práticas de cuidado define as variáveis do processo do cuidado diferenciado em prol do atendimento das necessidades ali instaladas, onde necessário se faz ultrapassar barreiras para a realização da atenção em saúde, dificuldades desconhecidas no cuidado urbano.

De acordo com a FUNAI (2008), o modo de trabalho em saúde indígena tem sua característica específica. Na produção do cuidado seguindo a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, devem ser consideradas as diversidades culturais, no sentido de um cuidado pragmático e adaptado ao contexto indígena. O trabalho em saúde indígena deve acompanhar a sociodiversidade, devido a heterogeneidade cultural, geográfica, lingüística, e étnica.

Portanto, para que o profissional de enfermagem tenha eficiência na assistência a saúde da população indígena é necessário que se qualifique, para promover um cuidado diferenciado. A interculturalidade que caracteriza o processo do cuidado nas comunidades indígenas deve ser considerada “(...) mais do que uma estratégia político-normativa de assistência à saúde, uma ferramenta de interlocução entre as diferentes linguagens de mundo (PELLON, 2008, p. 265).

Ribeiro, Pires e Blank (2004), escreveu que o trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e faz parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização, não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade.

Pontes e Martins (2007, p. 17) nos remete a pensar que:

Diante de um determinado problema de saúde, na produção de um ato de saúde, um profissional de saúde mobiliza seus saberes e modos de agir tendo em vista diversos núcleos. Primeiramente o núcleo dos saberes acerca do problema específico que

enfrentar, sobre o qual irá utilizar os recursos do núcleo de saberes e práticas específicos de seu campo profissional e ambos cobertos pelo território da dimensão cuidadora que qualquer profissional pode exercer.

O profissional de enfermagem ao inserir-se no subsistema de saúde indígena tem que se adaptar a um meio cultural, linguístico e geográfico muitas vezes totalmente diferentes ao seu próprio e desconhecido, portanto o processo de adaptação é em geral mais difícil e por vezes não acontece, resultando na desistência e retorno desse profissional da área indígena.

Um outro exemplo de dificuldade é referida por CARDOSO (2006), quando refere que as dificuldades em relação às atividades exercidas pelos profissionais de saúde nas comunidades indígenas são resultado não somente de uma inadequação formação profissional, como também da necessidade de uma maior estabilidade em seu contrato de trabalho (GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, 2003).

As discussões sobre o funcionamento do DSEI mostram situações críticas. Com a ausência dos profissionais da saúde no DSEI, poderá emergir um aumento na incidência de algumas doenças, além do descontrole em relação aos pacientes crônicos como: hipertensos, diabéticos, dentre outros, que recebem um acompanhamento mensal dos profissionais de saúde.

Neste sentido é fundamental que o profissional de saúde indígena seja preparado previamente para seu trabalho em área, com conhecimentos sobre os povos e os territórios com os quais exercerá suas atividades de trabalho.

4.2 MODELO DE ATENÇÃO E AS PRÁTICAS NO DSEI DO ALTO RIO NEGRO

O DSEI-ARN atende em média 1.200 habitantes em cerca de 30 comunidades. Cada equipe é composta de 1 enfermeiro e 3 técnicos de enfermagem para cada pólo e ainda 1 médico para cada 5 pólos, 1 cirurgião dentista e 1 auxiliar de cirurgião dentista para cada dois pólos e 190 Agentes Indígenas de Saúde distribuídos nas comunidades.

O DSEI Alto Rio Negro possui 25 pólos base, sendo 3 no município de Barcelos, 3 em Santa Izabel do Rio Negro e 19 em São Gabriel da Cachoeira. Acima da cidade de São Gabriel da Cachoeira, no município de mesmo nome, o rio Negro tem como afluentes os rios Xiê, Içana e Walpes. Atualmente o DSEI-ARN atende 24 etnias distribuídas em 672 aldeias, com uma população indígena de 34.897 pessoas. Os pólos base recebem o nome de acordo com as comunidades as quais estão inseridos e ainda podemos observar o número de famílias de cada comunidade pertencentes ao DSEI-ARN. Ver tabela 03.

Tabela 03: Quantidade de famílias em cada Pólo Base

DSEI	UF	Pólo Base	Quantidade/ Famílias
ALTO RIO NEGRO	AM	CAMARÃO	324
ALTO RIO NEGRO	AM	CANADÁ	235
ALTO RIO NEGRO	AM	CARURU – TIQUIÉ	163
ALTO RIO NEGRO	AM	CARURU - UAUPÉS	235
ALTO RIO NEGRO	AM	CAUBURIS	217
ALTO RIO NEGRO	AM	CUCUÍ	303
ALTO RIO NEGRO	AM	CUMARÚ	148
ALTO RIO NEGRO	AM	CUMATÍ	225
ALTO RIO NEGRO	AM	ESTRADA	191
ALTO RIO NEGRO	AM	ILHA DAS FLORES	345
ALTO RIO NEGRO	AM	JURUTI	281
ALTO RIO NEGRO	AM	MASSARABÍ	262
ALTO RIO NEGRO	AM	MÉDIO UAUPÉS	348
ALTO RIO NEGRO	AM	NAZARÉ DO ENUIXÍ	446
ALTO RIO NEGRO	AM	PARI-CACHOEIRA	204
ALTO RIO NEGRO	AM	PATOS	229
ALTO RIO NEGRO	AM	SÃO JOAQUIM	311
ALTO RIO NEGRO	AM	SÃO JOSÉ II	429
ALTO RIO NEGRO	AM	SERRINHA	536
ALTO RIO NEGRO	AM	TAPERA	76
ALTO RIO NEGRO	AM	TAPERERA	426
ALTO RIO NEGRO	AM	TARACUÁ	318
ALTO RIO NEGRO	AM	TUCUMÃ	231
ALTO RIO NEGRO	AM	TUNUÍ-CACHOEIRA	316
ALTO RIO NEGRO	AM	YAUARETÊ	694

Fonte: SESAI-2011

Em relação aos recursos humanos do DSEI-ARN, “cabe para estes profissionais ter capacidade técnica de atuação complementar na atenção à saúde dos povos indígenas. Com objetivo de executar ações relacionadas à saúde da população dentro da área indígena”. (FUNASA; 2009). O quantitativo de recurso humano para o trabalho na saúde indígena do DSEI-ARN é de 472 profissionais distribuídos nas diversas categorias conforme a tabela a seguir.

Tabela 04: Quantidade de profissionais do DSEI/ARN

Quadro de Recursos Humanos do DSEI/ARN			
ACD	10	Farmacêutico	1
AISAN	2	Logístico	1
AIS	184	Médico	1
Aux. administrativo	2	Microscopista	13
Aux. de Farmácia	1	Odontólogo	11
Aux. de Serviços Gerais	10	Operador de Rádio Fonia	2
Aux. de Emb. Fluvial	1	Motorista	17
Aux. Logístico	2	Piloto de Embarcação	39
Assist. Administrativo	19	Recepcionista	1
Assist de Operações	1	Supervisor de Área	6
Assist. Social	1	Técnico em Enfermagem	98
Bioquímico	1	Técnico em Finanças	2
Coord. Administrativo/Financeira	1	Técnico em Laboratório	2
Coord. Técnico	2	Téc. Operação Ativ.Saúde	1
Coord. Operacional	3	Técnico em Infra Estrutura	1
Cozinheira 06	6	Técnico de serviço de apoio	1
Enfermeiro	23	Técnico em Higiene Dentaria	2
Educador em Saúde	1	Encarregado de Manutenção e Mecânica	3

Fonte: MPF-2011

Os trabalhos são realizados sempre por via fluvial com botes de alumínio com motores de 05,08,15,30,40 Hp. O tempo máximo é de 4 dias para se chegar ao Pólo de São Joaquim, 3 dias para o Pólo Base de Caruru do Waupes, 3 dias para o Polo Base de Caruru do Tiquié e 1 dia para o Pólo de Cucuí, no restante dos Pólos. A comunicação é feita principalmente por radiofonia (120 comunidades), mas atualmente existem também instalações telefônicas (Orelhão) em 20 comunidades.

A organização do Distrito e seu modelo assistencial estabelece que o primeiro atendimento, a nível local, se dê no Pólo Base. Quando necessário o paciente é referenciado para a Unidade Hospitalar do SUS do município.

