



POR UMA ATENÇÃO DIFERENCIADA EM SAÚDE INDÍGENA
FOR DIFFERENTIATED CARE IN INDIGENOUS HEALTH

Fábio Batista Sobral¹

e341369

<https://doi.org/10.47820/recima21.v3i4.1369>

PUBLICADO: 04/2022

RESUMO

Este trabalho é parte da dissertação de mestrado intitulada Aproximando Saberes Numa Comunidade Indígena no Sertão Alagoano cujo objetivo era estudar as representações sociais de cuidado em saúde mental por indígenas da etnia Jeripanko à luz da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo de Lefèvre. Objetivando descrever e analisar o conceito de modelo de atenção diferenciada no campo da saúde indígena, foi realizada uma revisão não sistemática da literatura científica disponível nos seguintes bancos de dados: literatura latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Os resultados alcançados indicam que, apesar dos avanços na implementação de um sistema próprio de atenção à saúde indígena, suas ações, de modo geral, seguem uma lógica de produção centrada na concepção médico-curativo e seus resultados, e desdobramentos ainda não conseguiram modificar as desigualdades historicamente por esta população. Sendo assim, a consolidação deste sistema reclama a criação e manutenção de um campo de negociações entre os diferentes atores envolvidos com a causa indígena. Por fim, é preciso que essa atenção diferenciada seja posta em discussão e que as diferentes instituições consigam criar mecanismos capazes de captar e se influenciar pelas especificidades socioculturais dos diferentes povos indígenas.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema de saúde indígena. Atenção primária em saúde indígena. Atenção diferenciada.

ABSTRACT

This paper is part of the master's thesis entitled Approaching Knowledge in an Indigenous Community in the Sertão Alagoas whose objective was to study the social representations of mental health care by indigenous people of the Jeripanko ethnicity in the light of Lefèvre's Collective Subject Discourse technique. Aiming to describe and analyse the concept of differentiated care model in the field of indigenous health, a non-systematic review of the scientific literature available in the following databases was conducted: Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO). The results achieved indicate that, despite the advances in the implementation of an indigenous health care system itself, its actions, in general, follow a logic of production centred on the medical-curative conception and its results and unfoldings have not yet managed to modify the inequalities historically suffered by this population. Thus, the consolidation of this system demands the creation and maintenance of a field of negotiations between the different actors involved with the indigenous cause. Finally, it is necessary that this differentiated attention is put under discussion and that the different institutions manage to create mechanisms capable of capturing and influencing the sociocultural specificities of the different indigenous peoples.

KEYWORDS: Indigenous health system. Primary care in indigenous health. Differentiated care.

INTRODUÇÃO

Os povos indígenas percorrem um longo caminho em defesa de seus direitos, dentre eles o de terem acesso a uma atenção à saúde diferenciada, que considere e respeite suas especificadas.

¹ Psicólogo de saúde indígena com atuação profissional no Distrito Sanitário Especial Indígena de Alagoas e Sergipe, mestre em psicologia pela Universidade de Pernambuco - CAMPUS Garanhuns, especialista em Dependência Química pela Faculdade de Administração, Ciências, Educação e Letras, especialista em Saúde Pública pela Universidade Cândido Mendes.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

POR UMA ATENÇÃO DIFERENCIADA EM SAÚDE INDÍGENA
Fábio Batista Sobral

Compreendidos como grupo que se encontrava num estágio primitivo do desenvolvimento e que, em algum momento, seria assimilado à comunhão nacional, ao mundo do trabalho e a atividade produtividade, resistiram e vêm denunciando uma série de violências e omissões que tornam vulneráveis suas terras, saúde.

