

Saúde e Amazônia, **10**

ORGANIZADORES:

Nicolás Esteban Castro Heufemann

Alcindo Antônio Ferla

Kátia Maria da Silva Lima

Fabiana Mânica Martins

Sônia Maria Lemos

SAÚDE INDÍGENA: educação, gestão e trabalho

1º Edição
Porto Alegre/RS 2020
Rede UNIDA



Análise de ações/serviços à população indígena nos planos regionais das redes de atenção à saúde do Pará: transversalidade ou equidade?

04

*Rosiane Pinheiro Rodrigues
Laura Maria Vidal Nogueira
Regina Fátima Feio Barroso
Danielle Tupinambá Emmi
Eliene do Socorro da Silva Santos*

Introdução

A saúde indígena no Brasil tem um histórico de conquistas a partir da Conferência de Saúde de 1986 e da Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, as quais influenciaram significativamente na Constituição de 1988 com as garantias legais aos povos indígenas, e na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), que por sua vez traria pressupostos para a criação do Subsistema de Saúde Indígena, a partir da Lei de Sérgio Arouca de 1999 (Garnelo; Pontes, 2012).

Com a criação da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) em 2002, pelo Ministério da Saúde (MS), houve uma reorganização dos processos de descentralização para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), no intuito de favorecer as ações e serviços ao indígena de forma mais resolutiva. Porém, a burocratização ainda é um grande empecilho para o desenvolvimento da política de saúde indígena no país. Outro desafio para a consolidação da política de saúde do indígena é o problema social e político vivenciado por essa população, com particular destaque à situação de saúde (Garnelo; Pontes, 2012).

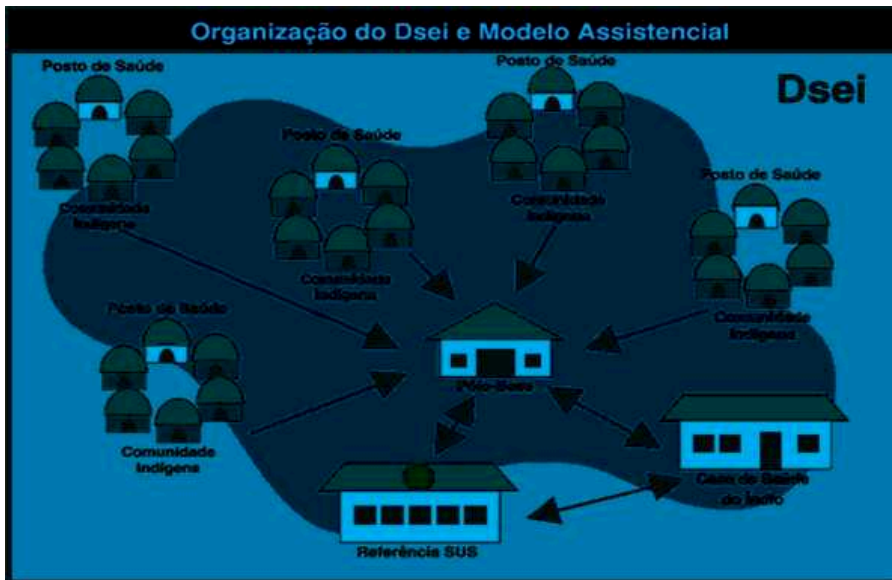
As ações de atenção primária em saúde são desenvolvidas pelos DSEI vinculados à SESA/MS. Sendo 04 DSEI no Estado do Pará, denominados de Guamá To-



cantins, Altamira, Tapajós e Kaiapó do Pará, atendendo uma população de 28.469 indígenas aldeados (Brasil, 2015a).

Na organização dos serviços de saúde, as comunidades têm os Polos Base que realizam a execução das ações de saúde nas aldeias. Embora o DSEI Altamira seja o único dos quatro DSEI do Pará que não possui pólo-base, dessa forma as suas ações de saúde são realizadas nos postos de saúde localizados nas aldeias, através dos técnicos de enfermagem, agentes de saúde indígenas e pela equipe multidisciplinar de saúde que realiza assistência conforme planejamento das ações. A maioria dos agravos deverá ser resolvida nos polos, os demais casos serão referenciados para a rede de serviços do SUS. Esse DSEI oferta, também, serviços de apoio aos indígenas encaminhados à rede do Sistema Único de Saúde, através das Casas de Saúde Indígena (CAsAI), localizadas em municípios de referência dos distritos. A figura 01 apresenta o modelo de organização do DSEI e como essa rede de saúde ocorre no âmbito da atenção primária implementada no DSEI, bem como está articulado para a média e alta complexidade nas demais esferas municipal e estadual. Porém, essa conexão das redes precisa ser mais bem planejada no território, considerando as especificidades étnico-culturais e de acesso para essa população.

Figura 01: Modelo de organização do DSEI e assistência.



Fonte: Brasil, 2017a.

Vale ressaltar que um novo paradigma estabelecido atualmente, e que é objeto deste estudo, trata da implantação e implementação de ações e serviços voltados à saúde indígena no Estado do Pará, nos planos das Redes de Atenção à Saúde (RAS), sob a responsabilidade das coordenações estaduais - RAS e DSEI Guamá-Tocantins (GUATOC). É fato que as políticas de afirmação e promoção da multiétnica dos povos indígenas devem ter um forte viés multissetorial e transversal, para que as transformações na elaboração e gestão das políticas públicas sejam articuladas e compartilhadas entre os diversos órgãos do Estado brasileiro (Garnelo; Pontes, 2012).