A Casa de Saúde do Índio – CASAI, de São Gabriel da Cachoeira é o local onde os serviços de referencia se situam, conforme mostra a figura 1.

FIGURA 1- Estrutura Organizacional do Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI (SESAI-2011)



FONTE: SESA, 2011.

No rio Negro, as equipes de saúde têm que ser pequena sendo a maioria delas configurada por três pessoas, formada geralmente por um profissional de nível superior (médico, dentista ou enfermeiro), um auxiliar de enfermagem ou odontológico, quase sempre indígena, que além de trabalhar diretamente na assistência, serve de tradutor e uns barqueiros indígenas, que também auxiliam nas traduções.

As viagens são planejadas em torno de 30 a 40 dias. As equipes viajam em voadeiras, pequenos barcos, com motores 25, 30, no máximo 40 HP, embarcações abertas, pois se evitam as coberturas já que podem desestabilizar o ponto de equilíbrio, tornando, assim, a viagem mais perigosa, facilitando acidentes, uma vez que os rios do alto rio Negro possuem muitas cachoeiras.

Geralmente, as equipes sobem o rio e quando chegam à última aldeia a ser atendida, começam o trabalho. Na volta para São Gabriel da Cachoeira, param cada dia em uma aldeia diferente e efetuam os atendimentos, que ocorrem nas próprias aldeias, permitindo aos profissionais fazerem apenas uma assistência primária. Quando o profissional decide pela remoção do paciente, ele mesmo o leva para o Hospital, alterando, assim, o planejamento inicial.

Os rios também são as “estradas” da Amazônia, são eles que dão acesso às roças (onde se planta mandioca e outros alimentos), aos centros e as outras comunidades. Deles, tira-se a maior parte da água utilizada pela população.

Devido às grandes distâncias, à falta de estradas e à dificuldade de acesso dos profissionais de saúde a população, não se realiza a assistência à saúde de maneira contínua. Portanto o processo de trabalho dos profissionais de saúde indígena tem uma lógica (que envolve também uma complexa logística) completamente diferente daqueles que trabalham nas cidades.

Além das dificuldades peculiares do trabalho, o profissional encontra a insuficiência de material que são freqüentemente relatados: “o principal problema enfrentado pelo Distrito Sanitário Especial Indígena - Alto Rio Negro-AM, é a insuficiência de motores de popa para o deslocamento das equipes multidisciplinares de saúde indígena”. (MPF, 2010).

No caso da região do rio Negro, os profissionais vão ao encontro da demanda (usuários do sistema), indo de aldeia em aldeia, checando e avaliando praticamente toda a população, ou seja, a ação desse tipo de prestação de serviços de saúde tem que ser diferenciada de todo o resto do país, ou seja, há outra estratégia, já que os profissionais vão aonde a população está, é portanto uma lógica que se poderia denominar de “territorial.

Como já relatado, a região do rio Negro é um grande mosaico cultural, com diferentes tribos, de várias etnias, e com hábitos de vida e crenças distintos uns dos outros, juntando esse fato com o caráter territorial da atenção, podemos inferir que a territorialização da atenção à saúde deva ser um dos pilares do processo de trabalho nas áreas de abrangência de cada pólo de saúde, ou seja, a territorialização deveria ser uma meta para o sistema de atenção a saúde indígena, na medida em que é entendida como:

(...) uma metodologia capaz de operar mudanças no modelo assistencial e nas práticas sanitárias vigentes, desenhando novas configurações loco-regionais, baseando-se no reconhecimento e esquadramento do território segundo a lógica das relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso às ações e serviços de saúde (TEIXEIRA et al., 1998, apud GONDIM; MONKEN, 2009, p.395).

Através da territorialização o sistema poderia singularizar a atenção o que seria desejável num contexto como o da saúde indígena que lida com diferentes etnias, culturas e contextos geográficos.

Além disso, este tipo de atenção situa-se na confluência de dois mundos o da medicina ocidental e o da medicina tradicional indígena. Será que a medicina ocidental é capaz de responder à pergunta fundamental para os indígenas: Porque eu estou doente agora?

Para eles, a medicina ocidental age no nível dos sintomas e não no nível da causa da doença (BUCHILLET, 2004 apud SOARES, 2006, p. 16).

Do ponto de vista da subjetividade, Ceccin (2004) chama atenção para a concepção de uma formação que objetive a transformação das práticas profissionais e da própria

organização do trabalho estruturando-se a partir da “problematização do processo de trabalho considerando-se sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações”.

É de suma importância adaptarmos os modelos do “como faço” ao ambiente indígena amazônico. Cada vez mais, o tema se anuncia como uma especialidade e, para tal, é preciso literatura disponível, que prepare todo aquele que chega e, invariavelmente, sofre a incomunicabilidade de dois mundos tão distintos (SOARES, 2006, p. 17).

Para o mundo indígena, não há choque de culturas, nem conflito entre a ciência ocidental e a medicina tradicional indígena. O conflito está dentro da cabeça do branco (nome genérico para todo aquele proveniente do mundo cristão ocidental) e, principalmente, dos médicos, enfermeiros e odontólogos. Os indígenas mostraram que a sua medicina é extremamente dinâmica e criativa e não estática e fadada a desaparecer ou a morrer frente à alegada superioridade da medicina ocidental. (SOARES, 2006, p. 16).

O Profissional de enfermagem quando vai atuar em uma comunidade indígena percebe a importância de uma abordagem diferenciada para uma melhor qualidade de seu trabalho. Todavia cada comunidade tem suas próprias características, fato logo percebido pelos profissionais de saúde quando iniciam seu trabalho em saúde indígena. Uma das diferenças é a receptividade para com o profissional da saúde, por exemplo, em algumas aldeias os profissionais podem trabalhar sem a presença do capitão (Cacique), em outra não.

Por vezes, o profissional enfermeiro pede ajuda ao controle social. Um exemplo disso é o caso da família que tem um filho com lábio leporino e fenda palatina, e tem a oportunidade de realizar a cirurgia em outro estado, mas os pais não querem fazer a viagem onde será realizado a cirurgia. Esse é um exemplo típico do Distrito Sanitário Especial Indígena-ARN, nesse caso o controle social atuará para o convencimento dos pais da criança.

Para realizar as atividades na saúde indígena contamos com uma equipe mínima para o trabalho que é: um enfermeiro para três técnicos de enfermagem. As viagens são agendadas para 30, 35 ou 40 dias conforme disponibilidade da equipe. O enfermeiro trabalha com um técnico em enfermagem e um piloto para o bote. A outra equipe é de dois técnicos em enfermagem e um piloto para o bote. Quando uma equipe está nas comunidades à outra descansa, para cada três dias em área indígena, significa um dia de folga.

O processo de trabalho no subsistema de saúde indígena, segundo a Portaria nº 254/02 (MPF/AM, 2009) está dividido em três níveis⁴: 1) local que corresponde ao atendimento nas aldeias, efetuado por agentes indígenas de saúde e/ou pelas equipes multidisciplinares (periodicamente) e/ou agente indígena de saneamento (Aisan); 2) micro-regional que corresponde ao atendimento nos Pólo-Base, efetuado por equipes multidisciplinares de saúde indígena e/ou profissionais das equipes de saúde indígena; 3) macro-regional, que corresponde ao atendimento referenciado à níveis mais elevados de complexidade através da integração com a rede de assistência do SUS.

O núcleo básico de Atenção à Saúde Indígena, que é responsável pela execução das ações de saúde indígena, é composto por profissionais de saúde como: Enfermeiro, Auxiliar ou Técnico de Enfermagem, Médico, Odontólogo, Auxiliar de Saúde Bucal, Técnico em Saúde Bucal, Agente Indígena de Saúde, Agente Indígena de Saneamento, Técnico em Saneamento, Agentes de Endemias e Microscopistas.

Todavia, a atenção contínua a saúde nos Pólo Base normalmente é realizada pelos enfermeiros. As equipes de enfermagem são compostas por 3 técnicos de enfermagem e 1 enfermeiro para atuar em cada Pólo Base de referência. Os outros profissionais são em menor número que atuam por calha de rio.

Enquanto uma equipe aguarda o retorno da outra equipe, fica à disposição do Distrito. Nesta espera, realiza a preparação das viagens, relatórios, consultas dos pacientes itinerantes (indígenas que vem para São Gabriel por qualquer motivo e acaba por adoecer), capacitação dos AIS, plantões na CASAI e fica a disponível para eventuais emergências que possam ocorrer nas aldeias indígenas).