Com a promulgação da Constituição Federativa do Brasil de 1988, o caráter multicultural da nação brasileira foi delineado e aos índios foram reconhecidos os direitos e especificidades, assegurando-lhes a capacidade civil plena e estabelecendo a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena. Estavam firmados os princípios gerais de um Sistema Único de Saúde (SUS) com direção única e responsabilidade do gerenciamento federal no Ministério da Saúde e nele incluídos os direitos e especificidades das populações indígenas no país (BRASIL, 2002). O foco da intervenção não está mais fundamentado numa perspectiva de assimilação, de integração dos indígenas à sociedade nacional, mas no reconhecimento de sua diversidade étnico cultural, e o direito de assim o serem. Em 1999 foi instituído um Subsistema da Atenção à Saúde dos Povos Indígenas vinculados ao Sistema Único de Saúde (SasiSUS) e representou uma importante conquista destes povos, tendo em vista seu compromisso em ofertar uma atenção sensível às especificidades socioculturais, linguísticas e geográficas, tudo isso articulado com os demais níveis de cuidado em saúde (FARIAS, 2011).

Todavia, ainda que possamos reconhecer os avanços neste modelo de organização e assistência em saúde dos povos indígenas no Brasil, tem-se verificado uma série de problemas e desafios que se arrastam durante décadas e dificultam a implementação dessa política, principalmente em relação a diretriz que busca garantir uma atenção diferenciada no campo da saúde indígena (VIEIRA, 2015). Essa não observância, por quaisquer que sejam os motivos, têm favorecido o surgimento e manutenção de uma série de conflitos socioculturais que costumam contribuir para desarranjos sociais internos às aldeias indígenas e suas relações com a sociedade envolvente (FARIAS, 2011). Sendo assim, discutir sobre o tema da atenção diferenciada, suas possibilidades e entraves à aplicação é um ponto relevante àqueles que se preocupam com a oferta de uma saúde que realmente atende aos povos indígenas.

Logo, este trabalho tem como objetivo apresentar uma revisão não sistemática da literatura científica sobre o modelo diferenciado de atenção à saúde indígena e, a partir dela, realizar uma análise sobre suas potencialidades e desafios impostos a sua execução no campo da atenção primária em saúde. Com isso, busca-se contribuir com o fortalecimento do SasiSUS e garantia de uma atenção diferenciada e que respeite suas especificidades.

METODOLOGIA

Este trabalho foi elaborado a partir da dissertação de mestrado em psicologia que teve como título *Aproximando Saberes Numa Comunidade Indígena no Sertão Alagoano* cujo objetivo era estudar as representações sociais de cuidado em saúde mental por indígenas da etnia Jeripanko à luz da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo de Lefèvre. Ela foi aprovada em 14 de julho de 2021 pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) expresso no CAAE: 28833020.3.0000.5191. Um

RECIMA21 - Ciências Exatas e da Terra, Sociais, da Saúde, Humanas e Engenharia/Tecnologia



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

POR UMA ATENÇÃO DIFERENCIADA EM SAÚDE INDÍGENA
Fábio Batista Sobral

de seus capítulos foi elaborado a partir de revisão bibliográfica não sistemática sobre o modelo diferenciado de atenção à saúde indígena e serviu de base para a análise e discussão dos resultados apreendidos.

MODELO DE ORGANIZAÇÃO DIFERENCIADA

O atual modelo de assistência à saúde do índio no Brasil, fruto de um amplo movimento de luta e resistência dos povos indígenas e de outros segmentos, tomou corpo com a publicação da Lei n.º 9.836 de 23 de setembro de 1999, popularmente conhecida como Lei Arouca. Ao acrescentar dispositivos à Lei 8.080/90, a referida lei dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde indígena, sua organização e funcionamento dos serviços correspondentes e deu outras providências, instituindo um Subsistema de Atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SasiSUS) e fixando seus princípios doutrinários.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) foi criado por meio da Lei 9.836/1999 denominada Arouca, devido à atuação do médico sanitário Antônio Sérgio da Silva Arouca, presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) entre 1985 e 1989. No ano de 1986, esteve à frente da VIII Conferência Nacional de Saúde conquistando a elaboração de um projeto de reforma sanitária que previa a criação de um Sistema Único de Saúde (MORÃES, 2018, p. 197).