Método

Constituiu-se em um estudo de natureza qualitativa e descritiva, o qual foi realizado a partir de entrevistas de atores (informantes) envolvidos na implantação e implementação dos planos das RAS, que englobaram as oito regiões de saúde componentes do DSEI GUATOC do Estado do Pará.

A técnica para a obtenção dos dados foi a aplicação de entrevista semiestruturada ao apoiador do DSEI GUATOC; ao gestor (a) responsável, à coordenadora estadual de saúde indígena e aos coordenadores estaduais das quatro RAS do Pará (rede cegonha, rede de urgência e emergência, rede da pessoa com deficiência e rede psicossocial). Atualmente, o estado não possui especificamente um plano estadual da pessoa com doença crônica, dispõe apenas do plano estadual da obesidade, do oncológico e o dos renais crônicos. Os informantes foram identificados pelos nomes de sete etnias pertencentes ao DSEI GUATOC (Tembé, WaiWai, Xikrin, Assuriní, Zoé, Gavião e Leone). A análise dos dados foi realizada "pela proposição temática, que configura a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens" (Bardin, 2011, p.229).

Os temas foram categorizados em quatro grandes eixos: 1 - O estado da arte dos planos das RAS; 2 - O conhecimento antropológico; 3 - Implantação e implementação das RAS; 4 - Integração e gestão.

Os aspectos éticos foram observados de acordo com a resolução 466/2012, que versa sobre a ética e a confiabilidade na realização do estudo, este por sua vez, foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, parecer nº1.906.305.

Análise e Discussão dos dados

1- O estado da arte dos planos das RAS

As participações dos coordenadores estaduais das RAS e do próprio DSEI parecem ser um grande desafio na construção de ações voltadas para a saúde indígena. Isto é demonstrado pela própria fala dos informantes. Quando afirmam que: “eu não participei das reuniões” (Gavião); “infelizmente eu não estava na coordenação” (Tembé); “nós participamos junto com as nossas equipes das sedes do DSEI e as equipes técnicas dos oito pólos e das cinco Casas de Saúde Indígena” (Leone).

Dessa forma, notou-se um forte rodízio de gestores nas coordenações das RAS e na própria saúde indígena. Percebeu-se também que os coordenadores, que estavam na época do planejamento das RAS não participaram dessa construção procurando ter um olhar voltado para a saúde indígena do DSEI GUATOC. E ainda, pode-se considerar que, apesar de três informantes afirmarem que as suas equipes participaram de alguns planos, não houve a escuta real das especificidades, como afirma Xikrin: “em todos esses planos não existe uma atividade planejada atendendo a especificidade da população indígena”.

O subsistema desenvolvido para os indígenas de outras etnias demonstra falhas nos planejamentos das ações voltadas para a saúde indígena, as quais não consideram suas necessidades e especificidades. Mesmo com a participação das lideranças do Conselho Distrital de Saúde Indígena, há uma fragilização na leitura da realidade desses povos (Oliveira et al, 2012).

2 - O conhecimento antropológico

Para Athias (2011) “o conceito de interculturalidade é apresentado como uma plataforma onde ainda se situa a questão de adequação cultural dos serviços de saúde, sem que se tenha entendimento, de fato, sobre o conceito de um Brasil pluriétnico e pluricultural. As 3ª e 4ª Conferências apresentam um crescente número de propostas nas áreas que fazem interface com a noção de interculturalidade e organização dos serviços de saúde nas áreas indígenas”.

Assim, é possível que seja realizada a participação da gestão e assistência da saúde indígena federal e estadual do GUATOC e do Pará, respectivamente, na construção desses planejamentos, de forma a garantir o maior número de ações, e considerando as especificidades étnico-culturais dos indígenas.

[...] e naquele início a ideia da rede cegonha era só trabalhar as regiões metropolitanas [...] é que essa participação específica de ações para as populações tradicionais, elas não era uma prioridade logo no início, nem pelo próprio MS [...] no início a gente não tinha essa visão de que, esse detalhamento, essa estratificação populacional. Falava de materno infantil como prioridade pra proposta da rede de atenção obstétrica

e neonatal [...] Mas, é aquela história, tem os entendimentos de alguns profissionais que isso é uma questão cultural, que não deve ser interferido e tem outros entendimentos que a gente tem argumentos, tem formas de se falar diferente. Talvez a gente pudesse buscar alguém, uma ascensão maior sobre a comunidade pra fazer essa explicação, pra falar, não sei como efetivamente seria melhor a se fazer (Zoé).

Não existe especificamente para a população indígena. Ele está como um todo para a população do Estado do Pará (WaiWai).

Issodenota que, no próprio MS, ainda não se vê um alinhamento acerca da inserção da saúde indígena no que concerne à implantação e implementação das políticas propostas, como: rede cegonha, rede de urgência e emergência, rede psicossocial, rede da pessoa com deficiência e rede da pessoa com doenças crônicas (Brasil, 2015b). Zoé enfatizou:

A participação específica de ações para as populações tradicionais, elas não eram uma prioridade logo no início, nem pelo próprio MS, quando reafirma que no início da construção do primeiro plano da rede cegonha, a matriz de planejamento proposta pela esfera federal à população indígena era como não prioritária.

