

1 INTRODUÇÃO

A questão da saúde indígena advém de muito tempo atrás, desde o período colonial onde os povos indígenas foram “descobertos” junto com as terras do nosso país, o Brasil. Foi nesse período que os índios tiveram o primeiro contato com um maior número de patologias trazidas pela população colonizadora portuguesa (MELLATI, 2007).

Desde essa época até os dias atuais foi necessário que se houvesse métodos de atenção indígena que pudessem suprir as necessidades de saúde dessa população. Para isso foram estabelecidas com o passar dos anos uma série de políticas de atenção em saúde indígena que realizaram essa tarefa (CISOTTO, 2012).

Segundo Martins (2013) as políticas indigenistas são o conjunto de ações e atividades adotadas pelo Estado em relação às populações indígenas que habitam seu território. Nessa lógica, saúde, educação, meio ambiente e desenvolvimento sustentável podem ser tratadas como políticas setoriais, que constituem o indigenismo.

Sabe-se que desde o período das primeiras políticas até os dias atuais muito já foi executado em favor da saúde indígena, e que atualmente, no que tange o modelo de atenção em saúde vigente se é reservado uma atenção especial para os índios em todo o território nacional (PAIM, 2002).

No presente trabalho pretende-se discutir acerca dessas diversas políticas desenvolvidas ao longo do tempo per passando pelo sistema do SPLTN que se transformou no Serviço de Proteção Indígena (SPI) com o trabalho encabeçado por Marechal Rondon, passando pela FUNAI e pela FUNASA até a Constituição Federal de 1988 e do SUS e subsistemas de saúde indígena que iniciavam os percalços da consolidação dos distritos sanitários especiais indígenas, os DSEI.

Os DSEI fazem parte de uma política de atenção governamental pautada nos anseios da população indígena e de seus representantes. O propósito desta política dos é afirmar o direito dos indígenas em ter uma atenção à saúde de qualidade que possa levar em consideração a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de forma que esse povo possa superar com êxito os agravos à saúde mais complexos que acometem tanto eles como os cidadãos brasileiros ocidentais, não

deixando, em hipótese alguma de relevar a importância da sua medicina tradicional e a preservação da sua cultura de forma geral (BRASIL, 2001).

Nesse tocante, Brasil (2001) os distritos são um conjunto articulado de 34 sub sedes divididas por todo o território nacional brasileiro de abrangência indígena. Possui uma característica sanitária claramente definida e específica. São formados por uma equipe mínima de profissionais, principalmente de saúde, que desempenham suas funções articuladamente ao SUS.

A atenção em saúde indígena é feita atualmente através dos distritos sanitários especiais indígenas (DSEI), em sua criação a proposta desse modelo era introduzir uma atenção em saúde baseada nos princípios do SUS que pudessem atender as necessidades dos indígenas em suas especificidades e características, uma vez que existe uma série de peculiaridades que envolvem a cultura e a existência desse povo (VERANI, 1999).

No tocante ao DSEI Rio Tapajós, assim como os demais distritos da região amazônica, a articulação na execução de suas atividades necessita de uma complexidade em suas ações, pois existem vários empecilhos e desafios no enfrentamento da atenção em saúde à população indígena: os deslocamentos, a moradia, a cultura, a estrutura, logística, todos os fatores contribuem para a dificuldade na execução do trabalho dos distritos.

Esses desafios dificultam em vários aspectos a realização de uma atenção em saúde eficaz nas comunidades em que vivem os povos indígenas atendidos pelo DSEI Rio Tapajós.

Deste modo, em consonância com o pensamento de Boehs (2007) realizar essa cobertura não é tarefa fácil, as patologias que acometem os indígenas estão cada vez mais diversificadas devido a uma série de fatores de cunho étnico-social e os problemas enfrentados são cada vez mais difíceis de resolução. É preciso demandar uma série de questões de gestão e administração em saúde onde o enfermeiro é o ator principal.

Sendo assim, surgiram questões que norteiam a pesquisa desse trabalho: será se essa atenção está se desenvolvendo de forma satisfatória? Ou existem, ainda, desafios a serem enfrentados?

Frente a essa problemática soma-se o fato de que após anos de decréscimo populacional, nos últimos anos, os indígenas passaram a apresentar um aumento no número de sua população em todo o país. Mediante a isso, aumentaram também os índices de patologias e a qualidade de vida dessa população foi diminuindo gradativamente (MARTINS, 2013).

Dessa forma, faz-se necessário que exista uma atenção em saúde cada vez mais atuante e qualificada para suprir as necessidades dos indígenas, porém ainda se observa uma grande dificuldade em gerenciar a atenção em saúde indígena de forma eficaz por parte dos profissionais de saúde, inclusive, pelo profissional enfermeiro que é um agente extremamente atuante nesse contexto (PAIM, 2002).

Mediante a essa problemática decidiu-se investigar quanto à existência desses desafios, assim como, de que forma eles estão sendo enfrentados pelos profissionais, em especial os enfermeiros, que atuam nesse setor através de pesquisa de campo, entrevistas e coleta de dados dos arquivos do distrito.

Sendo assim este trabalho de monografia tem como objetivo principal identificar quais os principais desafios enfrentados pelos enfermeiros relacionados à gestão em saúde indígena no DSEI Rio Tapajós polo Itaituba – PA. Além de analisar quais atitudes específicas estão sendo tomadas para realizar o enfrentamento das dificuldades em gestão de saúde indígena; descrever como é prestada a atenção em saúde realizada pelo DSEI Rio Tapajós na região do polo Itaituba – PA e identificar quais as funções dos enfermeiros gestores na execução do modelo de saúde vigente.

Este trabalho está subdividido em três partes principais. São elas: a Fundamentação Teórica; os Procedimentos Metodológicos; e os Resultados e Análises.

Na Fundamentação Teórica estão contidas as principais ideias dos autores que discursam sobre o tema da saúde indígena e as políticas de atenção em saúde aos indigenistas. Assim como os desafios que são enfrentados para a execução desse trabalho.

Nos Procedimentos Metodológicos estão apresentados os procedimentos e métodos que serão utilizados para se realizar a pesquisa no intuito de responder as questões norteadoras do projeto e alcançar os objetivos que foram propostos.

Nos Resultados e Análises estão contidos os dados e informações que foram coletados nas pesquisas no local de estudo em questão que foi selecionado previamente a fim de possibilitar um ambiente que fornecesse conteúdo para as perguntas e dúvidas deste presente trabalho.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 OS ÍNDIOS NO BRASIL: PROCESSO HISTÓRICO.

A história dos índios no Brasil nos remete aos tempos da colonização. Os indígenas foram os primeiros povos a serem encontrados pelos colonizadores de nosso país. Com suas características, peculiaridades e cultura diversas sempre sofreram muito com a submissão a qual foram expostos desde os primórdios até os dias atuais (MARTINS, 2013)

A fragilidade com que vivem até hoje é uma das características mais presentes, não pelo fato de sua cultura, história ou pelos próprios indígenas serem frágeis, mas, pela forma em que foram e que ainda são inseridos na sociedade brasileira (MARTINS, 2013)

Conforme afirma Melatti (2007), uma das principais questões que se pensa quando se fala em índios no Brasil é relativo à quantidade de sua população atualmente e na época da colonização. Porém sabe-se que a resposta pra segunda questão, por incrível que pareça, é muito mais fácil de ser respondida.

Mesmo assim ainda há muita controvérsia quanto ao número exato de indígenas que habitavam as terras do Brasil no período colonial, pois dentre as diferentes teorias todas estão baseadas, obviamente, em estimativas. Entre os pesquisadores que se destinaram a responder essa questão destacam-se os estudos de três deles: Julian Steward, William Denevan e John Hemming. Os três estudos voltam-se para todos os aspectos que envolviam a população indígena naquela época, envolvendo densidade populacional e outros fatores que culminaram em um número estimativo de cerca de 4.000.000 de habitantes em todo o território brasileiro (MELATTI, 2007).

“Pelas declarações fornecidas pela população brasileira no censo de 2010, 47,7% consideraram-se brancos; 7,6% pretos; 1,1% amarelos; 43,1% pardos; e apenas 0,4% indígenas, segundo a ordem de opções apresentadas no questionário” (BRASIL, 2012 apud MARTINS, 2013, p. 24).

Para Langdon (2007), no Brasil, os índios são minoria étnica e populacional da população brasileira total. Divididos em vários grupos indígenas são caracterizados por uma pluralidade étnica diversa onde não se pode determinar uma “cultura” indígena única. A grande maioria vive em pequenas organizações

pertencentes a micro sociedade, em torno de 28,2% vive em agrupamentos com menos de 200 pessoas e 77% vive com menos de 1000 habitantes.

Conforme afirma Martins (2013 p. 24):

De acordo com Censo de 2010, existem no país 817 mil pessoas que se autodeclararam indígenas. Dessas, 37,4% estão na região Norte; 25,5% no Nordeste; 16% no Centro-Oeste; 12% no Sudeste e 9,2% no Sul. Dentre os indígenas que residem em áreas urbanas, a maior participação, 33,7% foi encontrada na região Nordeste, enquanto, nas áreas rurais, a região Norte, historicamente, manteve a maior concentração, com 48,6% (Gráfico 1).

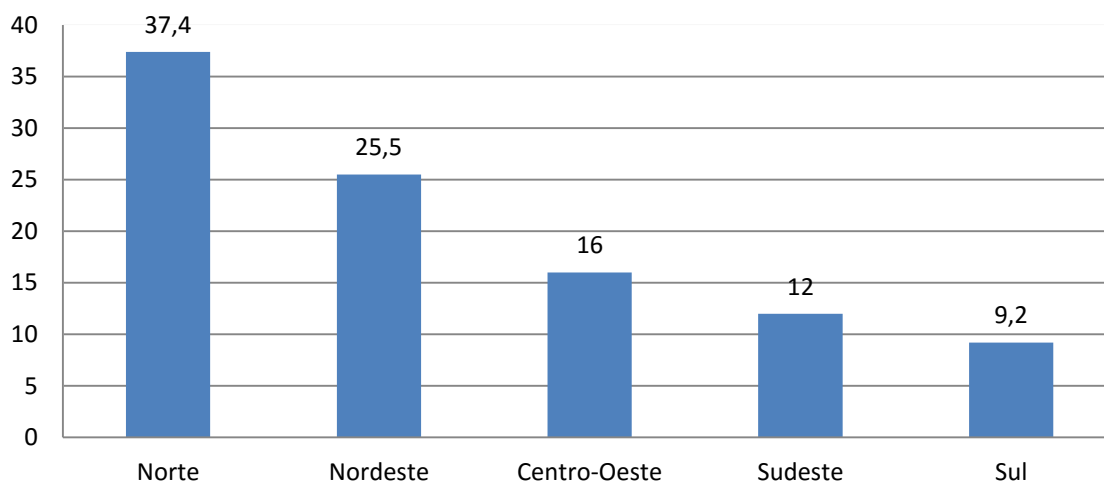


Gráfico 1 – Porcentagem da população indígena distribuídas pelas cinco regiões do país no ano de 2010.