Criado sob a bandeira da “atenção diferenciada”, busca garantir direitos relativos à diversidade cultural indígena no intuito da efetivação dos serviços de saúde por meio de uma estrutura separada, porém parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), que se articulam com ou incorporam as práticas tradicionais das comunidades dizem Diehl & Langdon (2015) citados por Mota e Nunes (2018, p. 15). A realidade local, as especificidades culturais, o perfil epidemiológico, a organização social e a vulnerabilidade destes povos passam a ser considerada como pontos fundamentais a serem observados para a oferta de um atendimento consentâneo a cada etnia (VEIRA, 2016). Baseia-se na análise da realidade local, das peculiaridades da cultura dos povos indígenas, catalogando-as em uma interelação caracterizada, diferenciada e global.

O principal motivo que levou o movimento indígena a correr atrás dos seus direitos, no qual desencadeou a criação do SASI-SUS, foi a falta de responsabilidade, incapacidade e desinteresse dos governos estaduais e municipais em proporcionar assistência médica, ocasionando exatamente o contrário: dificultando o auxílio a esses povos (CIMI, 2019). O CIMI (2019) informa também que o que contribuiu para as reivindicações dos indígenas, foram situações nas quais existiam inúmeras casos evidentes de conflitos de interesses, em que os grupos políticos e os gestores da saúde locais se utilizavam e se aproveitavam da saúde indígena para promover divisão e estimular a violência contra os povos indígenas em luta pelo reconhecimento de seus territórios tradicionais, isto é, além dos problemas ocasionados pela ausência da oferta de serviços públicos de qualidade, as etnias indígenas sofriam com fatores externos causados pelos agentes públicos que deveriam trabalhar para a melhoria da sua qualidade de vida .

Outro elemento de suma importância no contexto do SASI, foi a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que possibilitaram o funcionamento prático do acesso à saúde para os



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

POR UMA ATENÇÃO DIFERENCIADA EM SAÚDE INDÍGENA
Fábio Batista Sobral

indígenas, é o que nos diz Moraes (2018, p. 194) citando De Paula & Vianna (2011, p. 62). “Depreende-se, assim, que o chamado “subsistema de atenção à saúde indígena” ainda não se encontra plenamente consolidado no país, apesar da criação dos DSEIs.” (LANGDOON; CARDOSO, 2014, p. 91).

A necessidade de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena específico e diferenciado de responsabilidade do Governo Federal é hoje ainda mais forte do que nos primórdios de sua implantação, devido ao quadro de retrocessos e fragilidades que enfrentam os povos indígenas na luta por seus direitos fundamentais. O modelo preconizado pelas seis Conferências Nacionais de Saúde Indígena até hoje realizadas no país está voltado para a solução das questões epidemiológicas e assistenciais, como grandes distâncias geográficas, difíceis condições de acesso, especificidades culturais, e a maior vulnerabilidade imunológica dos povos originários às situações de contato (CIMI, 2019, p. 3).

Langdon, ao retratar a política de saúde indígena no Brasil, descreve um SASI-SUS organizado por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), compostos de postos de saúde dentro das Terras Indígenas, que contam com o trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e dos Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN); pelos polos-base, que incluem as Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI) e pelas Casas do Índio (CASAI), que apoiam os serviços de média e alta complexidade referenciados na rede do SUS (2015). A definição desse território no qual os DSEIs atuarão, deverão levar em consideração, para a sua organização, diferentes fatores como, por exemplo, a população a ser atendida, sua área geográfica e perfil epidemiológico, a disponibilidade de serviços, recursos humanos e infraestrutura, as vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS, as relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional e a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas (BRASIL, 2002).