Desse modo, percebe-se uma fragmentação tripartite, mesmo onde existe representação dos governos federal, estadual e municipal, ou seja, MS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, o que foi possível observar em uma fala: “mas a gente poderia salvar uma vida. Mas é aquela história, tem os entendimentos de alguns profissionais que isso é uma questão cultural” (Zoé).

Para Zoé já existe uma percepção de que a cultura dos indígenas precisa ser considerada e os profissionais precisam oferecer um atendimento, a depender, de cada etnia, pois as crenças e culturas desses povos são diferentes.

Na fala do Assurini:

[...] as redes de forma geral, elas não são feitas para determinadas etnias. É a mesma rede, sendo que alguns territórios existem uma população indígena... Porque aí existe várias questões: tem indígena que está na aldeia, e tem indígena que está na população de forma geral. Não há um recorte específico... Porque, por exemplo, para nós uma pessoa que tenta se matar, isso para nós é suicídio, e isso é um sintoma ligado ao processo depressivo. Assim que nós vemos, assim que nós aprendemos, pra eles a compreensão do suicídio já é outra, pode ser até um homicídio, é um espírito que veio e que foi mandado por uma parte inimiga para matar aquela pessoa. Não é a pessoa que se mata, algumas etnias pensam assim [...].



Já se percebe que há um entendimento acerca da existência de diferentes etnias e que também existem indígenas aldeados e não aldeados como relatou Tembé:

[...] onde o indígena seja visto, seja trabalhando não só no DSEI como se sabe, a atenção básica para o indígena é de responsabilidade do DSEI, embora o estado tenha sua coparticipação. Porque nós sabemos que nós temos os aldeados, que esses estão ligados diretamente a atenção dos DSEIs. Mas, nós temos os não aldeados que entram no sistema como um cidadão... Essa coordenação tem trabalhado a política estadual de saúde indígena... Inclusive, esse trabalho tem sido feito junto com a secretaria estadual de integração de políticas sociais, onde se reúnem todas as secretarias de estado para trabalhar a política indígena e a gente considera sem dúvida que essa política vem fortalecer por que... Não é interesse se trabalhar isolado. Esse trabalho é sem dúvida algo junto com a população indígena, junto com representantes, com lideranças indígenas”.

Mas, na inferência de Gavião, fica claro que os indígenas deverão entrar no sistema de forma geral, pois nas políticas de Urgência e Emergência da pessoa com deficiência, o plano é construído conforme os componentes instituídos pelo MS e de forma regional, respectivamente, e para estas não existe estratificação (Brasil, 2015b), ele afirmou que “a população indígena a gente coloca como um todo, a pessoa com deficiência, não existe classe, raça, credo, existe a pessoa com deficiência e a gente traça as metas que ela tem, o mesmo direito que qualquer outro”.

Diante disso, é preciso refletir, como propõe Hoffel (2015, p. 45-46),

acerca dos arcabouços teóricos e paradigmáticos que historicamente nortearam a formação e que, em se tratando dos povos indígenas, revelam-se de forma mais aguda, evidenciando a falta de compreensão e incorporação da perspectiva da interculturalidade na formação e atenção à saúde [...]. No que tange à saúde, parece haver um triplo desafio que se refere à superação do paradigma biomédico, da educação e da construção da interculturalidade, que implica pensar em novas racionalidades, fazeres e práticas fundados em diferentes concepções de mundo.

Não seria a construção de um Centro de Atenção Psicossocial ou Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) indígena, mas a garantia do acesso às ações e serviços, considerando o acolhimento específico, o acesso nas aldeias pelo SAMU, ao pré-natal e ao parto, que considere ainda, as questões étnicas da gestante indígena, a exemplo, da preferência pelo indígena parteiro nas aldeias Zoé. É mais que uma simples ambientação dos pontos de atenção, é essencial que as equipes de saúde sejam qualificadas para a atenção ao indígena. Isso é reforçado por Athias (Ano 2011) quando apontou que:

Os cidadãos indígenas do país têm os mesmos direitos constitucionais

de acesso ao SUS que os demais brasileiros. São municípios, e sua população é incluída nas contagens que fornecem a base para os repasses aos municípios. Os povos indígenas também têm o direito Constitucional às políticas públicas, que reconheçam as suas especificidades. Isso inclui a atenção diferenciada à saúde, que deve, por lei, ser garantida pelo Governo Federal. Essa atenção diferenciada deve contemplar adequações nas formas de abordagem da comunidade pelas equipes e o reconhecimento da interface com as medicinas indígenas. O legado histórico de exclusão e os níveis altíssimos de morbimortalidade, com um número significativo de enfermidades que estão causando mortes na população indígena, quando comparados aos da população em geral, indicam a necessidade de um investimento específico na reversão das desigualdades atuais relacionadas à saúde.

É preciso ainda, considerar como estão sendo elaboradas nacionalmente as políticas públicas, pois a diversidade dos Estados é imensa. E para um estado continental como o Pará, com diversas regiões e realidades, isso não será diferente para a população indígena do DSEI GUATOC, que se encontra distribuída em oito regiões de saúde, com um desenho do subsistema que não corrobora com esse desenho regional do Estado. Nesse sentido, é preciso rever o que Xikrin nos reporta acerca dos planos das redes de atenção não possuem ações que considerem as especificidades desse povo, ele afirmou:

Em todos esses planos não existe uma atividade planejada atendendo a especificidade da população indígena. Essa população quando consegue ser inserida em algumas dessas redes, elas participam como usuários comuns e não atendendo especificidades dessa população... Não existe uma política específica pra saúde indígena, o que a gente tem feito é inserir essa população dentro dessas redes, é justamente a articulação dentro dos municípios.