O trabalho em área que corresponde ao nível micro-regional da atenção (corresponde a um conjunto de aldeias pertencentes a uma determinada região) exige uma trabalhosa preparação por parte da equipe escalada para a viagem e permanência na área.

A realização do cronograma de viagem pode ser elaborada pelo enfermeiro ou mesmo pelo técnico em enfermagem, depende da equipe que está no distrito. Quando a equipe tem o enfermeiro, este se responsabiliza pela elaboração da próxima viagem junto com o técnico em enfermagem.

⁴ O conceito 'processo de trabalho em saúde' diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/ profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde.

No caso do DSEI-ARN não há um roteiro padronizado para a preparação da viagem, cada profissional cria o seu próprio, bem como o cronograma de sua ida ao pólo de referência e as atividades que irá desenvolver em sua permanência em área indígena.

O roteiro de viagem deve ser entregue um dia antes da viagem para ciência e averbação da coordenação do distrito. Dentro do roteiro são inseridas todas as comunidades e as ações em saúde que se pretende realizar durante o tempo de viagem. No entanto, o roteiro não prevê os casos das possíveis emergências, onde estes profissionais retornam com um ou mais pacientes para referenciá-lo para uma atenção especializada em São Gabriel da Cachoeira.

Cada viagem compreende a preparação do material que será utilizado durante o processo de trabalho que é listado em impresso próprio da SESAI. O profissional descreve todo o material que irá utilizar em área como: material para palestras, material para limpeza do pólo, medicamentos (devem ser listados e encaminhados ao setor de farmácia pelo menos com três dias de antecedência à viagem), seringas e agulhas (esse material sempre descartado no descartapak), KIT para realizar o preventivo, lâminas para possível coleta de exames para diagnóstico de malária ou filária, instrumental para retirada de pontos ou curativos, balança para pesagem de crianças menores de cinco anos, etc. Os imunobiológicos (vacinas) devem ser listados e separados com um dia de antecedência, deixados separadamente em uma geladeira própria e somente retirados no mesmo dia da viagem. Esse procedimento é de extrema importância para o transporte dos imunobiológicos, pois o tempo para se chegar às comunidades pode ser de dias. As vacinas devem ser retiradas da geladeira próximo ao horário da partida para os pólos e aldeias, sendo transferidas imediatamente para a geladeira móvel evitando o degelo.

Dentre outras coisas, o profissional não pode esquecer sua lista de alimentos e de higiene pessoal.

Para o acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas nas aldeias e pólos base as equipes utilizam-se de guias que se prestem a mapear a ocorrência de dados que levem a análise de morbidade da região, denominadas de impressos, previamente solicitados ao Sistema de Informações de Atenção a Saúde Indígena - SIASI. Esse sistema deverá identificar informações que atendam às necessidades de cada nível gerencial, fornecendo subsídios para a construção de indicadores que avaliem a saúde e indiretamente, a atenção à saúde, como a organização dos serviços no Distrito Sanitário, particularmente no que diz respeito ao acesso, à sua cobertura e à sua efetividade (BRASIL, 2002).

Essas informações servirão também para identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, estabelecer prioridades na alocação de recursos e orientação programática em cumprimento a Portaria n.º 254, de 31 de janeiro de 2002, D.O.U. de 6/2/2002.

Os instrumentos para coleta de dados são adaptados à realidade local, permitindo a identificação dos riscos e das condições especiais que interferem no processo de adoecer para buscarmos intervenções específicas de cada comunidade.

É comum a utilização de vários mecanismos de coleta de dados e relatórios que prestam a instrumentos hábeis de investigação e notificação.

Como o acesso às comunidades se faz exclusivamente via fluvial, para tanto, as embarcações precisam estar com motores de popa em perfeito estado de conservação e funcionamento, para que, as equipes possam realizar as atividades sem maiores problemas.

O tempo de voadeira até o pólo base é longo e a chegada da equipe acontece no fim da tarde. Esse fator tem relevância por deixar a equipe cansada para atuações do trabalho na comunidade, deixando assim para fazê-lo no dia seguinte.

Mesmo assim, o profissional reúne toda a comunidade para preparar o trabalho para o próximo dia que compreende as seguintes atividades: atenção à saúde da mulher, com ênfase no diagnóstico, prevenção e tratamento do câncer de colo de útero e de mama; atenção ao pré-natal e prevenção do óbito materno; atenção à saúde da criança, com ações previstas nos programas de imunização, (conforme calendário vacinal indígena) vigilância alimentar e nutricional. Na vigilância a saúde os profissionais têm de atuar principalmente no controle da malária, tuberculose e DST/AIDS. Outra atividade a ser realizada pela equipe nos pólos de saúde indígena é o desenvolvimento de estratégias para a promoção do uso racional de medicamentos. As equipes prestam ainda apoio às Casas de Saúde do Índio-CASAI, estabelecendo relações de referência e contra-referência com o SUS.

Todas estas ações são desenvolvidas ao longo de seu processo de trabalho. As linhas de cuidado também são adequadas às realidades das comunidades, ou seja, em relação a atenção à saúde da mulher, o enfermeiro durante sua reunião com a comunidade, solicita um dia com as mulheres. Nesse dia, será exposto para as mulheres a importância da realização do preventivo e as consequências de não realizá-lo. É de grande relevância que esta conduta esteja conduzida com apoio visual e desenvolvida em linguagem local, assim, o AIS desempenha um papel fundamental de interlocutor ajudando a demonstrar para as mulheres a importância do preventivo. Este será agendado para três dias, e solicitado que as mulheres venham preparadas (não ter relação sexual durante este período para não mascarar o exame).

Vale lembrar, quanto às questões de gênero, para o trabalho do AIS que muitas das vezes, torna-se uma problemática nas distintas etnias, principalmente por se tratar de assuntos reprodutivos com as mulheres das aldeias.

A coleta do preventivo e o exame das mamas são realizados de acordo com a realidade local. Muitas das vezes, o exame é realizado em uma mesa de madeira ou mesmo em rede na casa da própria paciente, ou em local improvisado para o procedimento, por exemplo nas escolas das aldeias, por ser um local com portas, durante o período de férias escolares. A presença do marido para a coleta é sempre desejada ou de algum familiar como mãe, irmã.

Durante a coleta, o enfermeiro é auxiliado pelo técnico em enfermagem para averbação do controle das coletas. Os dados são anexados em uma planilha onde se descreve a data da averbação, o nome da paciente, a idade, a comunidade a qual pertence, data da coleta, os aspectos clínicos observados, o tratamento realizado, data do tratamento (muitas das vezes o tratamento não se inicia no dia da coleta, o profissional aguarda o resultado do exame) e também um sucinto relato das observações vistas durante o exame.

Normalmente quando o profissional de enfermagem realiza a coleta de preventivo, avalia as mamas das pacientes. Muitas das vezes, o marido está presente para o exame e durante a apalpação das mamas e o enfermeiro deve explicar ao marido da paciente a importância do procedimento e o porquê está sendo realizado. Os mesmos procedimentos de registro anteriormente mencionados são realizados para esse exame.

Ainda em relação à saúde da mulher indígena, os enfermeiros mensalmente visitam todas as gestantes em suas comunidades. Durante as rotinas do pré-natal são realizadas a administração de ácido fólico (5 mg/dia) durante o primeiro trimestre e sulfato ferroso (300mg/dia dividido nas refeições) a partir da 20ª semana (5º mês). Durante a consulta com as gestantes, os profissionais do DSEI devem mensurar: peso, pressão arterial e altura uterina. Deve avaliar a vitalidade fetal (movimentos) e auscultar os batimentos cardio-fetal (BCF) com o auxílio de um estetoscópio de Pinard após a 22ª semana (2º trimestre) ou com sonar Doppler portátil após a 12ª semana de gestação (2º trimestre). Também fazem parte da assistência a atualização do calendário vacinal com TT (toxóide tetânico) e DV (dupla viral). A consulta de Pré-Natal pode ser realizada na rede, em um banco, ou mesmo em cima de uma pedra grande. Para tanto, será preciso destreza do profissional de enfermagem e que esteja preparado para realizar as consultas em qualquer ambiente, priorizando a realidade local.