Os parâmetros que proveram as diretrizes dos DSEIs foram fundamentados na Portaria MS n.º 254/02, que aprovou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), sustentada por discussões e debates com a colaboração e participação de lideranças e a presença das organizações indígenas, órgãos indigenistas, antropólogos, universidades e instituições governamentais e não governamentais que prestam serviços às comunidades indígenas (BRASIL, 2002). Langdon e Cardoso entendem que a PNASPI traz consigo a ideia de relações interculturais que se iniciam tanto como o enquadramento comunicativo do “fazer saúde” quanto da operacionalização e comunicabilidade entre os serviços de saúde oficial e os sistemas tradicionais indígenas de saúde (2015). Busca garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, respeitando os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde, observando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, de modo que favoreça a superação e melhora dos fatores que, infelizmente, tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde que tendem a crescer entre os brasileiros, reconhecendo a eficiência e eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (BRASIL, 2002). Nesta perspectiva, a referida política estabeleceu diretrizes que orientam e definem planejamentos e avaliações das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, dentre elas:



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

POR UMA ATENÇÃO DIFERENCIADA EM SAÚDE INDÍGENA
Fábio Batista Sobral

- ✓ Organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;
- ✓ Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural; monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas; articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- ✓ Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- ✓ Controle social (BRASIL, 2002).

É notório no cenário da saúde nacional, que a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa da Saúde da Família Indígena (PSFI), atuam no âmbito da saúde indígena, trazendo, por meio das equipes multidisciplinares, ações que podem evitar situações graves e preservar a saúde do índio. (MARINELLI *et al.*, 2012). Segundo Mota & Nunes, o SASI caracteriza-se pela inserção de Equipes que:

Ao se inserirem na atenção primária, essas equipes mergulham diariamente no cotidiano das comunidades, em seus territórios dispersos e marcados pela pobreza e conflitos fundiários, com visitas espaçadas e descontínuas devido à fragilidade dos serviços logísticos, quando realizam majoritariamente atendimentos de demanda espontânea por acidentes com animais peçonhentos, antirrábicos, doenças infectocontagiosas e relacionadas a arbovírus, e agravos associados à violência (DIASI, 2017). Além da deficiência dos serviços prestados, as condições sociais, econômicas e ambientais participam sobremaneira do perfil epidemiológico da população indígena na Bahia, o que assevera a necessidade de fortalecimento das ações de atenção básica (2018, p. 15).

Emerge como um verdadeiro sistema local de saúde implantada nas terras indígenas, elaborada a partir de critérios geográficos, demográficos e culturais, como ênfase na proteção, promoção e recuperação da saúde dos índios (SOUZA; SCATENA; SANTOS, 2007). Por seguir os princípios do SUS, considera a participação social indígena como uma premissa fundamental para o melhor controle e planejamento dos serviços, bem como uma forma de reforçar a autodeterminação desses povos (BRASIL, 2002).

Quando os recursos de base comunitária se mostram, por si só, insuficientes para resolução dos agravos, os indígenas são referenciados para serviços de média e alta complexidade da rede SUS, normalmente distantes dos seus territórios. Nessas situações, eles contam com apoio da Casa de Saúde do Índio (CASAI), localizada no município de referência e que presta assistência continuada de enfermagem, agendamento de consultas, exames complementares, informações sobre seu agravo e providências de retorno à comunidade (FERNANDES, 2010).

As Casas de Saúde do Índio, que de acordo com Chaves (2006) e confirmado pela Fundação Nacional de Saúde (2008) também integram a rede de referência do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), tendo com função abrigar e cuidar dos índios e de seus acompanhantes, durante todo o período de tratamento que necessite dos serviços de 26 referências fora das aldeias. Essas casas ficam localizadas nos municípios de referências ou nas capitais dos estados. Elas não têm como função promover ações médico-assistenciais e sim de agendar atendimentos especializados, dar apoio e continuidade ao tratamento já instaurado, até que o índio esteja reabilitado e em condições de retornar à aldeia. (GUIMARÃES, 2011, p. 25).