Outro debate que essas falas trazem é a respeito do olhar equânime, no qual se percebe que Xikrin, anteriormente, ressalta muito bem que não há um tratamento desigual considerando as desigualdades do indígena. Reconhecendo que esses indígenas ainda possam ter diversas etnias e culturas diferentes entre os diversos povos. É possível ver que a política de promoção da equidade ainda está muito fragilizada no Estado do Pará, quando esse, por sua vez, precisa fortalecer o acesso dos diversos povos tradicionais ao sistema de saúde, considerando seus aspectos étnico-culturais.

A noção de equidade diz respeito à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade. O ponto de partida da noção de equidade é o reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais e o reconhecimento de que muitas dessas desigualdades são injustas e devem ser superadas (Teixeira, 2011, p.5).



3 - Implantação e implementação das RAS

É importante ressaltar que os informantes, em sua maioria, afirmaram que não foram planejadas ações voltadas para a saúde indígena, Zoé destacou: "se tu pegares a matriz diagnóstica que é proposta pelo MS ela não estratifica nada".

Entende-se que tal afirmação não justifica a falta de ações planejadas à saúde indígena, pois é de ciência dos gestores e técnicos do Estado do Pará, a existência de uma significativa população indígena que requer ações e serviços de saúde voltados para atender suas necessidades. Logo, isso precisaria ter sido pautado pelo próprio Estado e ter sido inserido no planejamento, pois, aponta-se que "Brasília" não conhece nossos povos! Será que o nosso povo também não conhece nossos indígenas? De acordo com Tembê: "implementação voltada à saúde indígena ela é uma implementação um tanto pequena ainda e eu não tenho tantos conhecimentos".

Observou-se que esse discurso está generalizado nas demais falas, e que apesar de ocorrer, após o planejamento das ações, algumas tentativas de implementação de ações ou serviços no atendimento indígena, tais como, a oficina de qualificação das equipes da rede psicossocial, as rodas de conversa, a entrega de testes rápidos, entre outros, são consideradas ações ainda muito pontuais e pouco significativas para uma população de 8.477 habitantes do DSEI GUATOC. Gavião disse:

Contudo, as indígenas não recebem nenhum kit específico que o próprio programa disponibiliza e nem as nossas equipes receberam nenhum tipo de treinamento, e também, o DSEI nem foi consultado pra elaboração do plano. Com relação à rede, ao plano de urgência e emergência, também a gente não dispõe desse recurso, visto que nenhuma ambulância tem acesso às nossas aldeias, pois elas são locais de difícil acesso. Então, quando a gente necessita, a gente faz o transporte pelo DSEI [...] Vai para as CASAI e dentro da CASAI é que a gente consegue fazer alguma articulação com a rede de urgência e emergência. Com relação ao programa da pessoa com deficiência a gente não tem nenhuma pactuação, não é realizado nada [...]

Esse relato reflete bem a fragilidade na atenção ao indígena, nos planos e fora deles, quando o informante traz questões básicas como falta de treinamento e de articulação do DSEI com políticas essenciais, tais como, urgência e emergência e pessoas com deficiência.

Vale ressaltar, que isso já vinha sendo apontado por Confalonieri em 1989, pois diante de tantos sistemas e programas desenvolvidos para prestar assistência ao indígena, percebia-se a necessidade de se resolver situações essenciais, como:

[...]deficiência da infraestrutura local e recursos, contribuem para a descontinuidade na execução das ações e programas. Neste contexto,

torna-se imprescindível um sistema de comunicações permanente com outros níveis de referência. A elevação dos custos operacionais, principalmente em função da dificuldade de manutenção de equipamentos e instalações, além da grande dependência do transporte aéreo é outro aspecto a ser considerado. Outra consequência é a dificuldade de permanência prolongada de equipe de saúde não-índia nestas áreas em virtude do isolamento social e profissional e ausência de comodidades das áreas urbanas (Confalonieri, 1989, p.443).

Ainda não foram superados muitos dos desafios daquela época, como a descontinuidade de ações, transporte aéreo de urgência e emergência nas aldeias, dificuldade na permanência prolongada de médicos em áreas isoladas. A contradição de práticas médicas e as crenças tradicionais de cura são paradigmas que também precisam ser mais bem trabalhados e inseridos na formação dos profissionais de saúde para que ambos venham a ser somados e possam dialogar entre o respeito às práticas tradicionais, a depender da etnia e do conhecimento da medicina ocidental, para que esta saiba reconhecer antropologicamente até onde pode e deve ir a partir do conhecimento da cultura desses povos. Segundo Assurini:

[...] o eixo 2, é da qualificação dos profissionais como trabalhar a potência dessa rede no sentido do empoderamento dos saberes mesmo, de compartilhamento de saberes, troca de saberes e etc. e dentro desse eixo (na verdade nós temos 4 eixos), dessa qualificação, nós vimos o foco maior para essa questão da saúde indígena, quer dizer, a saúde indígena no nosso quando ela não é vista dentro da implantação dos serviços, pois como te falei, o CAPS 1 atende a população branca, negra, indígena (...) coube a nós trabalharmos foi a questão da qualificação desse profissional nesse acolhimento.