Durante seu trabalho, o enfermeiro evidencia em planilha apropriada com a data da consulta, nome da gestante, idade, etnia, comunidade, se foi notificada sim ou não na planilha, número de consultas, dia da última menstruação (DUM), data provável do parto (DPP), peso

do mês atual, e peso do mês anterior, idade gestacional (IG), ausculta uterina (AU), batimentos cardio-fetais (BCF), pressão arterial, número de gestações, avaliação sucinta do estado geral, e um espaço pequeno para as observações. Esses dados de condições de saúde das gestantes são entregues para acompanhamento no SIASI do Distrito.

O acompanhamento das gestantes indígenas é realizado pelo enfermeiro continuamente. Em alguns casos quando o enfermeiro é solicitado para ver a gestante por algum familiar, ela já se encontra em trabalho de parto (muitas das vezes realizado na pedra, na beira do rio, ou mesmo na casa da paciente).

Quando o parto (sempre de cócoras) acontece na casa da paciente, ela se apoia em uma rede com ajuda do marido ou da mãe. Após o nascimento, a responsabilidade de assepsia com o recém-nascido fica com a mãe. No entanto, nem sempre a parteira está presente na comunidade ficando este papel para a enfermeira.

Vale lembrar que, além da assistência a parturiente, a enfermeira também tem que dar conta da assistência ao recém-nascido. Este é pesado, medido e também realizado ausculta pulmonar e cardíaca. É observada também a presença de uma possível anomalia. Todavia, estes procedimentos são canalizados para uma planilha de acompanhamento do recém-nascido que descreve: a data da notificação, a data de nascimento, sexo, etnia, nome da mãe, comunidade da mãe, peso, estatura, condições do parto, realizou (sim) ou não o teste do pezinho, unidade notificadora, quem realizou o parto, e observações.

Em relação ao Programa de Saúde da Criança é realizado o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças logo após o nascimento. O acompanhamento mensal e preciso das crianças de baixo peso (onde as indígenas que não podem amamentar recebem leite pelo programa) e com desnutrição é registrado minuciosamente como fonte de dados. Nestas, encontramos; a data da consulta, nome da criança, sexo, idade, comunidade, etnia, peso do mês anterior, peso do mês atual, se está cadastrada no programa do leite, desde quando recebe o leite, grau de desnutrição da criança, aspectos clínicos, avaliação do estado geral.

A doença diarreica aguda é um dos principais fatores que mais contribuem para o agravamento do estado nutricional das crianças. Sabendo disso, o DSEI-ARN adotou estratégias básicas como: monitoramento das diarréias, tratamento em massa das verminoses e utilização da terapia de Reidratação Oral - TRO, por tratar-se de uma intervenção apropriada e simples no combate à mortalidade das crianças por diarréia e desidratação.

Quanto às doenças infecciosas e diarreicas, os controles dos dados são concomitantemente cadastrados de acordo com os acontecimentos ocorridos durante o

processo de trabalho. Para sinalizar as diarreias nas comunidades, o Distrito utiliza fontes de dados que concentra: data da ocorrência, comunidade, faixa etária do paciente (e o total de faixa etária), plano de tratamento, outras condutas, e se houve um surto investigado sim ou não.

Dentre as doenças gastrointestinais, podemos encontrar: amebíase, diarreia e gastroenterite infecciosa. A maioria é tratada na comunidade e por vezes o paciente é referenciado a CASAI para exames especializados.

Para o tratamento em massa das parasitoses digestiva por helmintos, os dados são aplicados em uma planilha contendo a data em que foi realizado, comunidade, número da população geral da comunidade, e número de pessoas tratadas naquele dia, o nome do medicamento utilizado e as observações.

Quanto ao esquema de imunização, o enfermeiro deve estar apto para capacitar e reciclar os profissionais de campo, nas atividades de sala de vacina. Além de, realizar supervisão e avaliação das técnicas de administração da vacina e do acondicionamento dos imunobiológicos. A administração das vacinas de rotina faz parte dos procedimentos nas comunidades.

O registro no mapa de temperatura é atualizado duas vezes ao dia pelo enfermeiro ou técnico em enfermagem. O trabalho com imunobiológicos em área indígena é um dos mais cansativos, pois, existe a adrenalina do tempo curto do degelo. Durante o período de vacinação é utilizado formulários específicos para controle dos pacientes vacinados, como: formulários de rotina, formulários de campanha e planilha de inutilização dos imunobiológicos.

Para o acompanhamento das famílias em campo, o DSEI utiliza o censo vacinal que sinaliza as famílias por indivíduo vacinado de cada família. Este censo denota as doses realizadas e as faltosas. Mensalmente, o enfermeiro avalia a cobertura vacinal de sua população adstrita do pólo base dando ênfase às crianças menores de 5 anos.

Dentre as ações de acompanhamento e busca de pacientes em área indígena, encontramos os suspeitos de hipertensão arterial. Estes são avaliados e observados pela equipe de enfermagem com o controle da PA. Os dados são anexados em uma tabela própria que especifica; a data, o nome do paciente, a idade, o sexo, a etnia, a comunidade, a PA atual do paciente, o tempo de acompanhamento do paciente e alguma observação.

Esta contínua observação se faz necessário devido ao aparecimento de pacientes portadores de hipertensão nas comunidades. Os pacientes com hipertensão arterial sistêmica são acompanhados com uma tabela que identifica: nome do pólo base, a data da entrega, nome do paciente, idade, etnia, comunidade, patologia, PA anterior, PA atual, nome da

medicação que o paciente está usando, data da entrega da medicação, data do término da medicação, avaliação do estado geral do paciente e a observação que é utilizada no DSEI-ARN.

Com relação às atividades realizadas em campo pelo enfermeiro, as populações indígenas enfrentam situações distintas de vulnerabilidade, em especial à morbidade, por exemplo, quando se fala de Tuberculose. As atividades do enfermeiro frente ao programa PPD que é realizado pelo enfermeiro no Pólo Base ou na comunidade, têm como necessidade que o enfermeiro permaneça três dias na comunidade para realizar a busca ativa dos sintomas respiratórios através da coleta de BK, (esfregaço em lâmina) para então, ser feita a leitura. Quando o resultado é negativo, porém, o paciente ainda apresenta sintomas, ele é referenciado à CASAI-SGC para coleta de escarro e diagnóstico. Este fato implica em retirar o paciente da comunidade, o qual muitas das vezes, não acredita na doença. Por este motivo, retirar o paciente de sua comunidade é uma ação complicada, porém necessária, tornando o enfermeiro um articulador essencial para o processo da saúde do paciente.

O acompanhamento e avaliação dos comunicantes são realizados pelo enfermeiro durante suas visitas às comunidades. Para tanto, ele se instrumentaliza de dados que são utilizados pelo DSEI-ARN, nos quais identificam: a data da consulta, o nome do paciente, idade do paciente, sexo, etnia e comunidade a qual o paciente pertence, peso anterior, peso atual, quais são os sinais e sintomas presentes, se ele já teve contato com caso de tuberculose, se já fez algum tratamento anteriormente (data) e por fim os exames que foram realizados.

Habitualmente, quando o paciente apresenta algum sintoma de tuberculose, um dos procedimentos é investigar quais foram os contatos que esse paciente possuiu, entretanto, na maioria dos casos, o contágio não aconteceu dentro da própria comunidade do paciente. Para isso, utiliza-se uma forma de acompanhamento e controle dos pacientes que tiveram contato com tuberculose, que evidencia: o nome dos contatos, a forma clínica do contato, a data do contato, o nome do paciente, a data de nascimento do contato, idade, de qual etnia e comunidade pertence, grau de parentesco do contato com o contagiado, quais foram os exames realizados e a conduta procedida.

Ainda em relação às atividades desenvolvidas pelo enfermeiro no programa para tuberculose, destacam-se: a busca ativa, o acompanhamento dos comunicantes e o acompanhamento preciso dos casos nas comunidades. Para tal, é utilizado o DOTS que significa o tratamento supervisionado, adotada no Brasil a partir de 1998, vinda da sigla em inglês: *Directly Observed Therapy Short-Course (DOTS)*.

O tratamento supervisionado é realizado pelo agente indígena de saúde (AIS) nas comunidades, todavia, a distância entre as comunidades são em média 8 horas de barco, com um motor 40HP, vale lembrar, que eles não possuem meios próprios, tão pouco condições para efetuar este processo. Sendo assim, a medicação é entregue ao paciente que recebe as devidas orientações quanto ao processo de cura. Contudo, os pacientes abandonam o tratamento, por queixa de epigastralgia após tomar a medicação para combater a tuberculose.