Fonte: IBGE, 2010. Censo Demográfico 2010

Para Martins (2013), com o avançar dos anos, aumentou consideravelmente o número da população indígena em todo o território nacional. As informações cedidas pelo IBGE nos dão conta que desde 1980 até o censo de 2010 os índios aumentaram sua população apenas tendeu a crescer.

Como prova disso Brasil (2012) apud. Martins (2012 p. 25) mostra que os dados que comprovam essa evolução apontam que “em 1991, 294.131 pessoas se autodeclararam indígenas, enquanto que em 2000, foram 734.127, e, em 2012, foram 817.963 que se classificaram como indígena no país”.

Segundo Brasil (2010) de forma geral, desse conjunto de povos indígenas, 57,7% viviam nas regiões de aldeias pelo Brasil, enquanto apenas 42,3% viviam nas cidades e outras localidades fora dos aldeamentos. No contexto regional, as

Regiões Norte e Centro-Oeste foram as que apresentaram índices com maior número de indígenas residentes nas terras indígenas. Já as regiões Nordeste e Sudeste apresentaram dados inversos, os índios se encontravam em maior número nas regiões fora das terras. Já a região Sul apresentou índices equilibrados de localidade de moradia (Gráfico 2).

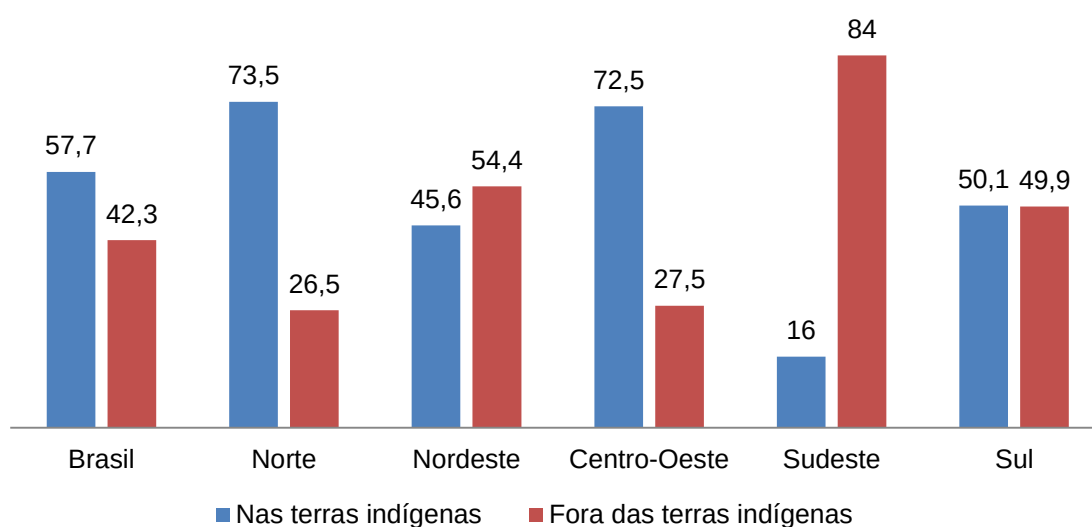


Gráfico 2 - Distribuição percentual da população indígena, por localização do domicílio, por Região – 2010.

Fonte: IBGE, 2010. Censo demográfico 2010.

Não é incomum ouvirmos, ainda atualmente, dizerem que o tupi é a língua oficial dos indígenas, muitos acreditam ser essa a única falada por toda a população indígena do país. Isso se deve em grande parte a supervalorização dada a esta língua pelos colonizadores quando aqui chegaram. E, de fato, esta foi a língua mais encontrada nos vários pontos por onde eles percorreram, sendo até mesmo incorporada por muitos catequizadores portugueses (MELATTI, 2007).

Outra situação bastante difundida atualmente diz respeito à indolência dos indígenas. Mas como julgá-los de tal forma se os mesmos utilizam todo seu tempo com o trabalho para garantir o próprio sustento, além de buscarem seus alimentos são eles que confeccionam seus materiais/instrumentos: arma de caça, armadilha, canoa, cestas, potes, entre outros; que servem para que eles possam desempenhar as diversas atividades do dia a dia como caçar, pescar, transportar e armazenar seus alimentos (MELATTI, 2007).

A caça para os indígenas é uma atividade essencial para sua subsistência, pois é através dela que eles conseguem um aporte de proteínas não contidas nos peixes. Essa atividade varia muito entre as aldeias, uns dão menos importância devido a supervalorização da pesca como é o caso dos índios do Xingu, outros possuem a forte cultura de praticar a caça geralmente de pequenos animais (MELATTI, 2007).

A incorporação de materiais ocidentais como a espingarda, a lanterna, entre outros, devido ao contato com o homem não índio possibilitou em partes uma amplitude nas técnicas de caça. Porém ainda existem materiais indígenas que são bastante utilizados. É o caso do arco e flecha que em sobreposição a arma, não precisa da compra de pólvora e é mais silenciosa, não assusta os animais (MELATTI, 2007).

A pesca é a atividade que visa alimentação mais utilizada pelas populações indígenas. Assim como na caça, também é dada uma valorização conforme as diversas aldeias e grupos indígenas, ela é feita em conjunto, é comum se utilizar plantas que paralisam os peixes, assim como o uso de outras técnicas (MELATTI, 2007).

Outras funções também desempenhadas pelos índios, conforme descreve Melatti (2007), são a coleta, em alguns casos a agricultura; o cultivo de capões; a criação de animais e dando ênfase a confecção de artefatos e artesanato que são uma das características mais observadas em todas as populações indígenas brasileiras.

Vale ainda ressaltar que até certo período, de acordo com a FUNAI, os índios eram vistos pela população em geral através de um conjunto de crenças do senso comum como os primeiros habitantes das terras brasileiras, os donos da terra, representantes de um passado, que estão em processo de extinção e posterior desaparecimento (MARTINS, 2013).

Porém, com o passar dos anos, essa concepção foi, em partes, se modificando na cabeça da população brasileira. Martins (2013) aponta que nos últimos anos as pessoas passaram a vivenciar o índio como seus semelhantes, que vivem no mesmo país e que, portanto possuem os mesmos direitos como eleger candidatos, gozar de direitos civis, entre outros. Assim como, também sofrem de

mazelas comuns a todos como as poluições ambientais e as ações governamentais voltadas para política, economia, saúde, educação e administração pública em geral.

De certa forma, a partir dessa incorporação do índio à cultura, costumes e tradições dos não índios, obteve-se um pensamento generalizado de que a cultura nativa do povo indígena poderia ser abalada e esquecida em detrimento dessa nova assimilação dos novos costumes (VERANI, 1999).

Porém conforme afirma MELATTI (2007, p. 79):

O trabalho nas fazendas ou nas cidades, o serviço militar, o título de eleitor, a aposentadoria rural, a busca de atendimento médico, a instrução escolar, a afiliação a igrejas cristãs, certamente contribuem em muito na modificação de cada cultura indígena, mas não logram sempre alcançar o abandono da identidade de cada povo.

Portanto, não necessariamente é preciso que o índio abdique de seus costumes e tradições, ou seja, de todos os elementos que constituem sua cultura para que ele seja inserido nos moldes ocidentais dos povos não índios, de forma sadia e equilibrada pode-se aliar ambas as tradições na construção da sociedade moderna indígena (VERANI, 1999).

Em alguns casos essa afirmativa ocorre, mas em muitos casos de populações indígenas estão perdendo as suas características nativas e incorporando totalmente os costumes ocidentais o que acaba contribuindo para uma perda da identidade indígena provocada pelos próprios índios (LORENZO, 2011).

2.2 POLITICAS DE ATENÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL.

Desde o princípio, no período colonial, os senhores ao se depararem com a sociedade indígena os caracterizaram em dois grandes grupos: os *índios amigos*, ditos aliados, e os *bravos* ou revoltosos. Os primeiros diziam respeito aqueles que se curvavam às exigências da coroa aos moldes de escravidão e catequização. Já os segundos referiam-se aos que não se rendiam a escravidão e a catequese (BEOZZO, 1983).

Uma questão bastante difundida em qualquer sociedade é a condição de saúde em que vivem as pessoas. Não diferente, acontece da mesma forma com a população indígena. Com a chegada dos portugueses no período colonial esses

povos foram acometidos a partir daí por uma série de doenças advindas dos povos que chegavam da Europa, onde já existiam várias epidemias, e mantinham contato com eles transmitindo doenças aos quais os mesmos ainda não tinham resposta imunológica para combater (LOPES, 2014).

Os povos indígenas da América, como todas as sociedades humanas, sempre tiveram formas próprias de lidar com os problemas de doença, cura e prevenção (COIMBRA JR; SANTOS, 2000).

A partir do “descobrimento”, que na verdade pode-se entender como uma conquista e colonização pelos povos de origem europeia, deu-se início a uma série de novos agravos à saúde da população indígena local cujo cura e tratamento até então eram tidos como desconhecidos, tais como a varíola e formas letais de tuberculose, tudo em função das diversas investidas em escravizar os índios como mão-de-obra do sistema colonial. Da mesma forma ocorreu na via inversa a viagem de diversas patologias próprias dos indígenas para a população europeia (VERANI, 1999).

Com o passar do tempo surgiu a necessidade de se estabelecer métodos de atenção e cuidado a saúde desses pacientes. Porém esse cuidado desde o período em que os índios foram colonizados e escravizados se deu de forma desastrosa e descoordenada, não suprimindo de fato a qualidade de vida dos indígenas (MARTINS, 2013).

Nessa mesma óptica Martins (2013) afirma que de forma tradicional a igreja sempre foi o órgão responsável pelo cuidado a população indígena, essa estratégia estava imbuída nos preceitos de catequização dos índios. Apenas no final do século passado que surgiram as primeiras afirmações de saúde voltada para os índios vindas do governo. Essas ações eram norteadas basicamente em princípios de um modelo de ações esporádicas, emergenciais, ineficientes e de baixa cobertura.

Desde o início da colonização feita pelos povos europeus até o início do século atual a questão da saúde indígena limitava-se, basicamente, a um complemento assistencial dependente da política de catequese. Apenas a partir daí que a assistência em saúde passou a ter uma política oficial de “pacificação” e “assistência” laica feita sobre responsabilidade do Estado. Neste período algumas iniciativas isoladas, individuais ou vinculadas a políticas locais acompanharam os processos de expansão das fronteiras nacionais, ao longo dos séculos que se

seguiram. Na sociedade formada a partir daí a medicina popular, religiosa e vinculada a práticas terapêuticas pré-industrializadas predominavam (FARAGE, 1991).

Segundo Oliveira (1995) apud Martins (2013) as políticas indigenistas se referem ao grupo de ações e atividades exercidas pelo Estado em relação às populações indígenas que habitam seu território. Nessa lógica, saúde, educação, meio ambiente e desenvolvimento sustentável podem ser tratadas como políticas setoriais que constituem o indigenismo.

Dessa forma, pode-se entender que as questões tratadas nas políticas de saúde são essenciais para os índios uma vez que enfocam subsídios básicos para a vivência na terra. Desde então, com o passar dos anos, surgiram vários modelos de atenção à saúde dessas populações indígenas (COIMBRA JR; SANTOS, 2000).