Essa consideração de se trabalhar a qualificação dos profissionais que ofertam assistência ao indígena, é deveras relevante para a atenção equânime no serviço, pois, sabemos que as culturas da medicina ocidental se contrapõem muitas vezes com os costumes e crenças indígenas, conforme explica Oliveira (2012, p. 441):

a tolerância de duas práticas é de fundamental importância para que os profissionais de saúde, índios e não índios, consigam elucidar a concepção indígena no processo saúde-doença que o momento atual não agrega na multiplicidade de saberes.

E dessa forma, acaba corroborando para a fragilidade da implantação e implementação da saúde indígena nas RAS. Zoé informou:

[...] se tu pegares a matriz diagnóstica que é proposta pelo MS ela não estratifica nada... A gente considera que já existia um AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância) indígena em processo... Eu acho que faltava uma visão na questão, principalmente nesses itens a considerar uma coisa melhor na área [...] e nos outros planos já vieram os DSEI [...] inclusive já depois do plano pronto, a gente teve uma



das oficinas dentro da própria Santa Casa [...] grupo que tava fazendo um estudo com relação à saúde indígena com a gente e os profissionais da Santa Casa, que era justamente a reflexão de como era o luto indígena, de como é que eu vou dá uma notícia de óbito, de um bebê ou de uma gestante pra uma comunidade indígena, não é a mesma coisa de eu contar pra uma população de uma região metropolitana, pessoas que já são de outra origem [...] e a gente teve uma apresentação do método canguru que foi muito interessante, embora não tenha sido uma coisa detalhada, mas a gente trouxe como ideia do processo de construção que a gente tava fazendo aqui nas oficinas nossas, que foi do acompanhante do bebê, foi um trabalho interessante da Dr^a. Zeni no Maranhão, que ela mostra que tinha um indiozinho que estava dentro da UTI e eles tiveram o acompanhante do jeito que eles queriam ter, entendeu? Eles não criaram nenhuma dificuldade para isso, pois viram que eles não iam evoluir bem. Realmente era muito grave o quadro. A mãe pediu que o cacique, não sei o nome, o pajé, que cuida, viesse pra dentro, não sei a entidade (etnia) deles, viesse fazer uma cerimônia entendeu? Ai, a gente trouxe essa fala pra dentro da Santa Casa pra gente mostrar pra eles como houve o respeito [...] de alguma forma, tentando compensar algo que não está escrito, a gente tem colocado, tem transversalizado nos nossos programas.

Percebeu-se que Zoé busca justificar que mesmo não havendo o planejamento de ações nos planos regionais, devido a uma matriz proposta pelo MS, no decorrer da implantação e qualificação das equipes nas RAS, o Estado vem somando forças para desenvolver habilidades e competências através de cooperação técnica de experiências exitosas, como a do Maranhão. E tudo isso poderá fortalecer o olhar diferenciado pelas equipes da média e da alta complexidade, visto que, a atenção básica já recebe essa qualificação pelos próprios DSEI, conforme preconizado na Política Nacional dos Povos Indígenas (Brasil, 2002). Todavia, nessa implantação, existe uma enorme distância entre o que é declarado e formalizado nos planos elaborados de acordo com as normatizações e o que efetivamente ocorre no cotidiano dos serviços e no fluxo dos usuários. (Vargas et al, 2010).

Para Oliveira et al. (2012) o modelo atual não contempla e não promove a articulação entre os sistemas tradicionais de cura que se apresentam como um dos principais, se não o principal, recurso de atenção à saúde nas comunidades indígenas. Xikrin destacou:

[...] a gente consegue alguns testes rápidos por intermédio do município, conseguimos também, o cadastramento de algumas indígenas no SISPRENATAL e o acesso aos ultrassons, que são preconizados, e alguns exames que a gente não dispõe, por exemplo, na forma do teste rápido. Então, elas acabam sendo contempladas dessa forma. Contudo, as indígenas não recebem nenhum kit específico que o próprio programa disponibiliza e nem as nossas equipes receberam nenhum tipo de treinamento, e, o DSEI nem foi consultado pra elaboração do plano. Com relação à rede, ao plano de urgência e emergência, tam-

bém a gente não dispõe desse recurso, visto que nenhuma ambulância tem acesso às nossas aldeias, pois elas são locais de difícil acesso. Então, quando a gente necessita, a gente faz o transporte pelo DSEI. Vai para as CASAI e dentro das CASAI é que a gente consegue fazer alguma articulação com a rede de urgência e emergência. Com relação ao programa da pessoa com deficiência a gente não tem nenhuma pactuação, não é realizado nada.

Com isso é bem nítido a ausência do acesso ao SAMU nas aldeias, onde a rede de urgência e emergência não alcança e nem compreende a necessidade de construir estratégias para essa atenção em comunidades de difícil acesso, ficando o DSEI (que oferta atenção básica) responsável pela retirada desse indígena até a CASAI mais próxima, e assim, contatar com a rede para a assistência. Mas, se formos considerar o que estabelece o decreto 7.508/2011, pergunto: como se dará o acesso resolutivo e em tempo oportuno previsto nessa legislação? É preciso considerar aquilo que foi proposto no planejamento regional das RAS, mas também, considerar que é preciso rever que administrar não significa conceber estratégias, mas reconhecer sua emergência e intervir no momento oportuno. (Vargas et al., 2010).