Desde 2010, a saúde indígena está a cargo da Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI, que tem por função e objetivo, coordenar e executar os processos referentes às gestões do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) em todo Território Nacional. Tendo como sua principal missão a

RECIMA21 - Ciências Exatas e da Terra, Sociais, da Saúde, Humanas e Engenharia/Tecnologia



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

POR UMA ATENÇÃO DIFERENCIADA EM SAÚDE INDÍGENA
Fábio Batista Sobral

proteção, a promoção e a recuperação da saúde dos povos indígenas e como dito anteriormente, a SESAI exerce a gestão de saúde indígena, orienta o desenvolvimento de ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde (BERNI, 2017). Atualmente, ela encontra-se dividida em cinco áreas quais sejam:

- ✓ Departamento de Gestão da Saúde Indígena (DGS), cuja função é, como o próprio nome indica, garantir a gestão ou a operação do sistema.
- ✓ Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI) é um órgão de planejamento e supervisão das ações.
- ✓ Distrito Sanitário Especial Indígena, (DSEI) em número de 34. Unidade gestora, descentralizada com o objetivo de garantir a regionalidade.
- ✓ Polo-base, em número de 351, que capilariza ainda mais o sistema.
- ✓ Controle Social - realizado por dois conselhos, o Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI), composto apenas por indígenas e de caráter consultivo e o Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) de formação paritária com poder deliberativo; além do Fórum dos Presidentes do CONDISI, de caráter apenas consultivo (BERNI, 2017, p. 73).

Dessa forma, esse sistema de saúde diferenciado pretende garantir às populações indígenas acesso integral à saúde no âmbito da atenção primária em saúde e, quando necessário, aos serviços de média e alta complexidade nos centros regionais e especializados, sempre considerando suas especificidades e respeitando seus direitos. Ao mesmo tempo, reconhece o direito destes participarem das organizações, colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, a exemplo do Conselho Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde (MORAES, 2018).

MODELO DE ATENÇÃO DIFERENCIADA

As práticas populares carregam recursos que nem sempre podem ser encontrados nos serviços de saúde, e vice-versa. O itinerário em busca da cura obedece a uma lógica própria, associada à visão acerca do humano e dos significados atribuídos às suas próprias experiências de vida e aos fenômenos como a saúde-doença — assim, tais significados correspondem a processos dinâmicos e não estruturas definitivas. Logo, as decisões em saúde seguem uma avaliação da realidade em que o paciente está imerso e há inúmeros motivos para buscar algum tipo de tratamento Costa et al., (2016, p. 113) citando Oliveira & Leite (2011).

Em relação à assistência à saúde indígena, as ações que contemplam necessidades específicas são fundamentais para esta população visto que, sendo o Brasil um país extenso e variado, não seria possível uma padronização das inúmeras práticas de saúde pública direcionadas em todo o território nacional. Sendo assim, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) surge com a responsabilidade de garantir aos povos tradicionais, acesso integral à saúde, seguindo os princípios e diretrizes do SUS de modo a contemplar a diversidade sociocultural, geográfica, histórica e política, contribuindo para a superação dos fatores que os tornam vulneráveis aos agravos de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros (2002). Porém, esse processo de negociação que envolve diferentes agentes socialmente posicionados no campo da saúde indígena



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

POR UMA ATENÇÃO DIFERENCIADA EM SAÚDE INDÍGENA
Fábio Batista Sobral

não apresenta consensos sobre os sentidos que informam alguns dos princípios nela instituídos, a saber, a noção de atenção diferenciada à saúde indígena, a estratégia de articulação dos serviços aos sistemas tradicionais e a ideia de interculturalidade (LAGDON, 20015).