Em se tratando das doenças endêmicas, podemos destacar a malária na região amazônica que tem o enfermeiro como o principal responsável pelo tratamento e busca ativa, realizadas nas comunidades ou no Pólo Base. É caso rotineiro, o profissional enfermeiro encontrar, na ida ou na volta de alguma comunidade, um paciente com sintomas de malária. Normalmente, a equipe de saúde pára o bote e realiza a coleta de sangue do paciente, as margens do rio. Após o resultado visto no pólo base com o microscopista, vamos ao encontro ou mesmo aproveita-se a passagem de algum morador da mesma comunidade do paciente que passa de canoa pelo pólo base, para facilitar esse processo de entrega da medicação e com isso iniciar a terapêutica medicamentosa o mais breve possível.

Para o caso dos pacientes que apresentam microfilária e malária, o resultado do diagnóstico é realizado através de um raspado de sangue em lâmina, visto in loco pelo microscopista do Pólo Base. Logo após, os dados coletados, juntamente com o resultado, são transcritos como fonte de dados e encaminhados ao SIASI do DSEI-ARN. Os dados denotam: a data do episódio, o nome do paciente, idade do paciente, a etnia, a comunidade, a data da coleta de sangue, a forma clínica da doença, qual a data do tratamento, qual foi o tratamento medicamentoso e ainda algumas observações.

Como exemplo, uma amostra da inserção dos dados de um paciente com microfilária, onde colocamos: a data do episódio, o nome do paciente, idade do paciente, a etnia, a comunidade, a data da coleta de sangue, algumas queixas atuais, a data do tratamento, qual foi o tratamento medicamentoso e o resultado dos pacientes que realizaram a coleta para microfilária.

A cerca do Planejamento Familiar nas comunidades indígenas, o método mais usado é o uso de anticoncepcionais injetáveis. Para sua utilização e acompanhamento, o enfermeiro baseia-se através de dados para o fornecimento do quantitativo de mulheres com medicação anticoncepcional injetável.

Neste, encontramos: a data, o nome da paciente, a idade, a comunidade da paciente, a etnia, o dia da última menstruação, o resultado do último preventivo, o número de gestações,

qual o motivo para o uso, o nome da medicação, data de início da medicação, data da última aplicação, data da próxima aplicação e uma avaliação geral da paciente.

Outro agravo que tem ameaçado um grande número de comunidades é a infecção pelo HIV/AIDS. A partir de 1988, começaram a ser registrados os primeiros casos entre os índios. Número este, que vem aumentando com o passar dos anos, sendo que, dos trinta e seis casos conhecidos até 2000, oito foram notificados em 1998, distribuídos por todas as regiões do Brasil (BRASIL, 2002).

O déficit de informações entre os indígenas sobre os modos de transmissão do vírus e prevenção da doença, bem como as limitações de ordem linguísticas e cultural para adquirir informações sobre a doença, são desafios a serem enfrentados. Além disso, expressam a situação altamente vulnerável frente à contaminação pelo HIV/AIDS nas comunidades, por isso, ainda não temos dados fidedignos sobre o HIV/AIDS dentro da área indígena do Alto Rio Negro.

Durante o processo de trabalho, quando se faz necessário, é realizado o teste rápido em campo indígena, feito pelo próprio enfermeiro, principalmente em gestantes, pacientes com DST ou ainda em acidente perfuro-cortantes com os profissionais de saúde. O teste é realizado in loco, devido à facilidade do procedimento para o campo indígena. Ver tabela 04.

Tabela 05: Tipos de teste rápido para HIV

	Sangue total	Diluyente	Tempo
Rapid Check	1 gota	1 gota	15 min
Bio Manguinhos	Alça Calibrada	3 gotas	10 min
Hbs Ag	3 gotas	1 gota	30 min

Fonte: SIASI/DSEI-ARN-2009

Quando o resultado for positivo, o paciente é encaminhado à CASAI-SGC para realizar novos exames e confirmar sua positividade. Depois de confirmado, imediatamente inicia-se o tratamento e acompanhamento. Para tal, é utilizado um instrumento de dados nos casos de DST/HIV onde podemos observar o acompanhamento dos pacientes em tratamento. Neste será utilizado como fonte de dados: a data da consulta, o nome do paciente, sexo, idade do paciente, a etnia, a comunidade, qual a forma clínica, qual será o tratamento

medicamentoso, data do tratamento, se foi realizado tratamento no parceiro e algumas observações.

Para a prevenção, o profissional enfermeiro realiza a distribuição de camisinhas, que embora pareça uma tarefa fácil, a utilização de camisinhas pelos indígenas ainda é um obstáculo a ser enfrentado. Este processo tem mais êxito com o apoio de lideranças da comunidade, dos professores, e outros. Para o aprendizado, a comunicação em língua nativa fortalece ainda mais o trabalho do enfermeiro. A distribuição do preservativo se utiliza de um instrumento de coleta de dados, onde são colocados: o nome da comunidade, crianças até 10 anos, de 11 a 19 anos de idade, mulheres maior ou igual a 20 anos, homens maior ou igual a 20 anos, lideranças, professores, e outros.

Durante o trabalho do enfermeiro, o mesmo encontra em suas consultas nas comunidades, (que pode acontecer em área aberta ou/ em um espaço grande onde a comunidade realiza seus encontros diários para alimentação) pacientes com doenças do aparelho digestivo, como: aftas bucais (que são comuns em crianças), cáries dental (os dentistas do DSEI não conseguem dar conta da demanda), estomatite, hérnia, gastrite, dentre outras. Após a realização da consulta, o enfermeiro tenta localizar o médico do distrito por radiofonia e juntos traçam um diagnóstico ou uma possível transferência para o Hospital de referência em São Gabriel da Cachoeira.

Em relação às neoplasias em área indígena, podemos citar: neoplasias malignas de lábio, de cavidade oral e faringe, do aparelho digestivo, do aparelho respiratório, de mama, de útero e outras de localização não específica são agendadas para consulta pela CASAI-MAO para tratamento em Hospital Especializado. Para esse agendamento, o enfermeiro quando está em São Gabriel articula com a Coordenação da CASAI-ARN uma consulta com o médico para avaliação.

Dentre as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas encontramos: diabetes, desnutrição, hipovitaminose, dentre outras que são evidenciadas em dados quantitativos.

Quanto aos transtornos mentais, estes são pouco analisados em área indígena. As demandas espontâneas são diante das doenças mais evidenciáveis e visíveis. Deixando assim, as doenças mentais e comportamentais para segundo plano. Contudo, o quantitativo do número de casos é evidenciado para o SIASI pelo enfermeiro.

Existem ainda os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e drogas, sendo notória a ciência por parte do enfermeiro, acerca desse tipo de transtorno. (principalmente o indígena que mora na cidade). Estes casos, embora evidenciados, não são tratados ou encaminhados.

Entretanto, os pacientes com epilepsia diagnosticada, recebem sua medicação mensal e são acompanhados pela equipe do Pólo Base.

As doenças oculares como: baixa acuidade visual, catarata e pterígio são encaminhados à CASAI-MAO para um atendimento especializado. Muitas dessas patologias não são aparentes e quando o enfermeiro percebe, o caso é grave.

Doenças do aparelho auditivo e apófise mastoide, como: otites externas, otalgia, cerume impactado são tratadas pelo enfermeiro nas comunidades ou no Pólo Base.

Os abscessos, impetigos, erisipela, dermatites e prurido são tratados nas comunidades ou no Pólo Base pelo enfermeiro da equipe. Por vezes, é preciso fazer drenagem de abscesso e acompanhar o paciente, para isso, este será hospedado na casa de apoio do Pólo Base para acompanhamento.

As afecções osteomusculares são comuns em comunidades, pois os indígenas caminham e pegam pesos maiores do que seu organismo suporta. Principalmente, aqueles que têm como atividade a cultura da mandioca (o que é comum). Com a continuidade de seu trabalho, surge o aparecimento de doenças do sistema osteomuscular. Dentre elas, são encontradas; as artralguas crônicas, cervicalgias, lombalgias, mialgias (conhecida como: dor de corpo). Estes pacientes são referenciados para a CASAI-SGC e encaminhados para tratamento na CASAI-MAO quando apresentam uma gravidade de seu quadro. No entanto, o mais comum é a analgesia realizada pelo enfermeiro em área indígena.