Por volta do século XX, os avanços pela busca do desenvolvimento através do projeto de expansão territorial advindo na era Vargas esbarraram de encontro as questões territoriais indígenas. Era preciso se fomentar a conquista de novas terras amazônicas para o desenvolvimento da nação, porém essas terras já estavam habitadas em sua maioria: eram os índios (LOPES, 2014).

Era preciso então que se estabelecesse um elo de pacificação e domínio territorial frente aos indígenas. Era a chamada “Política de Integração”. Dessa forma, no início do século passado o primeiro órgão que foi criado para ser responsável pela atenção em saúde à população indígena foi o Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILTN) que após sofrer alterações e ampliação de atribuições passou a ser chamado de Serviço de Proteção ao Índio (SPI) (MARTINS, 2013).

SPILTN se caracterizou por reproduzir o poder do Estado, por meio de uma política de centralização e monopólio sobre os nativos, assentado na premissa de que havia um problema de interação entre os índios e não índios (MARTINS, 2013).

De acordo com Garnelo, Macedo e Brandão (2003), o modelo da política voltada para os índios, que era centrada no fato de que os indígenas eram seres decadentes e que, portanto, necessitavam percorrer uma longa trajetória de evolução intelecto pessoal para se incorporar aos outros seres e assumir um papel produtivo na sociedade somado as muitas adversidades enfrentadas pelo órgão

indigenista de realizar ações que defendessem os povos indígenas ocasionou perdas aos interesses indígenas, como perdas de seus territórios.

Apenas a partir do início do século XX com a atuação de Rondon e seus seguidores, em suas missões, com a implantação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) que a atenção em saúde indígena passou a ser uma questão a nível nacional. Várias foram as críticas aos objetivos dessa iniciativa, porém, cabe especular se o método empregado baseado na medicina curativa desenvolvido por indivíduos ou ainda em hospitais indígenas (Casas do Índio) estava utilizando de recursos técnicos semelhantes aos empregados na população nacional. Independente disso, já se tinha conhecimento que a população indígena necessitava de atendimento específico diferenciado aos seus problemas, principalmente aos que diziam respeito à saúde, no que tange uma série de fatores como culturais, operacionais, além dos epidemiológicos e político-ideológicos (LIMA, 1992 apud VERANI, 1999).

O SPI proporcionou grandes mudanças ao cenário indígena, pois a partir da sua criação ele afastou mais o papel do estado sobre o destino das terras indígenas, além de retirar da Igreja Católica a responsabilidade pela catequização dos índios. Tudo a fim de seguir o preceito republicano de que a Igreja deve estar separada do Estado como governo (LOPES, 2014).

Mesmo assim, depois de muitos anos voltados para a população indígena, e cerca de meio século depois, por volta de 1957 o SPI entrou em decadência administrativa desencadeada por vários motivos e como forma de “reorganização” das políticas indigenistas criou-se no ano de 1967 a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) (LOPES, 2014).

2.3 A INSTAURAÇÃO DA FUNAI E DA FUNASA.

2.3.1 Fundação Nacional do Índio – FUNAI.

Segundo Martins (2013) em 1967, por meio da lei nº 5.371/67, o governo instaurou a criação da FUNAI como o órgão de apoio principal e fundamental aos povos indígenas. Este órgão estava incumbido de desempenhar uma série de ações que compunham as diretrizes dessa política indigenista, além de exercer a tutela dos índios não-integrados, gerir o patrimônio indígena, promover estudos e pesquisas,

prestar assistência médico-sanitária, educação de base, e exercer o poder de polícia nas áreas indígenas.

A FUNAI veio para substituir o SPI e suas ações contemplavam um vasto campo de áreas como a educação, questões fundiárias, políticas sociais, além do setor da saúde. Neste último, foi criada uma Divisão de Saúde que exerceria suas funções através das Equipes Volantes de Saúde (EVS). Porém, pautado por ações esporádicas e atendimento individual, as atuações desse sistema não lograram muito êxito (COSTA, 1987).

O grande impasse existente no que tange a saúde indígena é o fato da mesma sempre ser tomada como autossustentável, na verdade isso ocorre com todas as questões que envolviam o indigenismo, onde os povos indígenas eram vistos como responsáveis pela sua própria sustentabilidade. Isso fazia com a atenção prestada a essas populações fosse sempre carente e com problemas graves de gerência e administrativos (GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, 2003).

2.3.2 Fundação Nacional de Saúde - FUNASA

Moreira (2002) a partir de vivências práticas afirma que apesar de por muitos anos a saúde indígena ser tratada de forma muito superficial, a partir de certo momento, iniciou-se a estabelecer uma atenção maior para essa questão. Isso se intensificou essencialmente com a realização da I Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas em meados de 1986 em que o índio passou a ser mais assistido e que se passou a ter um olhar mais focado na forma como gerir isso de maneira efetiva.

Ainda segundo Moreira (2002), a partir daí se passou a pensar em prestar uma assistência que fosse futuramente elaborada não somente específico para a população indígena, mas pela sociedade geral: eram os distritos sanitários.

Com a instauração da Constituição Federal de 1988 muitas mudanças passaram a ocorrer no cenário da saúde no Brasil. A priori, o fato mais marcante para a história do nosso país nesse contexto foi a reformulação geral do sistema de saúde que viria a se transformar no SUS (BRASIL, 2006).

A partir das reformulações propostas pelo governo e com base nos constantes casos de patologias novas que afetavam principalmente as classes mais

necessitadas de atenção do país surgiu a necessidade de se criar através da sanção em Abril de 1990 da lei de nº 8.090 que dispunha a criação da FUNASA (BRASIL, 2006).

A partir dessa premissa afirma Brasil (2006) que durante os primeiros nove anos, que tange o período ocorrido entre 1990 e 1999, a FUNASA desempenhou ações de forma desarticulada e pouco sistêmica. Dessa forma o desenvolvimento das ações era pontual, setorial e central o que dificultava a adesão às propostas previstas pelo Sistema Único de Saúde. A partir de 1999 o governo passou da FUNAI para a FUNASA a responsabilidade pela atenção prestada à saúde da população indígena que era prevista na época em torno de 360 mil índios.

Como melhor explica Moreira (2002) apesar de toda a tentativa de reforma na organização da assistência proposta pela criação da FUNASA, ainda muitos entraves eram vividos, como por exemplo, a resistência da FUNAI em aceitar a transferência. Era de tal forma que em 1994 através do decreto 1.141 a atenção a saúde indígena retornou a FUNAI o que dificultou o desenvolvimento de acompanhar as políticas apresentadas pelo SUS e pelas conferências nacionais de saúde indígena.

Neste período a partir de 1994, as atuações ficaram de certa forma divididas entre a FUNASA e a FUNAI, estando a primeira responsável apenas por questões mais voltadas para o controle de vetores e saneamento esta segunda pela parte maior e mais onerosa. Apenas em 1998 a partir de decisão do Ministério Público entendeu-se que do ponto de vista constitucional a situação da Saúde Indígena era uma responsabilidade que cabia, de fato, mais ao Ministério da Saúde. Essa visão foi concretizada através da Lei 9.649 de 1998 que transferia novamente ao MS essa responsabilidade (MOREIRA, 2002).

Nesse contexto histórico, em 1994 foi realizada uma segunda Conferência Nacional e com a retomada da FUNASA em 1998/1999 as ações desenvolvidas passaram a ser executadas em consonância com os preceitos do SUS e com as diretrizes das duas conferências. As diretrizes não eram propostas do MS, mas dos líderes indígenas, da própria população indígena, das ONGs indígenas e afins. (MOREIRA, 2002)

Com o passar dos anos a FUNASA passou a desempenhar uma série de ações através dos DSEI e em parcerias cada vez maiores com diversos órgãos

governamentais, Bancos e demais órgãos não governamentais tais como: distribuição de milhares de cestas básicas; combate as DSTs/AIDS, através de distribuição de preservativos com educação e instrução em saúde; programas de pré-natal; e capacitação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) (BRASIL, 2006).

Esta instituição, ao longo do tempo, veio possuindo forte influência para a saúde pública brasileira e mediante a isso para enfrentar a série de desafios e dificuldades vivenciadas nos últimos anos referentes ao surgimento e ao ressurgimento de patologias tem investido na organização gerencial, no estabelecimento de prioridades administrativas e na forma como as decisões podem impactar a população (BRASIL, 2006).

2.4 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL E A LEI AROUCA: CAMINHOS PARA A CRIAÇÃO DOS DSEI.

A Igreja que por muito tempo esteve aliada ao Estado no “domínio” e catequização da população, a partir da ditadura passou a apresentar postura diferente. Em 1968 com o maior fechamento da ditadura a Igreja deu início ao chamado período do “setor progressista”. Com isso em 1972 instaurou-se o Conselho Indigenista Missionário (CIMI), que buscava a inserção das comunidades no dia a dia da população brasileira (LOPES, 2014).

Resumidamente, essas ações da Igreja juntamente com as de alguns jornalistas da época possibilitaram a concretização de encontros e assembleias em que se discutiam temáticas indígenas. Nelas os índios timidamente participavam e foi a partir daí que o movimento indígena ganhou força. Isso ocorreu mais precisamente com a fundação da União das Nações Indígenas (UNI) em 1980 que posteriormente reuniria várias etnias estando presentes em vários encontros nacionais e, inclusive, em internacionais o que lhes conferiu cada vez mais notoriedade e força ao seu movimento (LOPES, 2014).

O surgimento da Constituição Federal em 1989 reformulou os ideais vigentes em nosso país, constituindo o retorno da democracia ao país. Dessa mesma forma, na década de 90 a reforma do sistema de saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) delegou maiores responsabilidades e poder às prefeituras e ao consumidor. Desse modo, a Primeira Conferência Nacional para a Proteção da

Saúde Indígena (CNPSI), organizada em 1986, surgiu para avaliar a situação de saúde e para criar uma política especial para esta população (LANGDON, 2007).

Um passo marcante conforme aponta Martins (2013, p. 13) foi a criação da Lei Arouca:

A Lei Arouca (Lei nº. 9.836), de 1999, – que incluiu o capítulo V na Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) – Lei nº 8.080/90 – criou um subsistema de atenção diferenciada à saúde - o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS) - como parte integrante SUS. Portanto, essa lei constitui-se como o principal dispositivo legal da saúde indígena.

Dessa forma, atendendo as reivindicações de grande parte da população indígena surgiu a ideia de se estabelecer um modelo de atenção em saúde indígena que pudesse suprir as necessidades que esta população em questão necessitava mediante as variantes e especificidades que precisavam ser respeitadas (MARTINS, 2013).