Ao tratar da atenção diferenciada em saúde indígena, os documentos normativos recorrem a princípios genéricos e orientações gerais que não conseguem se concretizar em resultados satisfatórios no campo da assistência à saúde indígena (MOTA; NUNES, 2018). Apesar disso, surgem no texto oficial princípios que devem direcionar a atenção diferenciada na organização do modelo de organização e cuidado no subsistema de saúde indígena, seriam eles: adequação de tecnologias; qualificação dos profissionais para o contexto intercultural; participação social. Correspondem a pressuposto de que se vai “transformar” conhecimentos e práticas hegemônicos, predominantemente biomédicos, nos sistemas de atenção e de formação profissional no Brasil.

Para Langdon, o primeiro tópico menciona a importância da adequação de tecnologias e preconiza a implantação de subsistemas de saúde locais, denominados Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), situados em espaços etnoculturais delimitados nos quais atuam as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (2015). Inseridas nos territórios indígenas, estas equipes, compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde e saneamento básico, desenvolvem ações de atenção primária e, quando necessário, contam com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitários, outros especialistas e técnicos considerados necessários bem como de outros pontos da rede de atenção à saúde. Essa atenção é realizada dentro de uma lógica transversal, de modo a articular as práticas de cuidado e os saberes indígenas com trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde têm-se um tema central de ampla discussão na área da saúde indígena. Segundo a PNASPI:

O princípio que permeia todas as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas. (...) A articulação com esses saberes e práticas deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas (2002, p. 18).

Quando os recursos da atenção básica indígena se mostram insuficientes e surge a necessidade de acessar os serviços média e alta complexidade, a PNASPI preconiza que O SUS deve atuar como retaguarda e referência do SasiSUS, devendo, para isso, ocorrer adaptações nas suas estruturas e organizações quando instaladas em regiões onde residem indígenas, de modo a propiciar essa integração e fazer com que o atendimento dispensado em quaisquer dos níveis de cuidado se dê sem discriminação.

O segundo princípio sustenta a importância da qualificação dos profissionais para atuarem em contextos interculturais, de modo a considerar a existência de sistemas próprios de representação, valores, práticas e itinerários relacionados ao processo saúde-doença (PONTES, 2015). Araújo et al., (2008) citados por Guimarães (2011), ao se referir sobre qualidade de forma clara e abstrata, sinalizam que a noção de qualidade nem sempre é compartilhada por outros, tornando isto uma preocupação contínua dos profissionais de saúde. Sendo assim, a qualidade está diretamente relacionada à



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

POR UMA ATENÇÃO DIFERENCIADA EM SAÚDE INDÍGENA
Fábio Batista Sobral

satisfação do usuário e dos profissionais e a oferta de uma atenção complexa valorizando o cuidado, o respeito aos sujeitos, de forma holística e humanizada eficiente, e equânime (GUIMARÃES, 2011).

Não há dúvida de que é praticável e necessário integrar as experiências do saber científico e o saber percebido, em favor de almejar e conseguir um objetivo comum, enfatizando a importância da preservação das práticas culturais e dos saberes populares em saúde de determinado grupo étnico, proporcionando aprimoramento da equipe de saúde indígena na prevenção e promoção da saúde no contexto da atenção primária (APS), sempre respeitando os saberes dos povos em termos individuais e coletivos (COSTA *et al.*, 2016). No entanto, as recomendações para fazerem uma atenção à saúde diferenciada não se mostram suficientes para modificar a 'práxis' e o que permanece é uma atuação que segue um modelo campanhista de assistência, caracterizados por atendimentos as demandas que chegam até as unidades de saúde indígena, campanhas de vacinação, orientações a comunidade sobre o que deve fazer. Somado a isso, os documentos normativos vinculados ao SasiSUS evidenciam-se como verdadeiros protótipos de princípios genéricos de atuação que não se traduzem em resultados satisfatórios diante das práticas sanitárias das equipes bem como pouco contribuem para o alcance das programações anuais de atividades dos DSEI (MOTA, 2018). Neste caso, o pressuposto da atenção diferenciada passa a ganhar um tom retórico, quase limitado ao simples respeito cultura e a medicina tradicional indígena.