Dessa forma, é preciso rever o que Suruí nos coloca com a seguinte afirmação: “dos planos que nós pudemos ter acesso, rede cegonha, rede de atenção psicossocial...A gente só conseguiu ser inserido e ter algum encaminhamento prático e efetivo pra saúde indígena, na rede cegonha e no psicossocial”.

E pensar que a inserção da saúde indígena tem sido um processo de conquista, no entanto, a participação do DSEI na construção dos planos ainda é pequena. Assim, as ações e serviços ainda são fragmentados e não reconhecidos com equidade nos diversos planos. Porém, num processo histórico, podemos considerar que há uma pequena inserção pós-construção dos planos, nas redes cegonha e psicossocial, que poderá servir de base para as demais redes que estão sendo implementadas.

4 - Integração e gestão

Referente à gestão e integração é possível reconhecer que existe uma grande privação de integração entre as coordenações das RAS do Estado e o DSEI, visto que, na fala de Zoéisso fica evidente: “porque eu preciso saber como estão conduzindo dentro das comunidades o que está sendo feito para as crianças indígenas...Aqui é da SESAI e o Estado não entra pra cá”.

Enquanto as falas de Assurini e Xikrin apontam, respectivamente:

A parte da atenção básica ela não é nossa [...] é do governo federal. Então, só vem pra gente quando já parte para média e alta complexidade [...]



A rede psicossocial é uma das redes, tirando a rede cegonha, a que tem o melhor entrosamento. Mas, não temos nada oficializado dentro do programa, também, para especificidade do indígena. Tudo que a gente acaba fazendo são articulações, na base da amizade, do convencimento junto com as secretarias municipais de saúde.

Vale entender, que são falas que demonstram pouca cooperação entre Estado e DSEI, no que diz respeito ao acesso do indígena. O Estado transparecendo que, no processo da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDI-PI) indígena, a Secretária de Estado de Saúde do Pará (SESPA) não entra, e que a atenção básica é do DSEI. Esse último, por sua vez, informa que a única rede onde existe uma pequena iniciativa, é com as redes cegonha e psicossocial, mas nada oficializado, e que dependem de articulações com os gestores municipais, a fim de realizarem parcerias para a atenção ao indígena, através de amizades e do convencimento. O que difere do que é preconizado pelo MS, como segue:

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços - voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde -, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Para sua efetivação, deverá ser criada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população (Brasil, 2002).

É importante destacar que essas redes nas terras indígenas são os pontos de atenção dos DSEI, porém, se os mesmos permanecem quase que sozinhos na atenção básica, não darão conta de ofertar ações e serviços de acordo com as necessidades étnicas e culturais dos indígenas. Além do mais, isso não diminui a responsabilidade da gestão estadual e da gestão municipal, quanto a reconhecer as necessidades do indígena enquanto munícipe e como usuário de uma rede que precisa existir e ser desenhada a partir das suas necessidades específicas, além do acesso ao território indígena, onde atualmente quem oferta ações e serviços é o DSEI.

Também é relevante considerar que a não integração entre as esferas do governo, acerca do planejamento e implementação das políticas voltadas aos indígenas, é histórica. Todavia, se for observado a Constituição de 88, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Política Nacional dos Povos Indígenas, a Lei Sérgio Arouca, entre outros documentos e legislações, percebe-se que neles se pautam a necessidade da integralidade, da equidade e a universalidade, que precisam caminhar através da integração tripartite e entre os pontos de atenção, previstos na própria legislação das RAS (Decreto Federal nº 7.508/11).

Sendo o SUS a reafirmação da responsabilidade do Estado no financiamento, organização e gestão de um sistema abrangente de cuida-

dos à saúde, com cobertura universal a todos os habitantes do território, a extensão da rede de serviços aos grupos indígenas ocorre, por princípio, de forma automática (Confalonieri, 1989, p.441).

É urgente o estreitamento desse vínculo, entre Estado e DSEI, para a consolidação do planejamento e implementação de ações integradas em prol de uma população que já possui sua legislação estabelecida. Zoé apontou:

[...] mas o AIDPI indígena saiu e fizeram capacitações pelo próprio ministério. Nós não fomos convocados pra participar das capacitações como coordenação estadual da saúde indígena... E por trás, nós que conseguimos colocar uma profissional nossa, que foi a Selma pra ir fazer o AIDIPI indígena [...] elas fazem a capacitação, mas a coordenação da saúde da criança do estado não tem conhecimento de quando elas fazem e como fazem... A gente se aproximou muito da saúde indígena. A gente fez capacitação na vigilância do óbito. Isso é uma das coisas que estava programado pra capacitação e a gente contemplou a capacitação da vigilância do óbito pra eles [...] Mas, essa especificamente do AIDIPI que a gente está precisando acertar mais, porque eu preciso saber como estão conduzindo dentro das comunidades, o que está sendo feito para as crianças indígenas [...] aqui é da SESAI e o estado não entra pra cá... Com uma adolescente indígena que houve violência obstétrica que a gente foi acionada, aí a gente acionou o pessoal da regional e a própria representante do DSEI que é essa enfermeira, ela me acionou diretamente, a gente fez a orientação como deveria ocorrer, o procedimento em relação ao município, e ela ficou de mandar toda a investigação que tinha acontecido pra gente, mas até agora não recebemos.