Um passo importante nessa batalha veio também através da Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho, ratificada pelo Brasil em 25 de julho de 2003 e aprovada pelo Decreto n.º 5.051, de 19 de abril de 2004 que reafirmou os direitos indígenas assegurando aos povos indígenas: o direito ao respeito e integridade cultural; a consulta prévia sobre políticas que os venham a afetar; a participação livre na tomada de decisões sobre políticas que os afetem; e o dever do Estado de implementar medidas especiais, sem prejuízos dos direitos gerais de cidadania (CISOTTO, 2012)

Vale ressaltar que um modelo de saúde eficiente conforme aponta Franco (2009), propõe a composição de um amplo arsenal teórico para construir e operar o novo modelo, que considera, além das tradicionais áreas da saúde coletiva (clínica, epidemiologia, planejamento e ciências sociais), outras áreas que se colocam como fundamentais, notadamente a antropologia, assistência social, psicanálise e *esquizoanálise*, e ainda, os campos de conhecimento que a *intersectorialidade* pode agregar, como a ecologia, e todos saberes e práticas que operam na linha da auto sustentabilidade das aldeias.

Ainda segundo Franco (2009) para se pensar a cerca de um modelo assistencial deve-se ter em mente que ele deve ser centrado no agente, no caso o

usuário-índio assim como as suas necessidades. Para que isso ocorra é preciso se pensar em um modelo alternativo, diferenciado, e que se adéque as diferentes questões culturais, de vida, sanitárias e epidemiológicas, além de simbólicas de acordo com as várias etnias. Porém, para isso em meio a todo um contexto complexo é preciso estabelecer diretrizes operacionais para que se concretize o modelo.

Essa proposta formulada pelo Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde dessa vez não foi monopolizada por classes dominantes, uma vez que foi amplamente discutida com os atores envolvidos (Organizações e Lideranças Indígenas, Universidades, Organizações Não Governamentais, 3 Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde) e contou ainda com a execução de mais de 16 seminários com participação de todos os povos indígenas o que reforçou ainda mais as discussões durante o processo de construção da atual política (CISOTTO, 2012).

O modelo proposto se consistia num modelo de atenção que estivesse mais presente a realidade indígena e que de fato proporcionasse um fortalecimento dos ideais e culturas existentes. Assim foi proposta a formação do subsistema de 34 distritos sanitários que estariam divididos em várias localidades do país por questões geográficas, étnicas, antropológicas e entre outras (MARTINS, 2013).

Neste âmbito afirma Brasil (1990) apud Cisotto (2012, p. 01):

Tanto os princípios e diretrizes da universalidade, integralidade, equidade, descentralização, e controle social que orientam o Sistema Único de Saúde quanto às determinações legais conforme a Lei Arouca que acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, apontam caminhos para a superação das desigualdades de saúde que afetam os povos indígenas no Brasil.

Este modelo segundo Athias e Machado (2001), foi pensado no bojo da Reforma Sanitária no início da década de 90. Modelo que concerne os Distritos Sanitários de Saúde. Esse modelo de atenção em saúde precisava compreender e adequar-se de forma eficiente as necessidades dos povos indígenas de acordo com as especificidades desta população. Porém somente na II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (CNSPI), ocorrida em 1993, a proposta foi

referendada por parte da população indígena e de profissionais que atuavam com esta população passando a ser pauta contínua de suas reivindicações.

2.5 O DISTRITO SANITÁRIO DE SAÚDE INDÍGENA.

Tendo em vista o conceito de modelo assistencial como uma forma de organização dos serviços de saúde de forma integrada e conjunta com as políticas de Saúde Coletiva, onde:

Modelo não é padrão, não é exemplo, não é burocracia. Modelo é uma razão de ser – uma racionalidade. É uma espécie de lógica que orienta a ação. Modelo de atenção à saúde ou modelo assistencial não é uma forma de organizar os serviços de saúde. Também não é um modo de administrar (gestão ou gerenciamento) o sistema e os serviços de saúde. Modelo de atenção é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas de saúde e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma maneira de organizar meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas e processos de trabalho em saúde. Aponta como melhor combinar os meios técnico-científicos existentes para resolver problemas de saúde individuais e/ou coletivos. Corresponde à dimensão técnica das práticas de saúde. Incorpora uma “lógica” que orienta as intervenções técnicas sobre os problemas e necessidades de saúde (modelo da intervenção em saúde) (PAIM, 2002 p. 07).

Cisotto (2012, p. 13) afirma que “Ao falar de modelo de atenção à saúde estaremos falando de relações orientadas para a superação de problemas e atendimento de necessidades de saúde”.

Conforme Brasil (2001), o subsistema de atenção à saúde (modelo assistencial) da população indígena está agrupado em 34 distritos sanitários em diversos locais no país, funcionando como um sistema maior em perfeita articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS) (Figura 1).

Os diversos distritos têm como base os seguintes aspectos:

- Considerar os próprios conceitos de saúde e doença da população e os aspectos Inter setoriais de seus determinantes;
- Ser construído coletivamente a partir de um processo de planejamento participativo;
- Possuir instâncias de controle social formalizados em todos os níveis de gestão (BRASIL, 2001).

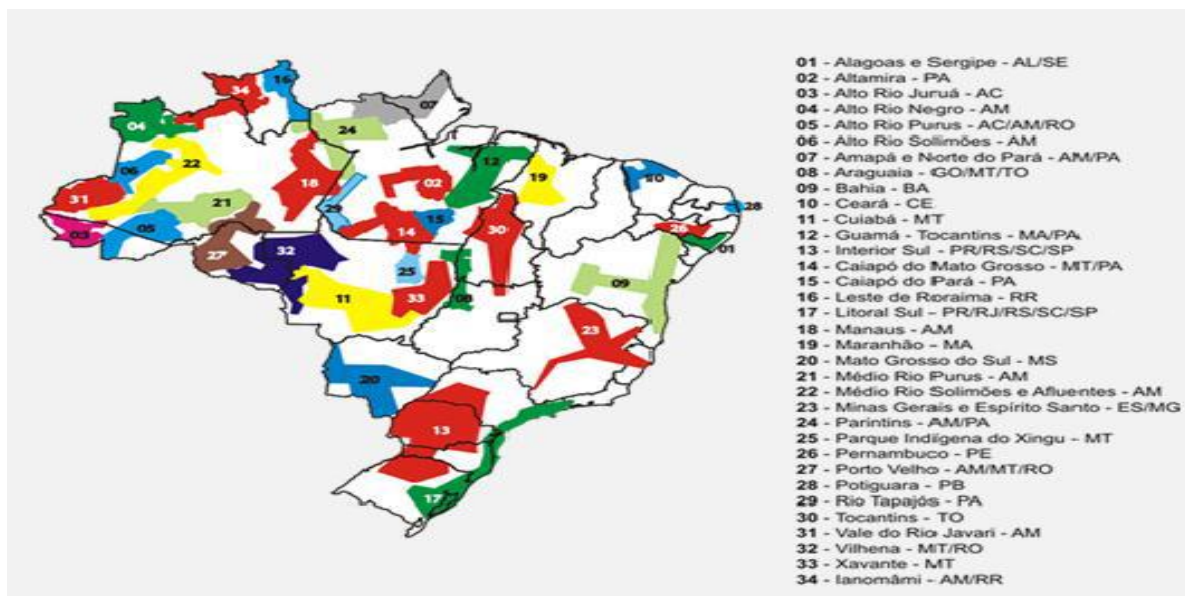


Figura. 1 – Os 34 Distritos sanitários especiais indígenas e suas respectivas localizações pelo território nacional.

Fonte: SESAI/MS – 2011.

O DSEI é uma unidade organizacional da FUNASA e deve ser entendido como uma base territorial e populacional sob responsabilidade sanitária claramente identificada, enfeixando conjunto de ações de saúde necessárias à atenção básica, articulado com a rede do Sistema Único de Saúde - SUS, para referência e contra referência, composto por equipe mínima necessária para executar suas ações e com controle social por intermédio dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde (BRASIL, 2001).

O próprio nome do modelo dos distritos já é específico no que tange a peculiaridade dos povos indígenas, uma vez que DSEI significa Distrito Sanitário Especial Indígena, o termo “Especial” se refere justamente a essa especificidade característica relatada anteriormente na qual a população precisa ser cuidada. Faz-se necessária um modelo que atenda realmente as necessidades de saúde vigentes atualmente (MARTINS, 2013).

A instauração dessa rede especial de ações e atividades orientadas segundo a política da PNASI aponta para um espaço étnico cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado. A PNASI determina que as equipes multidisciplinares de saúde dos distritos deverão incluir agentes indígenas de saúde (AIS), técnicos de enfermagem, enfermeiros, odontólogos e médicos, em uma conformação similar à do Programa Saúde da Família (PSF). Ela prevê, entretanto,

uma participação sistemática de antropólogos e outros profissionais e técnicos especialistas nas questões indígenas dentro de cada DSEI (LORENZO, 2011).

Cisotto (2012) complementa afirmando que as Equipes Multidisciplinares de Atenção à Saúde Indígena (EMSI) deverão ser constituídas por: médicos, cirurgiões, dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de saúde bucal (ASB), agentes indígenas de saúde (AIS), agentes indígenas de saneamento (AISAN), para atuarem nas aldeias indígenas. Representa um dos principais pilares da estrutura da Atenção Básica à Saúde Indígena, pois permite levar às comunidades indígenas o atendimento diferenciado e igualitário preconizado no SUS.

Conforme aponta Martins (2013), no que refere o modelo de referência e contra referência adotado pelos DSEI compreende na PNASI: os Postos de Saúde das aldeias encaminham para os Polos Base, os quais devem encaminhar para os serviços de atenção secundária e terciária de referência do SUS ou para as Casas de Saúde do Índio (CASAI) (Figura 2).

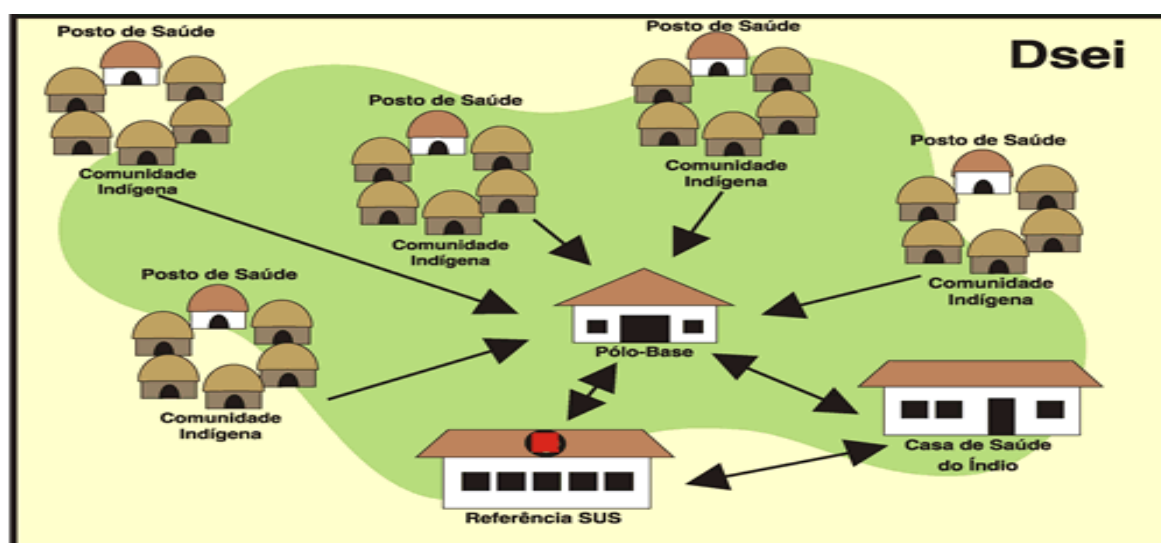


Figura 2 – Modelo de referência e contra referência adotado pela PNASI nos distritos sanitários.
Fonte: SESAI/MS – 2011.