O que se pressupõe é que os profissionais de saúde que atuam junto a populações indígenas consigam reconhecer e considerar as especificidades socioculturais das comunidades que atuam, respeitando suas práticas tradicionais (LAGDON, 2007 *apud* LANGDON, 2015). Todavia, a maioria dos profissionais que atuam na saúde indígena teve uma formação com pouca qualificação para acolher e ofertar respostas às demandas relacionadas ao adoecimento em contexto intercultural. Ao privilegiar aspectos biomédicos em detrimento de perspectivas que incluem elementos socioculturais na definição de saúde/doença, as formações acadêmicas distanciam-se daqueles relacionados à experiência humana, inexoravelmente ligada à cultura e ao social, como é o caso das populações indígenas.

A formação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), alinhada a necessidade de preparação dos recursos humanos para atuação em contextos interculturais, emerge como estratégia importante à apropriação, pelos indígenas, dos conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental e capacitação para atuação em contextos interculturais da saúde indígena além de contribuir com a participação da comunidade no gerenciamento da assistência sanitária (BRASIL, 2002). Isso indica que o modelo assistencial foi estruturado entorno da figura dos AIS, que deveria assumir um papel central na condução das ações sob a supervisão e treinamento de profissionais de nível médio e superior. No entanto, a prática profissional indica estes detêm pouco ou nenhum poder sobre as decisões das ações e encaminhamentos em saúde, postos em posições inferiores em relação aos demais profissionais da equipe.

Outra estratégia adotada para o alcance e manutenção de uma atenção diferenciada em saúde indígena é a garantia da participação social em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, contemplando expressões formais e



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

POR UMA ATENÇÃO DIFERENCIADA EM SAÚDE INDÍGENA
Fábio Batista Sobral

informais. Essa participação dar-se-á especialmente por intermédio da constituição de Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena; por Reuniões Macrorregionais; pelas Conferências Nacionais de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e Fórum permanente de presidentes dos Conselhos Distritos de Saúde Indígena e pela presença de representantes indígenas nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde. A manutenção dessa reclama investimentos em formação continuada para participarem efetivamente do controle social da política de saúde, apoio e assessorar a realização de cursos para Conselheiros Indígenas de Saúde (BRASIL, 2002).

De fato, essa participação na política sanitária representa o reconhecimento das especificidades e da existência de conflitos de interesses com a sociedade com não indígenas, abrindo canais para que possam ser discutidos, negociados ou componham soluções condizentes com os problemas analisados (NUNES et al., 2018 *apud* SCALCO, 2020). Contudo, essa participação tem sido reportada, pelos próprios representantes e lideranças, como precária, em alguns conselhos distritais e locais inexistentes, mesmo diante de um suporte legal que garante sua existência e manutenção (LANGDON, 2015).

Essa lacuna existente entre a noção de atenção diferenciada em saúde indígena e o que realmente tem sido realizado tem refletido a existência de um poder hegemônico da biomedicina que, em muitas situações, resultam na constituição de estratégias de controle do Estado numa perspectiva integracionista (MENDES, 2018). Os amplos contornos e a complexidade inerente à atuação em contextos interculturais se reduzem, muitas vezes, à dimensão de acesso, supostamente facilitado para os pacientes indígenas. Logo, o estabelecimento de um diálogo intercultural, com valorização de características como a alteridade e a fuga da perspectiva etnocêntrica única tornam-se um potente fator para a formação de vínculos, tanto na sua dimensão individual quanto coletiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar os dados apresentados anteriormente, é possível reconhecer avanços importantes no campo da saúde indígena e que remetem, sobretudo, a criação e implantação de uma estrutura organizacional diferenciada nos territórios indígenas e que, mesmo em construção, aponta para a possibilidade de efetivação do princípio da atenção à saúde indígena diferenciada. No entanto, esta conquista ainda se mostra distante da realidade do SasiSUS sendo percebida como grande desafio a ser superado, rompendo com uma de produção centrada na concepção médico-curativo, com resultados e desdobramentos que pouco interfere na modificação das desigualdades historicamente impostas a esta população.