Diante das infecções do aparelho genitourinário, estes pacientes recebem avaliação do enfermeiro e em sua maioria são referenciados para a CASAI-SGC e encaminhados para CASAI-MAO para tratamento diagnóstico.

No fim do período em área, o profissional responsável pela equipe (técnico em enfermagem ou enfermeiro) entrega sua produção à coordenação do DSEI. Para tanto, é importante que o enfermeiro esteja de acordo com os dados escritos pelos profissionais de nível médio. Assim como na Estratégia Saúde da Família, o enfermeiro da equipe é responsável pela produção e entrega do consolidado do profissional de nível médio e dos AIS.

A identificação do Pólo Base de referência é uma informação obrigatória no relatório, assim como, o nome de cada profissional da equipe que realizou o trabalho em campo (inclusive o nome do prático) e o período em que foi realizado.

Ainda como fonte de dados, os profissionais apresentam o número de atendimentos, procedimentos, reuniões e visitas domiciliares realizados no período de permanência da equipe (médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e o agente indígena de saúde) no Pólo Base. Estes dados devem ser transformados em números e somados por categoria profissional.

No caso dos AIS, o enfermeiro solicita ao profissional que entregue seu relatório mensalmente, onde relata todas as atividades realizadas por ele (no período de um mês) e assim o enfermeiro transcreve para o relatório das atividades da equipe.

Todos os atendimentos realizados pela equipe são transformados em dados numéricos. Para tanto, segue a linha de atendimentos realizados em pessoas de 0 a 4 anos, de 5 a 9 anos, de 10 a 19 anos, de 20 a 59 anos, de 60 e mais anos e o total de atendimentos destas idades e seguindo a categoria profissional.

O enfermeiro ainda poderá encontrar diversas situações de emergência que quando não é solucionado na comunidade, o paciente é referenciado para o Hospital de Guarnição da Vila Militar que realiza atendimentos da rede SUS.

Todavia, quando o enfermeiro chega com o paciente no porto de uma emergência, não encontra um suporte adequado para transportar este paciente para a unidade hospitalar. A transferência, às vezes, ocorre em uma Kombi sem estrutura ou mesmo em uma camionete do DSEI. Vale lembrar, que não existe no Distrito uma ambulância própria para esses casos. Em sua maioria, esse paciente é trazido pelo bote da própria equipe de saúde do Distrito, sendo o enfermeiro responsável por descrever esses eventos ao realizar seu relatório, assim como, o número de referenciados também faz parte dos dados estatísticos para o SIASI que é representado por: exames, internações pelo SUS e pela rede privada (que não se aplica ao Distrito de São Gabriel da Cachoeira).

Segundo Soares (2007, p. 84):

Em grande parte do território indígena do Alto Rio Negro, não há hospitais próximos e a remoção do paciente envolve um longo tempo de transporte, superior a 12 horas, período no qual se dará o óbito ou a melhora; portanto, a resolução terá de ser ofertada longe de recursos laboratoriais.

Quando os pacientes são enviados para a CASAI-ARN, a responsabilidade do cuidado passa a ser da CASAI-ARN. Quando são transferidos para o Hospital de Guarnição e ficam internados, o enfermeiro da equipe fica atento quanto ao retorno deste paciente para sua comunidade. Os encaminhamentos também são fontes de dados para o SIASI que precisa do nome do paciente, sexo, idade, etnia, comunidade, motivo da referência, se está com acompanhante e qual a rede de referência (CASAI-ARN, HGuSGC⁵ ou CASAI-MAO⁶)

O sistema de contra referência é realizado da CASAI-ARN para o pólo base com uma listagem onde encontramos: data da referência, nome do paciente, sexo, idade, etnia,

⁵ Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira

⁶ Casa de Saúde do Índio de Manaus

comunidade, motivo da referência, data da internação, data da alta e avaliação do estado do paciente.

Os pacientes com doenças crônicas são encaminhados para o pólo base com suas medicações. Seu retorno irá acompanhar o da próxima equipe para o trabalho em área. Essa proposta permite que a próxima equipe articule em seu cronograma a entrega das medicações para este paciente.

É muito importante que o enfermeiro não esqueça a data da internação e a data de alta. Para tanto, será necessário uma data correta e precisa para o enfermeiro organizar sua linha de cuidados.

Encontramos, dentre as atribuições da enfermagem, a adequação da continuidade da assistência. Esta, se manifesta com a data da contra referência, nome do paciente, sexo, idade, etnia, comunidade, estado do paciente, tratamento a ser realizado na comunidade e a data da reavaliação com o médico que pode ser da CASAI-ARN ou do HGuSGC.

Dentro das atividades do profissional de enfermagem, o mesmo pode acabar indo de encontro ao desconhecido com a morte. O morrer para a cultura do branco é relativo, já para a cultura indígena, é complexo, pode ser ou não relativo. Por exemplo: quando um Yanomamy morre, seus familiares entram em um sofrer expressivamente alto e coletivo. Depois, o corpo é cremado e as cinzas são colocadas dentro de um mingau que será distribuído para toda comunidade. Durante as atividades em área, o enfermeiro também se depara com a seletividade de uma mãe quanto a seu filho que acaba de nascer. (lei do mais forte sobrevive). Dentro deste contexto, está o profissional da saúde que além de dar conta da assistência, também deve contabilizar os dados para análise que é realizada com o registro do número de nascimentos e de mortes.

O enfermeiro deve sinalizar no relatório de viagem, os casos de recém-nascido e fazer o acompanhamento até sua vida adulta, inclusive da sua morte. Com a denotação do mês que o profissional sinalizou o nascimento e deve ainda relatar o número de pessoas vivas do sexo (masculino, feminino) e o número de mortos do sexo (masculino, feminino).

A data da notificação da morte, que por vezes é diferente do dia da morte. O nome do falecido, assim como a idade, sexo, etnia, comunidade, causa provável da morte, data do óbito e o local da morte, são dados que o profissional jamais deve deixar de acrescentar.

Ao final, o enfermeiro relata suas atividades desenvolvidas consolidando-as em um único relatório que deverá conter; um demonstrativo da calha do rio que pertence ao pólo base, também deve fazer referência por idade, e ao final, o somatório do quantitativo dos

procedimentos por atividade e por idade do paciente. Durante a consolidação dos dados, não encontramos distinção das atividades por categoria.

Do conjunto de atividades desenvolvidas pelos AIS na saúde indígena dos DSEI-ARN, encontramos um amplo leque de procedimentos que priorizam o cuidado básico com o paciente. No entanto, das atribuições dos AIS, se resumem o atendimento espontâneo ao paciente que busca ajuda para alívio de enfermidades; atender as demandas dos outros membros da equipe, para desenvolver atividades de apoio logístico. (ROCHA, 2007).

Todavia, o Distrito solicita o relatório final com as atividades realizadas pelos AIS do Pólo base, sendo o enfermeiro responsável pela averbação do relatório consolidado do AIS e de sua fidedignidade. As atividades realizadas por este profissional durante o período de um mês, são expressas pela tabela onde o AIS relata numericamente a quantidade de pacientes atendidos por idade, para: administrar medicamentos oral, coleta de escarro, realização de curativos, administração de medicação injetável, coleta de lâmina de BK, lavagem ocular, lavagem de ouvido, nebulização, verificação da pressão arterial, palestras por pessoa, peso, pulso, respiração, temperatura, TRO (Terapia de reidratação oral), TRP (Terapia de reidratação parenteral), visitas domiciliares de assistência, coleta de lâmina de malária, coleta de lâmina de filária.

Anexo à produção, o enfermeiro entrega também o relatório de viagem com todos os acontecimentos do seu processo de trabalho em área indígena. Este é diário, onde o profissional de saúde relata todos os acontecimentos durante seu período nas comunidades.

Encontramos no relatório de viagem, sucintamente, as atividades realizadas pelo profissional de saúde. Essas atividades são relatadas oralmente para a coordenação do distrito e servirão para avaliação do trabalho.

No entanto, as situações surgem e nem sempre o profissional consegue descrever todas as atividades e os acontecimentos como: a falta de gasolina para o retorno do profissional que ficou trabalhando 40 dias em área; a demora em enviar outro bote, pois, o motor da equipe quebrou durante a viagem; o bote virou e todos os medicamentos foram perdidos havendo demora para repor a medicação.