O conceito utilizado nesta proposta define o Distrito Sanitário como um modelo de organização de serviços orientado para um espaço étnico cultural 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 e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à

prestação da assistência, com controle social, chamados de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) (CISOTTO, 2012).

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do governo do Brasil visa fornecer atendimento médico às comunidades indígenas. Foi estabelecido pela lei Nº 9.836/1999, que alterou a lei Nº 8.080/90, criando – o no Sistema Único de Saúde. O referido sistema é organizado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (BRASIL, 1999 apud CISOTTO, 2012).

Foi a partir de agosto de 1999 que o Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, passaram a assumir a responsabilidade de estruturar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o Sistema Único de Saúde – SUS (CISOTTO, 2012).

2.6 A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NOS DSEI.

Segundo Marinelli *et al.* (2012), a busca por parte da enfermagem em atuar em saúde indígena é motivada geralmente pela busca de uma melhor colocação profissional e remuneração salarial do que propriamente a satisfação profissional.

Porém, estar inserido na atuação em saúde indígena no habitat do índio é uma ação que possui peculiaridades que, invariavelmente, tornam difíceis a execução das tarefas profissionais, mas como contrapartida oferece uma gama de conhecimento e momentos de profundo aprendizado para sua formação profissional (SILVA; GONÇALVES; NETO, 2003).

Para Silva, Gonçalves e Neto (2003) as funções básicas do enfermeiro na atenção em saúde indígena visam compreender o desenvolvimento do processo saúde-doença no contexto físico e cultural dos povos indígenas; possibilitar a identificação de situações que se constituem em risco para a saúde da comunidade; oportunizar o trabalho em equipe multiprofissional, na realização de atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos; além de refletir acerca da real atribuição de seus afazeres junto à equipe multiprofissional a fim de redefinir seu papel para a comunidade.

Conforme já explicado por Silva, Gonçalves e Neto (2003), os autores complementam que executar a atuação em enfermagem é uma tarefa difícil, pois

demanda de uma competência diferenciada frente as adversidades e peculiaridades da situação e cultura indígena.

Para isso é preciso que o profissional desempenhe uma atenção que requer cuidados específicos e qualificados dentro de uma série de fatores vivenciados no dia a dia em contato com os índios (MARINELLI *et al.*, 2012).

Trabalhar em saúde indígena requer do enfermeiro a habilidade em saber lidar corretamente com a EMPI, uma vez que a construção do trabalho com os índios é feita através de uma corrente de ações executada entre todos os profissionais envolvidos (MARINELLI *et al.*, 2012).

Nesse aspecto, Marinelli *et al.* (2012) cita que os agentes indígenas de saúde desempenham um papel muito importante por se tratarem como um importante elo entre o profissional enfermeiro e a comunidade indígena em geral.

É imprescindível que o enfermeiro saiba lidar com críticas e colocações acerca do seu trabalho, e que dessa forma saiba questionar e refletir acerca de suas atribuições e das possíveis dificuldades a serem desafiadas. (SILVA; GONÇALVES; NETO, 2003)

Segundo Silva, Gonçalves e Neto (2003) o profissional precisa estar preparado para atuar na atenção básica à saúde indígena, identificar fatores de risco e atuar preventivamente, planejar e implementar, em conjunto com a equipe, as ações e programas, realizar acompanhamento, supervisão e avaliação do agente indígena de saúde e do auxiliar de enfermagem.

Para o profissional saber trabalhar utilizando-se dos conhecimentos tradicionais, como plantas medicinais, se torna um fator muito importante positivamente, pois oportuniza um estreitamento entre a população indígena que devem ser valorizados na prática de atenção à saúde, além de que fortalece a cultura dessas populações e resgata o saber acumulado (SILVA; GONÇALVES; NETO, 2003).

2.7 O DSEI RIO TAPAJÓS

O Distrito Sanitário Especial Indígena Rio Tapajós é um dos 34 distritos distribuídos por todo o território nacional. Abrange os municípios de Itaituba, Novo Progresso e Jacareacanga. Sua sede está situada na cidade de Itaituba situada na

região oeste do Pará, a população total da sede é de 97.493 habitantes, segundo o IBGE. (BRASIL, 2016).

Segundo Brasil (2016), com uma população de 10.277 indígenas é o 23º mais povoado. Sua população está dividida pelos municípios da seguinte forma:

- Itaituba – 553 indígenas;
- Jacareacanga – 8.412 indígenas;
- Novo Progresso – 1.312 indígenas.

Possui 3 CASAI e 11 polos base que estão distribuídos pelas várias aldeias que compõem o distrito (Tabela 1) (BRASIL, 2016).

Tabela 1 - Distribuição do DSEI Rio Tapajós quanto a sede, os polos base e as CASAI.

Sede do DSEI	Itaituba
11 Polos Base	Caroçal do Rio das Tropas
	Itaituba
	Jacareacanga
	Katõ
	Missão Cururu
	Novo Progresso
	Restinga
	Sai Cinza
	Santa Maria
	Teles Pires
	Waro Apampu (Posto Mdk)
3 CASAI	Itaituba
	Jacareacanga
	Novo Progresso

Fonte: SIASI – MS.

Dos 11 polos base que compõem o distrito, um (01) está situado na região do município de Itaituba, o polo Itaituba; um (01) está situado na região de Novo Progresso, o polo Novo Progresso e os demais polos base encontram-se no território do município de Jacareacanga. Isso ocorre pela quantidade superior de etnias e indígenas que habitam Jacareacanga uma vez que esse município possui um contingente indígena muito alto (BRASIL, 2016).

É um distrito composto por diferentes etnias. Segundo BRASIL (2016) são oito (08) as etnias indígenas que fazem parte do território do DSEI Rio Tapajós: Apiaká, Ava Canoeiro, Kaiabi, Kayabi, Kayapo, Kayapó, Munduruku e Tembé. Sendo que as mais predominantes e consideradas pelo distrito, até por questão de quantidade populacional, são a Apiaká, Kayapó e em grande parte a Munduruku (Tabela 2).

Tabela 2 – Composição das etnias que compõem o DSEI Rio Tapajós quanto a população e sexo.

Etnia	Quant. Populacional	Hab. Sexo Masculino	Hab. Sexo Feminino
Apiaká	222	120	103
Ava Canoeiro	01	01	-
Kaiabi	07	01	06
Kayabi	04	02	02
Kaiapo	58	26	32
Kayapó	1.262	652	610
Munduruku	8.721	4.445	4.276
Tembé	02	02	-

Fonte: SIASI – MS.

Dentro de todo o distrito existem mais de 100 aldeias catalogadas e cobertas pelo distrito. Porém, no polo de Itaituba existem 8 aldeias das quais duas estão situadas na área urbana da cidade e as demais encontram-se distribuídas pela zona rural (Tabela 3).

Tabela 3 – Aldeias que compõem o DSEI Rio Tapajós no polo Itaituba – PA. Distribuição quanto a quantidade e sexo.

Aldeias	População	Sexo Masculino	Sexo Feminino
Karo Muybu	83	50	33
Laranjal	97	46	51
Praia do Índio (Zona Urbana)	138	62	76
Praia do Mangue (Zona Urbana)	100	56	44

Sawre Apompo KM 43	48	23	25
Sawre Jaybu	42	29	13
Tucunaré	5	03	02
Watpu	40	19	21

Fonte: SIASI – MS.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

A presente monografia se caracteriza por uma pesquisa de campo de cunho qualitativo e de objetivo descritivo, uma vez que se pretende descrever quais os desafios existentes no dia a dia do cotidiano de profissionais enfermeiros do DSEI Rio Tapajós.

A pesquisa de campo ou estudo de campo conforme afirma Gil (2002) é um tipo de delineamento da pesquisa em que se busca um alcance mais profundo dos fatos e das questões propostas. No estudo de campo estuda-se um único grupo ou comunidade em termos de estrutura social, ou seja, ressaltando a interação entre eles.

Essa pesquisa teve início com a busca de referências bibliográficas que pudessem nortear quanto ao assunto proposto. Foram utilizados como descritores e marcadores os seguintes termos: saúde indígena; desafios em saúde indígena; DSEI; entre alguns outros nesse mesmo contexto. Foram pesquisados 47 textos para embasamento literário, entre artigos, dissertações, livros e monografias, dentre os quais foram selecionados através de leitura minuciosa apenas 31 para utilização na pesquisa.

A pesquisa foi desenvolvida no DSEI Rio Tapajós situado no município de Itaituba, na região oeste do estado do Pará, cuja população é de 97.493 habitantes (IBGE, Censo 2010). O distrito Rio Tapajós está situado na Av. Santa Catarina, nº 96, bairro de Bela Vista.

Como objeto de pesquisa e/ou população consultada, foram utilizados os enfermeiros coordenadores e demais profissionais envolvidos na funcionalidade do DSEI Rio Tapajós, priorizando os que estão diretamente envolvidos com os desafios enfrentados nesse setor, uma vez que esta é a questão fundamental da pesquisa.

Para isso, foram selecionados cinco (05) enfermeiros conforme disponibilidade da coordenação do distrito, aos quais foram apresentadas as propostas da pesquisa e para que não houvessem problemas relacionados às questões éticas decidiu-se renomeá-los para a realização da pesquisa com os nomes de Enfermeiro 1 (E1), Enfermeiro 2 (E2), Enfermeiro 3 (E3), Enfermeiro 4 (E4) e Enfermeiro 5 (E5).

Todos os enfermeiros participantes da pesquisa possuíam experiência prática na vivência profissional com a população indígena do DSEI Rio Tapajós, foram escolhidos esses profissionais porque poderiam relatar com propriedade os desafios que foram vivenciados por eles no dia a dia durante o trabalho nas aldeias e nos polos base.

Foram aplicados questionários que serão utilizados como fonte de dados principais para a elaboração dos resultados. O questionário segundo Prodanov e Freitas (2013) é um ordenado de perguntas que devem ser respondidas por escrito pelo informante (respondente). O questionário em uma pesquisa é um instrumento ou programa de coleta de dados. Se sua confecção é feita pelo pesquisador, seu preenchimento deve ser feito pelo informante ou respondente.

Prodanov e Freitas (2013) acrescenta ainda que o questionário deve ser objetivo, e dividido de forma organizada, deve conter uma capa-apresentação que explique o objetivo do mesmo, assim como as perguntas devem ser elaboradas de forma a instigar a atenção do informante em respondente.

Quanto a tipologia das perguntas o questionário utilizado na pesquisa possui perguntas abertas que são aquelas que são livres e permite ao informante que responda livremente; e perguntas de múltipla escolha, em que os informantes podem responder a uma das opções disponíveis e/ou quantas acharem necessárias (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Além dos questionários, foram utilizados também material gráfico, fotos, arquivos, entre outros, ambos disponíveis na sede do distrito no polo Itaituba.