Enquanto pressupostos capazes de nortear uma atenção diferenciada, a PNASPI recorrer à adequação de tecnologias; a qualificação dos profissionais para o contexto intercultural e participação social. Infelizmente, os referidos termos estão postos de modo genérico, esvaziados de sentido e significado, e são, por vezes, utilizados para a perpetuação de práticas ultrapassadas que negavam as singularidades e sustentavam ações de caráter integracionista.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

POR UMA ATENÇÃO DIFERENCIADA EM SAÚDE INDÍGENA
Fábio Batista Sobral

Sendo assim, a consolidação deste sistema reclama a criação e manutenção de um campo de negociações entre os diferentes atores envolvidos com a causa indígena. É preciso que essa atenção diferenciada seja posta em discussão e que as diferentes instituições consigam criar mecanismos capazes de captar e se influenciar pelas especificidades socioculturais dos diferentes povos indígenas.

REFERÊNCIAS

BERNI, L. E. Psicologia e saúde mental indígena: Um panorama para construção de políticas públicas. **Psicologia para América Latina**, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psilat/nspe/a06nspe.pdf>. Acesso em: 05 set. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 abr. 2022.

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

BRASIL. **Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999**. Brasília, DF: Casa Civil, 1999. em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm. Acesso em: 29 ago. 2020.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 199. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acessado em: 10 abr. 2022.

CIMI. Conselho Indigenista Missionário. **Por que precisamos de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena de responsabilidade federal**. Brasília: CIMI, 2002. Disponível: <https://cimi.org.br/2019/03/por-que-precisamos-de-um-subsistema-de-atencao-a-saude-indigena-de-responsabilidade-federal/>. Acesso em: 02 set. 2020.

COSTA, F. A. S. *et al.* Práticas populares em saúde indígena e integração entre o saber científico e popular: revisão integrativa. **SANARE: Revista de Políticas Públicas**, v. 15, n. 02, p. 112-119, jun./dez. 2016.

FARIAS, I. S. **Doenças, dramas e narrativas entre os índios Jeripankó no sertão de Alagoas**. Maceió: Edufal, 2011.

GUIMARÃES, V. L. B. **A qualidade da atenção à saúde indígena no Brasil**. Recife: Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/28316/1/312.pdf>. Acesso em: 05 set. 2020.

LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. D. **Saúde Indígena: Políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Editora UFSC, 2015.

MARINELLI, N. P. *et al.* Assistência à população indígena: dificuldades encontradas por enfermeiros. **Revista Univap**, São José dos Campos, v. 18, n. 32, p. 52-65, 2012. Disponível em: <https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/93>. Acesso em: 30 ago. 2020.

MENDES, A. M.; LEITE, M. S.; LANGDON, E. J.; GRISOTTI, M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, 2018.

MORAES, J. O subsistema de atenção à saúde indígena e sua efetivação no estado de mato grosso sul: análise no funcionamento, ações e serviços. **Revista Juris UniToledo**, Araçatuba, SP, v. 03, n. 04, p.191-203, out./dez. 2018.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

POR UMA ATENÇÃO DIFERENCIADA EM SAÚDE INDÍGENA
Fábio Batista Sobral

MOTA, S.; NUNES, M. Por uma atenção diferenciada e menos desigual: o caso do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 11-25, 2018.

PONTES, L. M.; REGO, S.; GARNELO, L. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n.10, out. 2015.

SCALCO, N.; NUNES, J. A.; LOUVISON, M. Controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: uma estrutura silenciada. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 29, n. 3, 2020.

SOUZA, M.; SCATENA, J. H.; SANTOS, R. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 853-861, abr. 2007.

VIEIRA, J. L. G. **Práticas identitárias e ressignificação do universo imaginário dos povos indígenas do sertão de Alagoas**. 2014. Tese (Doutorado) – Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.