Segundo Rocha (2007, p. 113):

O perfil de atuação dos profissionais do DSEI-ARN mostra um amplo conjunto de atribuições que contemplam a promoção da saúde, prevenção de agravos e o acompanhamento a indivíduos, famílias e grupos através de visitas domiciliares e mobilização social; devem também desenvolver atividades administrativas, como o monitoramento pelo rádio, a limpeza e organização do Pólo-Base.

Em uma transcrição literal do texto (FOIRN/DSEI, 2005) aponta que: é atribuição do enfermeiro no âmbito do DSEI/RN, “participar do processo de planejamento, execução e avaliação das ações de saúde; coordenar a implantação e funcionamento dos programas de saúde; executar, no nível de suas competências, ações de assistência básica, de vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao adulto e ao idoso; prescrever medicamentos estabelecidos nos programas do Ministério da Saúde e nas rotinas estabelecidas pelo distrito; solicitar exames de rotina e complementares; desenvolver ações direcionadas a capacitação e supervisão dos AIS e Técnicos de Enfermagem; realizar análises epidemiológicas que possibilitem o planejamento das ações em relatórios semestralmente e anualmente levados para serem analisados junto aos membros da sua equipe; participar ativamente nos conselhos locais e distritais de saúde, assim com reuniões locais da sua área de abrangência”.

Comparando as atribuições do enfermeiro referente a este documento e suas atividades em área indígena, têm-se uma diferença significativa dessas atividades na comunidade em relação ao trabalho real do enfermeiro. Os trabalhos realizados em campo compreendem, segundo os dados do DSEI-ARN, as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros e não planejamento, execução e avaliação das ações de saúde.

Rocha (2007) coloca que “as observações de campo mostraram uma concentração dos esforços em atividades curativas com pouco ou nada, dos componentes de vigilância à saúde prevista no planejamento dos programas nacionais de saúde”.

Athias e Machado (2001) nos remete a pensar que: “a formação dos profissionais de saúde no país está voltada prioritariamente para a intervenção e atendimento individual da demanda espontânea, pautado pela ética profissional, o que os responsabiliza pela luta na preservação da vida. Muitas vezes, isso dificulta à percepção mais ampla da necessidade de participação do grupo social nos aspectos inerentes a atenção à saúde. (ATHIAS; MACHADO, 2001, p. 429)

5 CONCLUSÕES

A Constituição Federal garante o direito indígena de atenção à saúde de forma integral e diferenciada. Justificada pela vulnerabilidade dos índios, em termos da sua situação de saúde, as doenças representaram sempre o primeiro fator da diminuição das populações indígenas. Destacam-se entre outros problemas, a elevada prevalência de doenças endêmicas como: a tuberculose, a malária, verminose, dentre outras.

Suas condições sanitárias, em geral, não são satisfatórias. As dificuldades tornam-se agravantes, pois os profissionais de saúde não são tão flexíveis em aceitar outros modelos de atenção e cuidado que foge daqueles já preconizados para assistência à saúde, como o da medicina tradicional indígena.

A concepção de saúde-doença presente entre os povos indígenas interfere no modelo de assistência existente e nos profissionais de saúde, pela falta de conhecimento mais aprofundado dessas concepções. Isso gera certa resistência em adaptar tais modelos, dificultando a organização dos serviços de saúde (ATHIAS; MACHADO, 2001, p. 429). Ainda segundo Athias e Machado (2001), esses modelos organizados no conhecimento epidemiológico concentram as seguintes etapas: as doenças que mais ocorrem na área, o que afeta a população, soluções dos problemas de saúde, acompanhamento e avaliação.

A maior flexibilidade neste aspecto proporcionaria abertura mais ampla para a compreensão e identificação dos problemas de saúde, surgindo em decorrência disso, um modelo de atendimento mais adequado à realidade indígena local.

Esse modelo de atendimento é referido de diversas formas sem discussão mais ampla, o que se entende necessário antes mesmo de iniciar qualquer tipo de planejamento em saúde. Como exemplo, um simples estado febril pode se tornar uma complicação quando o profissional de saúde está em campo indígena, pois o nível de complexidade não é o mesmo e a gravidade da situação será avaliada, sob diversas formas, pelos profissionais que atuam em área.

Os profissionais de saúde do distrito centralizam seus discursos na organização dos serviços de forma bastante operacional, como executores de ação em saúde. O trabalho em área que compreende em média um período de 30 a 60 dias, sobretudo, por aspectos emocionais, traz fragilidades na execução das ações em saúde relacionadas à longa escala de trabalho em área.

O fato dos enfermeiros permanecerem nas aldeias longe dos familiares e de amigos leva-os à solidão, ao medo e até mesmo ao estresse. Assim sendo, “solidão, tristeza, saudades

da família são dificuldades que o profissional de enfermagem passa ao trabalhar em área”. Percebe-se que, ao esvaziar-se dos laços afetivos urbanos, enfermeiros mergulham num conflito interior decorrente do medo do desconhecido e do receio dos novos sujeitos com quem vão conviver.

O enfermeiro em área indígena desenvolve inúmeras funções e a “multiplicidade de papéis do enfermeiro é evidente, assim como, a tendência a privilegiar o aspecto burocrático-administrativo das rotinas e o atendimento à demanda espontânea dos pacientes” (ROCHA, 2007).

As diferenças nos padrões culturais da população atendida e do meio em que se inserem são para os enfermeiros uma fragilidade pelas dificuldades que colocam para o planejamento, programação e execução das ações de saúde, e em particular as de enfermagem.

Athias e Machado (2001, p. 431) nos mostra pontos básicos que podem orientar a discussão relativa a um sistema de informações para a saúde indígena capaz de: identificar efetivamente os problemas e os recursos para gerenciamento local; registrar as especificidades e melhorar a discriminação das informações produzidas em campo, envolver a população local e os profissionais do distrito na coleta de informações, ser prático nessa coleta, fornecer dados precisos para melhor gerenciamento e que alimentem o sistema nacional de informações sobre saúde.

O sistema de informação da saúde indígena do DSEI-ARN não compreende as práticas locais. Este está atrelado ao distrito, o que não permite acesso dos dados em relação a sua fidedignidade na assistência.

A prática sanitária desenvolvida até então, nas áreas indígenas, tem sido pontual e individualizada, enfrentando problemas em níveis locais, sem referência mais ampla. Ou seja, uma prática imediatista, completamente centrada na demanda espontânea do atendimento. O consolidado do enfermeiro é curativo, não há espaço para as intermediações que são pertinentes para o trabalho em área indígena. Não existe espaço para educação em saúde nas lacunas do consolidado. No quadro referente ao acompanhamento com as gestantes, não encontramos espaço para relatos, apenas uma observação.

Para mudar essa doutrina deverá haver maior participação social no processo do cuidado a prática sanitária, sendo assim, Athias e Machado (2001) diz que a rotina dos profissionais é vista como enfrentamento contínuo dos problemas previamente discutidos, de modo que, a vigilância à saúde torne-se um imperativo. (ATHIAS; MACHADO, 2001, p. 431).

Medidas devem ser tomadas para assegurar a igualdade e os direitos dos indivíduos e dos grupos humanos em todo lugar, quando necessário. Para tanto, deve ser dada atenção especial aos grupos vulneráveis socialmente ou economicamente desfavorecidos, a fim de assegurar-lhes a proteção das leis e regulamentos em vigor, sobretudo, em matéria de moradia, de emprego e de saúde, assim como, respeitar a autenticidade de sua cultura e de seus valores (UNESCO, 1997, p. 14).

É fundamental a existência de uma relação próxima sempre com respeito às tradições culturais que possibilite um vínculo de grande importância para o processo do trabalho em saúde.

As difíceis condições de trabalho, as dificuldades de comunicação por conta das diferenças sócio-culturais e de concepção de saúde, cuidado e de relação com o ambiente provocaram em mim uma profunda curiosidade e vontade de compreender melhor aquela realidade.

A realidade do trabalho no DSEI-ARN mostrou que há uma grande distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real dado o contexto altamente diversificado que se encontra em cada aldeia e em cada região. Além disso a falta de recursos, que é uma constante no sistema de saúde indígena obriga os profissionais das equipes de saúde a saírem do “roteiro” prescrito. A própria diferença cultural leva o profissional de saúde indígena a se adaptar aos valores e formas de intervenção/atuação culturalmente aceitáveis para os indígenas, dado que a relação com o corpo, a saúde e a doença, a natureza, as relações de gênero, parentesco entre outras, são completamente distintas daquelas da sociedade envolvente. Isso levanta outro problema que é o do preparo desse profissional para lidar com essas diferenças, além da necessária abertura e sensibilidade pessoal que a situação exige, em outras palavras a intersubjetividade é um dado fundamental no cuidado em saúde indígena como foi relatado.