A análise dos estudos será feita através do método de análise do discurso com base nas informações coletadas através dos questionários e observação de materiais e recursos do DSEI Rio Tapajós.

Todos os envolvidos com a pesquisa serão respeitados e preservados no que tange seus pontos de vista. Será terminantemente evitado qualquer prejuízo ou danos aos participantes que poderão a qualquer momento abandonarem o seu envolvimento com a pesquisa em questão.

Assim sendo, a construção desse projeto pretende esclarecer acerca do tema abordado no intuito de trazer resultados positivos para toda a comunidade envolvida no processo da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 A ABORDAGEM DOS DESAFIOS.

Suprir às demandas, expectativas e necessidades em matéria de saúde de um povo ou de uma comunidade particular requer um grande conhecimento de seu perfil epidemiológico e sanitário por parte daqueles que a executam. Isso é crucial em uma região que constitui o *habitat* de vários povos, com modos de uso e adaptação ao meio ambiente, e graus de mobilidade espacial, temporal e de formas de contato com a sociedade nacional diversificados (BUCHILLET, 2004).

Segundo a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), o Brasil está entre os países com maior diversidade étnica e linguística. Apesar de os dados serem difíceis de precisar, a instituição calcula a existência de 220 povos diferenciados, sendo mais de 70 isolados e falando pelo menos 180 línguas distintas derivadas de 30 troncos comuns. No último censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2010, 817 mil pessoas se declaram indígenas, o que vem a representar 0,42% do total da população brasileira (LORENZO, 2011 p. 330)

Os desafios são sempre um empecilho no que tange a qualidade no trabalho em qualquer situação profissional, é sempre importante saber vencer os desafios, ou ultrapassá-los na tentativa de estabelecer pontos positivos relativos ao âmbito profissional, principalmente na questão da saúde onde é crucial obter resultados positivos, uma vez que se lida com vidas.

Dentro da saúde indígena existente no DSEI Rio Tapajós observou-se a existência de desafios que permeiam a rotina profissional diária das aldeias, relacionados principalmente com a relação entre profissional e paciente (índio) voltados pro modo de vida destes, sua cultura, sua linguagem, seu modo de agir em detrimento as diferenças de como vivem aqueles.

Nesse âmbito os informantes da pesquisa relataram quais os principais desafios vivenciados no DSEI Rio Tapajós, sendo eles voltados principalmente para a equipe multiprofissional, a linguagem, a cultura indígena, o sistema de informações (SIASI) e as distancias geográficas. (Gráfico 3).

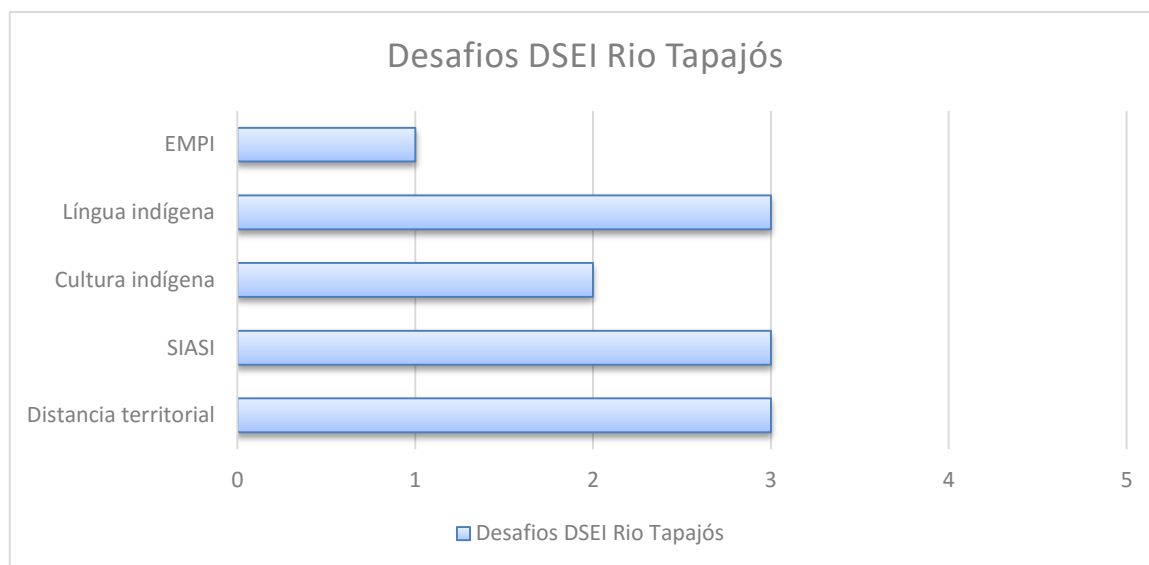


Gráfico 3 – Distribuição do quantitativo dos principais desafios apontados pelos enfermeiros informantes da pesquisa existente no DSEI RT.

A atual política de atenção de saúde indígena representa em si um desafio para os profissionais de saúde, uma vez que estes são automaticamente forçados a assumir uma postura de adequação a situação não somente de diversidade social, mas também cultural existente em sua população alvo. Porém, essa adequação não deve ser sistemática, nas ações e atividades que incorporam os AIS e novas lideranças, mas sim no respeito, no comprometimento e na consideração das variantes sociais e culturais ligadas à saúde e a doença dessa população (BUCHILLET, 2004).

Essa adequação profissional só gera uma melhor qualidade na prestação dos serviços por parte da enfermagem e de toda a equipe multiprofissional, uma vez que possibilita um contato maior com a realidade da população indígena existente, e não há uma atenção em saúde de qualidade, principalmente no que tange as atribuições do enfermeiro, se não houver uma ligação entre os ideais do profissional e do paciente em questão.

Na sociedade indígena existe uma forma de se ater aos cuidados médicos diferente dos praticados nos povos ocidentais. Enquanto os ocidentais utilizam de uma medicina pautada em ações embasadas em pesquisas de cunho científico, a medicina tradicional indígena está baseada na transição de saberes de geração em geração formulados através da observação sistemática de acontecimentos que envolvem as patologias e inspirada nos deuses e espíritos (LORENZO, 2011).

Esses saberes indígenas tradicionais ao entrar em contato com a forma biomédica vivenciada na saúde brasileira pelos enfermeiros causa uma dualidade que pode gerar conflitos que interferem fortemente com a maneira como é feito o cuidado em saúde.

Conforme explicita E1:

“Há situações em que a cultura interfere no atendimento, não havendo possibilidade de executar as ações”.

No tocante a população indígena, um desafio encontrado pelos índios está relacionado a manutenção e valorização da cultura tradicional contrapondo as novas relações que vão surgindo em meio ao cotidiano indígena. Para isso, inclusive, estão sendo incorporados os chamados “especialistas”: professores indígenas bilíngues, agentes de saúde, agentes florestais indígenas, novas lideranças indígenas e etc. (GALLOIS, 2005).

Como observado pelos autores, os profissionais indígenas incorporados a proposta dos distritos, em especial os agentes indígenas de saúde (AIS), trazem uma qualidade maior no atendimento. Através destes profissionais que é estabelecido a ligação entre enfermeiro e paciente, além de valorizarem a cultura indígena, ainda são responsáveis por ultrapassar as barreiras, como linguagem, cultura, etc. que existem entre os indígenas e a equipe de enfermagem.

E1: *“A barreira linguística interfere na compreensão/ repasse/ orientação entre o usuário e o profissional”.*

E2: *“Em relação a dificuldade linguística podemos ressaltar que conseguimos “driblar” essa adversidade mediante a presença dos Agentes Indígenas de Saúde que além de suas atividades e (sua tradição) ajudam a entendermos a barreira.*

Porém, por outro lado, quando se fala em vivência prática a existência dos AIS pode gerar controvérsias que dificultam a atenção à população por parte da equipe de enfermagem, isso acontece tanto ao incentivo da prática inadequada dos indígenas, ou em vivências particulares como a citada por Marinelli *et al.* (2012) em que a execução do trabalho durante as consultas triplicou o tempo proposto pela falta de conexão na tradução do AIS e pelas vezes em que a tradução do AIS não condiziam com órgão onde o indígena apontava a dor.

Porém, discordando do apresentado pela autora, no DSEI Rio Tapajós, o trabalho desempenhado pelos AIS é de suma importância uma vez que esses profissionais são muito bem preparados e qualificados para desempenhar suas funções com eficiência.

Cisotto (2012) aponta que um grande desafio se refere ao respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprio a cada sociedade indígena, imprescindíveis na execução das ações e serviços de saúde e na elaboração de propostas de prevenção, promoção e educação em saúde adequadas ao contexto local.

Nesse contexto E5 acrescenta que: *“O grande desafio dos profissionais de saúde é o de prestarem assistência aos povos indígenas transitando no espaço de diversidade cultural expressa através das línguas, cores, costumes, a saber, culturas cujos atores estão convivendo diariamente com o desafio de comunicação intercultural, de história, de visão de mundo e etc.”*.

Além disso, para Cisotto (2012) a territorialidade deve ser respeitada quando se trata das especificidades da população existente naquele determinado território, suas peculiaridades e características. Porém, a territorialidade é vista como um conceito apropriado meramente de forma administrativa referente a um espaço físico.

Nesse aspecto, territorialidade não diz respeito apenas a um contexto físico, mas sim a um conjunto de variantes culturais, étnicos, sociais, religiosos existentes em uma determinada população que vive em um determinado território.

Faz-se importante considerar a grande dificuldade que os indígenas mais idosos encontram em repassar todo o processo histórico e cultural tradicional para os novos índios das aldeias indígenas, visto que estes desejam se apropriar mais da cultura não-indígena existente e cada vez mais disseminada nas populações indígenas (GALLOIS, 2005).

Esse aspecto apontado pelos autores tem sido um grande desafio, uma vez que a preservação da cultura e dos costumes indígenas está cada vez mais defasada. Os indígenas mais novos não têm o mesmo interesse em adotar os costumes tradicionais na sua vivência, uma vez que já tiveram contato com os hábitos não-indígenas.

Esse é um ponto interessante a ser frisado, uma vez que está se disseminando cada vez mais. A forma como os povos tradicionais indígenas tem se relacionado com o sistema médico ocidental através do direto contato desde o período colonial, perpassando pelos vários programas de atenção em saúde elaborados pelo Estado ocidental para com os indígenas até os dias atuais caracterizam a chamada *intermedicalidade*, onde os indígenas incorporam e valorizam os aspectos alheios a sua cultura tradicional incluindo cuidados, materiais e medicamentos que em muitos casos são usados “ao bel prazer” sem a correta noção da sua utilidade (LORENZO, 2011).

Não somente uma questão de saúde geral, mas em especial em saúde indígena a *intermedicalidade* é um processo que acarreta danos aos índios quando procuram utilizar-se de materiais e principalmente medicamentos que são alheios a sua rotina e que na grande maioria das vezes é utilizado sem nenhuma instrução qualificada.

Outro fator desafiador citado por Lorenzo (2011) é a falta de qualificação dos recursos humanos que atendem a população indígena uma vez que desde a graduação estes são convertidos a adoção do modelo biomédico de ensino e muitas vezes não há orientação quanto disciplinas curriculares voltadas a antropologia, e a própria saúde indígena em si.