No relato acima é fácil perceber que a mesma necessidade de integração dos processos da política indígena que possui o DSEI, também é ressaltada pelo Estado enquanto partícipe desse processo de construção e monitoramento da política da criança à nível estadual. Zoé é enfático ao sinalizar que o DSEI, também precisa socializar as qualificações que recebe, para que dessa forma, a SESPA possa se apropriar do conhecimento repassado pela SESAI, no intuito de ser um multiplicador junto aos municípios.

É notório que existe um grande desafio no sistema de informações para os indígenas, que ainda não permite o alinhamento das informações entre DSEI, Estado e municípios, já que a SESAI possui um sistema específico de alimentação pelos DSEI, prejudicando, de certa forma, o planejamento, acompanhamento e monitoramento, a partir de um diagnóstico situacional que somente o DSEI terá, como a mortalidade materna e infantil.

[...]essa proposta de integração preconizada nos documentos propostos pelas conferências e pelas políticas de atenção integral à saúde indígena deve ser incorporada dentro das comunidades. É, portanto, essencial realizar ações conjuntas e intersetoriais na construção



coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na elaboração, implementação e avaliação da assistência realizada para esse grupo populacional, na tentativa de produzir soluções inovadoras quanto à melhoria de sua qualidade de vida. (Oliveira et al., 2012, p.441)

Torna-se interessante enfatizar, que houve um singular avanço de algumas redes de atenção, como a rede cegonha e a psicossocial, como informa Xikrin e Suruí, respectivamente:

A rede psicossocial é uma das redes, tirando a rede cegonha, a que tem o melhor entrosamento. Mas, não temos nada oficializado dentro do programa, também, para especificidade do indígena. Tudo que a gente acaba fazendo são articulações, na base da amizade, do convencimento junto com as secretarias municipais de saúde para que os CAPS abram as portas para o atendimento dessa população quando há necessidade e até para realizar algumas terapias, mas sempre quando o paciente está acomodado nas nossas CASAI, ou seja, nas sedes dos municípios. Infelizmente, a rede psicossocial ainda não conseguiu entrar nas aldeias pra realizar algum trabalho em parceria com a saúde indígena, com exceção do município de Parauapebas que a gente conseguiu fazer uma articulação muito boa e existe dentro da própria secretaria de saúde uma diretoria específica de saúde indígena. Mas, de fato não existe dentro de nenhum desses planos apesar do nosso intenso processo de tentar se integrar, a gente não foi consultada e acabaram construindo os planos dentro do estado do Pará não contemplando as especificidades da saúde indígena.

Mas nós participamos pelo menos nas discussões, lutando para que pelo menos a população indígena fosse inserida nesses demais planos [...] Só em relação à rede cegonha e o psicossocial é que a gente obteve uma efetividade na elaboração dos processos de trabalho e atendimento nos serviços de saúde.

De qualquer forma, essa pequena inserção na rede cegonha e na rede psicossocial, como foi afirmado nas falas acima, é considerada um avanço na atenção à saúde indígena. Mas ainda precisa ser mais bem qualificada diante das necessidades que a saúde indígena ainda enfrenta. Infere-se que ainda é preciso realizar várias articulações e formas de convencimento para garantir esse acesso do indígena aos bens e serviços de saúde, sendo necessário garantir um fluxo a partir do posto de saúde do DSEI, com acesso via regulação, e dessa forma, ter a assistência como um cidadão de direito, como propõe Armando de Negri em suas plenárias pelo Hospital do Coração. Gavião apontou:

Acho que cada coordenação tem uma diretriz, um plano direcional [...] na diretriz das portarias está lá; mobilidade reduzida. O idoso entra como mobilidade reduzida, independente de ele ser indígena ou não. Ele está inserido dentro. Agora não está especificando idoso, mobilidade reduzida nós sabemos que são as pessoas com dificuldades de locomoção que estão inseridos, o indígena também [...].

Destaca-se outro grande desafio para a política de saúde indígena, que são as próprias diretrizes propostas pelo MS, as quais precisam ser alinhadas dentro das secretarias do ministério, pois a política de urgência e emergência considera em suas diretrizes, os grandes componentes, como: SAMU, Unidade de Pronto Atendimento, entre outros, como porta de entrada ao SUS.

A política da pessoa portadora de deficiência, por exemplo, está pautada a partir de diretrizes de regionalização (Brasil, 2017b), porém observa-se que ela não considera as especificidades que um deficiente possa apresentar como ser ribeirinho, ser quilombola ou mesmo indígena. Ressalta-se que a SESAI precisa junto às demais secretarias do MS, transversalizar esses indígenas em todas as políticas, pois existe indígena em todos os ciclos de vida e logo precisarão ser atendidos, devendo ser considerado todos os seus aspectos. Entende-se dessa forma, que um dos princípios da Política Nacional de Humanização, a transversalidade, “que é reconhecer que as diferentes práticas de saúde estão conectadas na produção do cuidado e podem conversar com a experiência daquele que é assistido”, encontra-se distante da realidade dos povos indígenas (Brasil, 2017c).