Essa dissertação, portanto apontou alguns nós críticos do modelo de saúde indígena praticado no Brasil que apesar dos avanços em termos de concepção, e de organização em forma de Distritos Especiais Indígenas, ainda há muito que fazer em termos de organização do processo de trabalho, composição das equipes, formação e capacitação de profissionais, permanência e envolvimento desses nos DSEIs, e gestão.

Uma das chaves para a solução desses problemas poderia ser a territorialização da atenção, entendida como o aumento da sensibilidade da atenção, do cuidado e da gestão às realidades locais de cada aldeia e cada pólo, com a confecção de um planejamento local de saúde com a participação das comunidades, de modo a direcionar as intervenções de acordo

com a situação de saúde cada comunidade, seus problemas e necessidades de saúde, mas também suas potencialidades e respostas sociais.

Outro elemento fundamental seria a construção de um sistema de informação local de saúde indígena com a participação das comunidades.

Todos esses elementos poderiam contribuir para uma atenção mais eficaz e permanente.

Por fim, dentre as limitações desse trabalho apontaria o fato de não ter podido realizar uma coleta de dados primários que foi uma das propostas iniciais quando da construção do projeto da pesquisa. Entretanto, a minha própria experiência como enfermeira do DSEI-ARN me permitiu visualizar através da literatura e dos documentos do Ministério da Saúde referentes à política e procedimentos em atenção na saúde indígena, os principais problemas que o sistema apresenta na sua execução prática, ou seja, nas aldeias e com as populações indígenas.

Caberia apontar a necessidade de mais estudos sobre o processo de trabalho em saúde indígena, a percepção desses profissionais sobre esse trabalho e em outros DSEIs do Brasil, para podermos comparar as situações que acredito serem bastante diversificadas.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Jorge Meireles; COSTA, Vera Lúcia de Araújo. A tuberculose nas comunidades indígenas brasileiras na virada do século. **Bol. Pneumol. Sanit**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, dez./ 2000.
- ATHIAS, Renato; MACHADO, Marina. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 425-431, mar./abr., 2001.
- BAINES, Stephen G. **Organizações indígenas e legislações indigenistas no Brasil, na Austrália e no Canadá**. Brasília, 1997.
- BERTONCINI, J. H. **Da intenção ao gesto: uma análise da implementação do Programa de Saúde da Família em Blumenau**. 2000. 134 f. Dissertação (Mestrado). Florianópolis: Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 5. ed. Brasília: FUNASA, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Relatório de Morbimortalidade: DESAI/ASCOM**. Brasília, Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Museu do Índio. FUNAI. **Organizações Indígenas**. Disponível em: <http://www.museudoindio.org.br/template_01/default.asp?ID_S=33&ID_M=111>. Acesso em: 15 fev. 2012.
- BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria da República no Amazonas. **Artigos 129, II e III da Constituição da República, 5º, inciso III, alínea e, e inciso IV e 6º, VII, alínea c da Lei Complementar no 75/93 (Lei Orgânica do Ministério Público da União), e os artigos 1o e 5o da Lei no 7.347/85**. 11 jun. 2010. Disponível em: <<http://www.pram.mpf.gov.br/institucional/acoes-do-mpf/acp/20100621%20-%20ACP%20Dsei%20Alto%20Rio%20Negro.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2011.
- BRITO, Jussara Cruz. Trabalho Prescrito. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cesar França. **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2 ed. rev. ampl., Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2009. p. 440-445.
- CARDOSO, R. O. **Caminhos da identidade: ensaios sobre etnicidade e multiculturalismo**. São Paulo: Editora UNESP; Brasília: 2006. (paralelo, 15).
- CHAVES, M.B.G.; CARDOSO, A.M.; ALMEIDA, C. Implementação da política de saúde indígena no pólo-base Angra dos Reis: entraves e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 295-305, 2006.
- COSTA, D. C. Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.3, n. 4, out./dez. 1987.

FAUSTO MC; MATTA GC. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valeria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007. p. 43-68.

GARNELO L; MACEDO G; BRANDÃO LC. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde indígenas no Brasil**. Brasília: OPAS, 2003.

IBGE. Os indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. 2012. Disponível em: <
http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2012.

IANELLI, R.V. Epidemiologia da malária em populações indígenas da Amazônia. In: BARATA, R.B; Briceño-León, R. **Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2000. p. 354-370.

KING, M.; SMITH, A.; GRACEY, M. Indigenous health part 1: determinants and disease patterns. **Lancet**, v. 374, n. 76, p. 76-86, 2009.

LIMA, S. **Políticas indigenistas: povos indígenas no Brasil**. 2002. Disponível em: <
pib.socioambiental.org/pt/c/politicas-indigenistas/orgao.../funaiOficial>. Acesso em: 12 ago. 2011.

LIMA, S., Antonio C. “O governo dos índios sob a gestão do SPI”. In: CUNHA, M. C. da. **História dos índios no Brasil**. São Paulo: Cia. das Letras: SMC/SP: FAPESP, 1992.

LIMA, Juliana de Oliveira Roque e; et al. Aprendendo o cuidado humanizado: a perspectiva do graduando de enfermagem. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 6, n. 1, p. 11-20, jan. /mar. 2007.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 665-75, jul. /ago. 2004.

MENDES, E.V. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS**. São Paulo: Editora Hucitec, 1995.

MERHY, E. E. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: MERHY E.E., AMARAL, H. **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 25-37.

MERHY, E.E., FRANCO, T.B. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França. **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2009. p. 427- 432.

MENEGOLLA, I.A. **Endemias locais no distrito sanitário yanomami**. Boa Vista: Fundação Universidade de Brasília, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. **Direito a saúde, cidadania e estado**. Conferencia Nacional de Saúde, 8. 17 à 21 março de 1986. Disponível em: <
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Direito%20a%20saude,%20cidadania%20e%20Estado.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2012.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L.B. Processo de Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J.C.F. **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2009. p. 320-328.

PELLON, L.H.C. **Tensões interculturais e os impactos no processo saúde-doença na população Guarani Mbyá de Aracruz, Espírito Santo**. 2008. 218f. Dissertação (Mestre em Enfermagem) -Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2008.

POVOS INDIGENAS NO BRASIL: 2001-2005. São Paulo: Instituto socioambiental, 2006.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Relatório do desenvolvimento humano a declaração do milênio 2007/2008: combater as alterações climáticas: solidariedade humana num mundo dividido. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/arquivos/rdh/rdh20072008/hdr_20072008_pt_complete.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2011.

PONTES, A.L.M.; MARTINS, M. **Fases do ciclo vital**: características, vulnerabilidade e cuidado, Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 2007. Mimeografado.

RIBEIRO, E.M., PIRES, D., BLANK, V.L.G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumento para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.

RICARDO, Fany Pantaleoni. **Povos indígenas no Brasil**. Disponível em: <<http://www.socioambiental.org/prg/pib.shtm>>. Acesso em: 18 jan. 2011.

ROCHA, E.S.C. **Uma etnografia das práticas sanitárias no distrito sanitário especial indígena do rio Negro noroeste do Amazonas**. Dissertação (Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia) Manaus: UFAM, 2007. p.17-178.

SANTILLI, M. “Políticas indigenistas : povos indígenas no Brasil”; Órgão Indigenista pib.socioambiental.org/pt/c/politicas-indigenistas/orgao.../funaiOficial 1991.

SOARES, O.E. **Ações em saúde indígena amazônica, o modelo do Alto Rio Negro**. São Gabriel da Cachoeira: FOIRN, 2007.

VIEIRA, G.O. **Enteroparasitoses em populações indígenas no Brasil**: uma revisão sistemática da produção científica. Dissertação (Mestrado em e Mestre em Ciências na área da Saúde Pública). ENSP/FIOCUZ. Rio de Janeiro, 2003. p.1-75.

YAMAMOTO, Renato Minoru. **Manual de atenção a saúde da criança indígena brasileira**. Brasília: FUNASA, 2004. 239p.