Além disso, soma-se o fato de contrapondo os ideais regidos pela PNASI os profissionais contratados estarem inseridos em um contexto de terceirizações que favorecem muito mais questões políticas do que a comunidade interessada (LORENZO, 2011).

Somado a toda a problemática vivenciada pelo indígena, ainda encontra-se, às vezes, desafios no que tange o profissional de saúde referente à sua competência. Conforme já citado anteriormente, o profissional de saúde indígena desempenha uma tarefa difícil que demanda um cuidado diferenciado. Em muitas partes quando o profissional é inserido na área de saúde indígena não há qualificação e capacitação específica para tal, e não há por parte dos órgãos competentes oferta de capacitação, além disso, ainda existem questões políticas que abrangem a contratação destes profissionais sem maiores seleções.

E3: *“No início do trabalho, há uma certa dificuldade com a língua, mas com o passar do tempo o profissional acaba se adaptando”.*

Gradativamente, o profissional vai adquirindo conhecimentos com os próprios indígenas, ou com os colegas de trabalho, além de que a partir de um tempo o profissional começa a receber capacitações e cursos voltados para o trabalho que acontecem constantemente.

O cuidado diferenciado e especial exigido aos enfermeiros dos distritos deve estar pautado no respeito as questões sociais e culturais que permeiam a vida do indígena, mas muitas vezes os costumes dos indígenas são vistos como algo que deve ser ignorado e que tem como único objetivo frustrar e prejudicar os objetivos do trabalho executado por esses profissionais.

Dessa forma, por muitas vezes os profissionais se recusam em admitir os agentes indígenas como o pajé e demais figuras tradicionais como uma forma de complemento as terapêuticas utilizadas. A medicina indígena é vista em grande parte como tolerável, ou até mesmo incorporada de forma acessória, complementar ou alternativa, mas não como parte, de fato, atuante no processo do cuidar (LORENZO, 2011).

Ainda referente a esta questão Vendruscolo *et al.* (2014) destaca que o principal desafio encontrado atualmente no contexto indígena é criar formas e estratégias em que se estabeleça uma atenção que considera os preceitos existentes dentro da cultura e dos costumes indígenas. Porém existe uma distância gigantesca entre isso e o que é praticado nas aldeias.

Para Athias e Machado (2001) o cuidado nos distritos sanitários deve basear-se nos aspectos sociais existentes. Uma atenção individualizada e pontual não refere aos princípios norteadores da PNASI e deve ser evitada a fim de se prestar uma qualidade no atendimento à população indígena.

Isso significa dizer que seguindo os preceitos da PNASI que estão baseados nos ideais do SUS o índio deve ser atendido de forma universal, integral, e igualitária, abrangendo todos os aspectos de sua existência. Desta forma, é preciso atender de forma abrangente o índio de maneira holística.

Para isso a prática sanitária se faz uma ideia pertinente no ambiente da atenção indígena voltando a cena para a prevenção e vigilância em saúde da população como um todo. (ATHIAS; MACHADO, 2001).

Dessa forma a atenção se faz de maneira preventiva o que remete as ideologias do SUS, o que de fato foi proposto inicialmente para a atenção em saúde indígena e não apenas como proposta curativa, onde o índio já procurava o atendimento quando apresenta suas queixas referentes a doença.

Porém, ao contrário do que é proposto, o modelo preventivo acaba não sendo executado conforme explica Marinelli *et al.* (2012) os índios são tímidos e não permitem a entrada do profissional mediante sua rotina, ou apresentam dificuldades para isso. Em muitos casos eles procuram primeiramente a figura do pajé e só depois procuram atendimento no posto de saúde quando já estão mais debilitados.

Já para Cisotto (2012) as políticas indígenas investidas atualmente têm de atentar para uma ação equilibrada entre a visão sanitária que deve estar voltada para o enfrentamento dos problemas contínuos focando no território-micro área como um todo e entre a visão pontual que compreende o indivíduo com suas necessidades e problemas específicos.

Segundo a autora, deve-se atentar tanto para o índio em sociedade de forma sanitária, quanto para as necessidades gerais de prevenção de toda a comunidade (aldeia), todas as questões que precisam de intervenção em âmbito geral: higiene, saneamento, vacinação, etc., mas também é preciso saber se atentar as necessidades do índio individualmente, suas queixas, dores e frustrações.

É nesse aspecto que o DSEI Rio Tapajós tem procurado trabalhar, baseando as ações de enfermagem no âmbito da atenção básica em saúde pública atuando principalmente na prevenção através das atividades explicadas por E4:

“São vários papéis, dentre eles: realizar visita domiciliar, consulta de enfermagem, pré-natal, CD, testes rápidos de DST's/AIDS (Hepatite B + Hepatite C + Sífilis + HIV), SISVAN (Gestantes + crianças e idosos), programação de atividades durante o período de 20 dias, programação de combustível, dentre outras”.

E1 acrescenta ainda que o enfermeiro em saúde indígena deve: *“desenvolver os programas de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde respeitando as especificidades culturais”.*

A partir dessa óptica se observa que é preciso aliar os preceitos sanitários de cuidado a comunidade (aldeia) como um todo e os preceitos biomédicos valorizando

também os índios em suas particularidades pessoais sempre reconhecendo a importância da influência cultural em todo esse contexto.

Porém, contrapondo o que é preconizado ainda existe no pensamento dos profissionais a ideia de que a condição do índio faz parte de uma fase transitória e que seus costumes precisam ser adequados a cultura ocidental, precisam ser modernizados o que configura a chamada “civilização de homens”. Além de muitas vezes esses profissionais possuírem baixa qualificação para assumirem seus papéis (VENDRUSCOLO *et al.*, 2014).

Nesse âmbito, contextualiza E4: *“Existem problemas entre as equipes multiprofissionais de saúde indígena, por exemplo, alguns profissionais não gostam de seguir a hierarquia, outros não desempenham suas atividades conforme o protocolo”*.

Vale ressaltar que cabe ao SUS a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) a execução de cursos de capacitação para que os graduados desempenhem suas funções com mais especificidade no campo da saúde indígena. (VENDRUSCOLO *et al.*, 2014).

Aith (2008) após estudo minucioso aponta uma série de desafios que precisam ser enfrentados na busca por uma atenção em saúde eficiente para os indígenas. Dentre elas, destaca-se o fato já citado anteriormente dos recursos humanos que precisam melhorar, assim como os recursos materiais.

Outro ponto do estudo de Aith (2008) já citado diz respeito a adequação a organização social, crenças, costumes, hábitos e cultura indígenas por parte do cuidado e atenção prestados a eles.

Somado a tudo isso ainda acrescenta-se o fato discriminatório existente para com os índios que vivem nos ambientes urbanos e não estão sob cobertura do Sistema Indígena, que acabam migrando em situações de doenças e agravos para as unidades do SUS onde são discriminados e por vezes marginalizados à exclusão. (AITH, 2008).

A discriminação para com os povos indígenas é um fator negativo que deve ser exterminado. Esta prática vai completamente de encontro com os ideais norteiam a PNASI, além de que interfere negativamente na forma como ocorre o

desempenhar das atividades de enfermagem e, sobretudo, no processo de recuperação dos indígenas.

Quanto a tomada de decisões que é feita através de Conferências e regularizada pelos conselhos de saúde indígena, preconiza-se que seja feita por parte de todos os agentes que fazem parte da PNASI, tanto os profissionais dos distritos, como os representantes do governo, e também, e principalmente, as lideranças indígenas, haja vista que não se pode falar de atenção em saúde indígena se não há participação dos próprios indígenas envolvidos.

Porém, em discordância ao que foi falado acima, Aith (2008) afirma ainda que além disso, os índios reclamam da baixa participação nas decisões de gestão e no controle das políticas de saúde indígenas apresentadas tornando-as precárias e inconsistentes com as peculiaridades e especificidades indígenas (AITH, 2008).

Da mesma forma, abrangem Athias e Machado (2001) no que tange a participação indígena nas decisões tomadas voltadas as ações que são pensadas para a sua própria população, para eles, a participação indígena é imprescindível para uma boa execução e andamento das práticas de saúde nesse ambiente.

O sistema de informação atua como um organizador e regularizador informatizado de todas as ações dos DSEI e precisa estar de acordo com a sua realidade. É através das informações lançadas no SIASI que se pode estabelecer correlação entre as ações executadas e as necessidades reais dos indígenas. Pode-se fazer prospectivas de como agir, além de informar o que precisa ser focado e evidenciado na atenção à saúde do índio.

Nesse âmbito, Athias e Machado (2001) consideram ainda que outra questão de importância a ser enfrentada como um desafio encontrado se refere a execução do sistema de informação existente na saúde indígena atualmente, o SIASI. Segundo os autores, um bom sistema deve conseguir gerir todas as informações e ações centrais que norteiam o funcionamento do distrito sanitário a partir de algumas diretrizes, tais como:

- 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 na coleta de informações;
- Fornecer dados precisos para melhor gerenciamento e que alimentem o sistema nacional de informação em saúde (ATHIAS; MACHADO, 2001 p. 431).

Nesse aspecto Cisotto (2012) afirma que existe uma fragilidade na integralização dos dados existentes entre as matrizes dos distritos e os Sistemas de Informação oficiais devido até mesmo a forma pela qual os dados são preconizados pelo gestor federal.

De forma geral, Malta e Santos (2003) abordam que a busca pelos ideais norteadores em muitas vezes se perdeu não somente no aspecto da integralidade, pois o que se observa é a implantação de um sistema “simplificado” e não “diferenciado”; mas também em relação a universalidade, abalada pelo desafio cultural e pelas barreiras geográficas observadas em muitas regiões do país onde distancias gigantescas existem.

A atenção à saúde deve basear-se no princípio de territorialidade, sua principal premissa é considerar o território, bem mais que uma extensão geográfica, como o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, de trabalho, de renda, de habitação, de acesso à educação e o seu saber preexistente, como parte do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepções sobre saúde e doença, de família, de sociedade, etc. Sob este aspecto, abordar o território como espaço de ação das práticas de atenção à saúde permitir apreender a dinâmica das populações que nele habitam, as condições de vida e as diferentes situações ambientais que as afetam (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

A região norte brasileira apresenta uma vasta imensidão de lagos e rios, considerados verdadeiros “caminhos d’água” que percorrem longas distâncias caracterizando as hidrovias, rotas pelas quais a população amazônica se desloca. Assim sendo, habitam a floresta populações tradicionais, onde se encontram os índios, que enfrentam essa realidade dos mais diversos tipos topógrafos e geográficos. (MARTINS, 2013).

E3: *“A região norte é a maior das cinco regiões, e é a maior região com população indígena e diversidade étnica, a região corresponde a 45% do território nacional com a maior bacia hidrográfica do mundo e menos populosa”.*

Essas distâncias dificultam muito o acesso feito por parte de todos os que acessam as hidrovias, inclusive os profissionais que precisam se deslocar as vezes por distancias inimagináveis para ter acesso a população indígena.