Aponta-se que a política não pode estar “descolada” da realidade em que vivem esses povos. Além disso:

As unidades de referência que ofertam tratamento especializado nas cidades também oferecem serviços de baixa qualidade, têm longas filas de espera para obtenção de tratamento e uma recusa sub-reptícia de tratar o doente indígena, o que dificulta a obtenção de consultas, internações e exames nesses estabelecimentos (Garnelo & Pontes, 2012, p. 31-32).

Considerações finais

Diante de tudo o que foi exposto, pressupõe-se a necessidade da sensibilização dos gestores quanto à urgência na qualificação dos profissionais da média e alta complexidade. Os povos indígenas desejam um atendimento que seja prestado por profissionais de saúde qualificados à atenção indígena, de forma a articular os conhecimentos científicos e culturais no desenvolvimento de ações/serviços de saúde.

Observou-se que está claro para a maioria das coordenações estaduais da RAS que, nos planos regionais, não ocorre a implementação das redes de forma equânime à inserção da saúde indígena na rede cegonha, na rede psicossocial, na rede da pessoa com deficiência e na rede de urgência/emergência. Fica nítido o desenvolvimento de algumas ações pontuais nos planos das RAS, mas sem uma implementação efetiva voltada para o que está proposto na política nacional de saúde indígena. Dessa forma, as necessidades reais do

indígena acabam não sendo contempladas, e a atenção prestada, sendo insuficiente para a garantia do acesso indígena.

Todavia, coordenadores estaduais e DSEI enfatizam que tentativas de aproximação vêm sendo alavancadas na rede cegonha e na rede psicossocial, junto ao DSEI GUATOC, no sentido de se apropriarem da leitura antropológica, que infelizmente, está muito aquém do conhecimento de como vive e quais as necessidades que esse indígena possui à luz do contexto étnico-cultural no qual está inserido.

Tornou-se perceptível a real necessidade de integração entre os gestores estaduais e os gestores do DSEI, quando ambos afirmam que os papéis de cada esfera colidem onde inicia o papel do outro e vice-versa. Mas, como pensar em redes de atenção sem a continuidade do cuidado a esse indígena, que, por exemplo, pode ser uma mulher grávida, em surto psicótico e com HIV? Nesse caso seria fundamental a atenção de diversas redes, e ao mesmo tempo, serem consideradas as crenças e costumes da mulher e seus familiares.

Então, se esses gestores não estão empoderados acerca dos direitos desse indígena, enquanto munícipe que está em um território com necessidades diferentes, como as equipes dos municípios e do Estado irão abordá-lo dentro de uma perspectiva de equidade? Não basta o indígena estar inserido apenas transversalmente nas políticas, mas é importante garantir, de fato, a equidade dessa atenção.

Vale ressaltar que o planejamento é algo mutável. Assim, a partir das articulações e informações que Estado e SESAI compartilham em fóruns, reuniões e monitoramentos, é possível replanejar os planos das RAS, inserindo ações e serviços efetivos, que considerem essas especificidades propostas ou compartilhadas com os atores que possuem a expertise acerca deste indígena.

Referências

Athias, RM. (2011). Os serviços de saúde e as populações indígenas. **Rev Coletiva**. Campinas, n. 3, sem paginação, jan/fev/mar. <http://coletiva.labjor.unicamp.br/index.php/artigo/os-servicos-de-saude-e-as-populacoes-indigenas/>.

Bardin, L. (2011). **Análise de conteúdo**. Edições 70, 229 p.

Brasil. (2002). Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2ª edição. Ministério da Saúde, p. 5-37.

Brasil. (2015a) Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Caracterização do DSEI Guamá Tocantins**. DSEI GUATOC. Belém: Ministério da Saúde, 12p.

Brasil. (2015b). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. CONASS, p. 9-119.

Brasil. (2017a). Ministério da Saúde. **Saúde indígena: distritos sanitários especiais indígenas**. Ministério da Saúde. <http://www.saude.gov.br/saude-indigena/saneamento-e-edificacoes/dseis>.

Brasil. (2017b). Ministério da Saúde. Portal do Governo Brasileiro. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. <https://www.saude.gov.br/artigos/808-pessoa-com-deficiencia/41183-politica-nacional-de-saude-da-pessoa-com-deficiencia>.

Brasil. (2017c). Ministério da Saúde. Portal do Governo Brasileiro. **Política Nacional de Humanização**. <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizaus/sobre-o-programa>.

Confalonieri, UEC. (1989). O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. **Cadernos de Saúde Pública**, v.5, n.4.

De Negri, A. (2016). **Formação em ação do projeto de sistemas regionais**. [Palestra], Belém, HCOR.

Garnelo, L.; Pontes, LP. (2012). Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Projeto Trilhas de Conhecimentos - LACED/Museu Nacional. **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. MEC-SECADI, n. 5, p. 9-295.

Hoefel, MGL; Severo, DO; Bermudez, XP; Hamann, EM; Carvalho, HS. (2015). PE-T-Saúde Indígena UnB: construindo redes interculturais em saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 43-63. <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1691>.

Oliveira, JWB; Aquino, JM; Monteiro, EMLM. (2012). Promoção da saúde na comunidade indígena Pankararu. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n.3, p. 437- 44.

Teixeira, C. (2011). **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. 10p.

Vargas, KD; Misoczky, MC; Weiss, MCV; Costa, WGA. (2010). A (des)articulação entre os níveis de atenção à saúde dos Bororo no polo-base Rondonópolis do distrito sanitário especial indígena de Cuiabá - MT. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1399-1418.