E4: *“As aldeias são distantes, algumas são dois dias de viagens como exemplo da aldeia de Teles Pires e a aldeia Santa Maria, transporte fluvial, de Jacareacanga às aldeias, alguns profissionais moram em Santarém, viajam de lancha até Itaituba, de Itaituba viajam de ônibus até Jacareacanga e de Jacareacanga seguem de voadeira”.*

No que tange os distritos situados na região amazônica existe ainda esse agravante da distância o que dificulta e muito a realização das ações e caracteriza um ponto negativo na procura por uma atenção em saúde indígena de qualidade (MARTINS, 2013).

Nessa mesma óptica Garnelo (2012) afirma ainda que as aldeias são diversas e que em muitos casos o acesso é complicado e longínquo, nesse sentido os Polos Base constituem-se como pontos que devem estrategicamente contemplar essa grande área.

Fazendo uma correlação válida nesse sentido Garnelo (2012) afirma ainda com base em dados menos recentes que existem em média uma proporção nacional de 13,4 aldeias por Polos. E que dessa forma é possível se realizar uma cobertura válida, mas que dependendo do número de aldeados e da distância entre as aldeias e os polos essa cobertura pode ficar prejudicada.

Desta forma, se observa que existe uma gama de desafios que abrangem vários aspectos dentro distrito. E que é obvio que esses desafios dificultam a vivencia profissional exercida pelos enfermeiros, porém, segundo eles o processo histórico do DSEI Rio Tapajós revela uma melhoria em todos os aspectos durante os anos.

Esses desafios ainda existentes são apenas alguns face a muitos entraves que outrora já existiram. Da totalidade de informantes da pesquisa, 100% apontou que houve melhora e que a tendência é positiva para os próximos anos relativo ao enfrentamento dos desafios.

5 CONCLUSÃO

Pela observação dos aspectos analisados, conclui-se que a saúde indígena deve, acima de qualquer instância, ser respeitada em todos os seus aspectos e que atualmente, se faz imprescindível desempenhar uma atenção em saúde para os índios de forma qualificada e eficiente.

Uma política de atenção à saúde indígena abrange uma série de aspectos que precisam ser respeitados para que possam suprir todas as faltas sofridas pelos índios, aspectos esses que englobam uma série de fatores que abrangem a vivência do povo indígena.

Seguindo essa óptica foi criada a PNASI na tentativa de estabelecer uma forma alternativa e diferenciada de atenção em saúde, porém o que se observa é que todas as propostas inicialmente planejadas não foram até então executadas com sucesso.

Isso porque existem, de fato, desafios a serem enfrentados por parte dos profissionais que executam as ações desenvolvidas nos distritos, em especial os profissionais de enfermagem que como dito anteriormente executam as principais funções nos distritos, assim como ocorre no DSEI Rio Tapajós.

A *distritalização* foi uma proposta válida que confere em sua idealização uma atenção em saúde indígena diferenciada e especial, porém, assim como acontece com o SUS, a execução prática dessa atenção carece de pontos que precisam ser melhorados.

Os principais desafios encontrados no DSEI Rio Tapajós estão relacionados principalmente as diferenças culturais existentes entre os profissionais e os indígenas. A diferença da língua, dos costumes, alimentação, entre outras diferenças englobam um quadro de adversidade entre esses dois povos.

A língua é uma questão que se apresenta como uma das principais dificuldades encontradas, uma vez que a língua representa a maior parcela da comunicação que é primordial entre enfermeiro e paciente, se não ocorre comunicação entre esses agentes o cuidado fica completamente prejudicado.

Outro fator apontado como um grande desafio se refere às distâncias que existem na região de abrangência do DSEI Rio Tapajós. Como já falado, o território do distrito é vasto, em muitos casos o isolamento das aldeias é grande, todos esses

fatores dificultam enormemente o desempenho das funções executadas pelo enfermeiro no distrito Rio Tapajós.

Outra questão apresentada é referente ao SIASI que em teoria é um ponto muito importante para armazenamento de dados e ações como um todo, além de conceder norteamento para a situação do distrito e como proceder de acordo com as apresentações do sistema que gerencia a informação que concerne ao distrito, porém existem dificuldades em como utilizar o sistema.

Existem ainda outros fatores citados nesta monografia que são apontados como desafios cruciais a serem enfrentados pelo profissional enfermeiro na vivência prática seja na aldeia (em campo), nos polos base, nas CASAI, ou nos centros de alta complexidade.

De forma geral, os desafios representam uma dificuldade relevante, porém a assistência desempenhada pelo distrito Rio Tapajós é considerada pelos profissionais como satisfatória e coerente com o que é preconizado, pois a tentativa de superar os desafios quase sempre se apresenta com sucesso. Os desafios são enfrentados e superados com ações básicas de adaptação, através do apoio governamental, da administração do distrito e da força de vontade dos profissionais em superar as adversidades.

É preciso investir ainda mais em meios de transporte que facilitem o tráfego nas longas distâncias, assim como propiciar e reforçar maiores ambientes de capacitação em saúde indígena para os enfermeiros desde a graduação, passando pelos cursos de especialização, e oportunizando capacitações no momento da entrada do profissional enfermeiro na saúde indígena e reforçando as constantes capacitações que já existem no decorrer do trabalho nas aldeias.

Os desafios de linguagem já vêm sendo superados com a presença dos AIS que auxiliam na comunicação com os indígenas, porém cursos de enfoque na linguagem nativa podem ser incentivados e intensificados.

A utilização do Sistema de Informação (SIASI) não oferece praticidade para os profissionais por se tratar de um sistema burocrático, e em alguns pontos isolados. É preciso garantir mais acesso ao programa existente por parte do Ministério da Saúde aos distritos, ou até mesmo se repensar uma adaptação no modelo apresentado com incorporação de pontos mais práticos e que propiciem um sistema com maior qualidade.

De forma geral, a solução de boa parte dos desafios e problemas em saúde enfrentados, não somente no DSEI Rio Tapajós, mas em todos os distritos do país, abrange o fato de que é preciso entender o índio como um cidadão brasileiro nato e abandonar os preconceitos existentes acerca desse povo tão importante para todo o cenário brasileiro.

O subsistema de atenção à saúde indígena possui embasamentos suficientes para garantir uma atenção em saúde de qualidade para a população indígena. Com a união de todos: o governo, os profissionais de saúde, e os próprios indígenas todos os desafios apontados podem ser solucionados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AITH, Fernando. Saúde indígena no Brasil: atual quadro jurídico-administrativo do estado brasileiro e desafios para a garantia do direito à saúde da população indígena. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 115-132, 2008.

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. 425-31, 2001.

BEOZZO, José Oscar. **Leis e Regimentos das Missões**: Política Indigenista no Brasil. São Paulo: Ed. Loyola, 1983

BOEHS, Astrid Eggert; MONTICELLI, Marisa; WOSNY, Antônio de Miranda; HEIDEMANN, Ivonete B. S.; GRISOTTI, Márcia. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 307-14, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Indígena. **Distritos Sanitários Especiais Indígenas**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Funasa 15 anos**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. **Características Gerais dos Indígenas. Resultados do Universo**. Rio de Janeiro, RJ, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Indígena. **Sistema de Informações da Atenção a Saúde Indígena**. Brasília, DF, 2016.

BUCHILLET, D. Cultura e saúde pública: reflexões sobre o Distrito Especial Indígena do Rio Negro. In: LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza. (Org.). **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa Editora, 2004. p. 53-67.

CISOTTO, Carla. **Atenção à saúde indígena no município de São Paulo**. São Paulo, 2012.

COIMBRA JUNIOR, Carlos Everaldo Alvares; SANTOS, Ricardo Ventura. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 125-32, 2000.

COSTA, D. C. Política Indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3 p. 338-401. Out/dez, 1987.

DYNIEWICZ, Ana Maria. **Metodologia da pesquisa para iniciantes**. 2ª ed. São Caetano do Sul, SP. Difusão Editora, 2009.

FARAGE, N. **As Muralhas dos Sertões: os povos indígenas no Rio Branco e a colonização**. Rio de Janeiro, Paz e Terra/ANPOCS, 1991.

FRANCO, Túlio Batista. **Modelo assistencial para a saúde indígena**. DSEI-MG/ES. 2004. Disponível em: <<http://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub42.pdf>>. Acesso em: 26 abr, 2016.

GALLOIS, Dominique Tilkin. Materializando saberes imateriais: experiências indígenas na Amazônia Oriental. **Revista de Estudos e Pesquisas**, FUNAI, Brasília, v.4, n.2, p. 95-116, dez. 2007

GARNELO, Luiza; MACEDO, Guilherme; BRANDÃO, Luiz Carlos. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Ed. OPAS/Ministério da Saúde. Brasília, 2003.

GARNELO, M. L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, M. L. & PONTES (Org.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Coleção Educação para Todos. MEC-SECADI, 2012.

GIL, Antônio Carlos. Como classificar as pesquisas. **Como elaborar projetos de pesquisa**, v. 4, p. 44-45, 2002.

LANGDON, Esther Jean. Diversidade cultural e os desafios da política brasileira de Saúde do índio. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 7-9, 2007.

LOPES, Danielle Bastos. O direito dos índios no Brasil: a trajetória dos grupos indígenas nas constituições do país. **Espaço Ameríndio**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 83. 2014.

LORENZO, Cláudio Fortes Garcia. Desafios para uma bioética clínica Inter étnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. **Rev. Bioética**, Brasília, (Impr.) v. 19, n. 2, p. 329–342, 2011.

MALTA DC, SANTOS FP. O Programa de Saúde da Família (PSF) e os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 13, n. 4, p. 251-259, 2003

MARINELLI, N. P.; NASCIMENTO, D. F.; COSTA, A. I. P.; POSSO, M. B. S.; ARAÚJO, L. P. Assistência à população indígena: dificuldades encontradas por enfermeiros. **Revista Univap**, São José dos Campos, v. 18, n. 32, p. 52-65, dez, 2012

MARTINS, André Luiz. **Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena**. Brasília, 2013.

MELATTI, Julio Cezar. **Índios do Brasil**. Ed. USP, 2007.

MONKEN M., BARCELLOS C. O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: Corbo A. D., Fonseca A. F. (Org.). **Território e o processo saúde-doença**. 2007. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

MOREIRA, Ubiratan Pedrosa. A FUNASA e a implementação de distritos sanitários especiais indígenas. **Estados e Povos Indígenas: bases para uma nova política indigenista II**. Rio de Janeiro, 2002.

PAIM J. S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção à saúde. In PAIM, J.S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: COOPTECISC, 2002. p. 361-365.

PRODANOV, Cleber Cristiano; DE FREITAS, Ernani Cesar. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2ª Edição. Editora Feevale, Novo Hamburgo - RS, 2013.

DA SILVA, Nair Chase; GONÇALVES, Maria Jacirema Ferreira; NETO, David Lopes. Enfermagem em saúde indígena: aplicando as diretrizes curriculares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 388-391, 2003.

VENDRUSCOLO, C.; TRINDADE, L. D. L.; GRISA, C. C.; OLTRAMARI, R. M. T. R.; ZANOTELLI, S. Roda de Arte, Trabalho e Cultura: relato de uma experiência com índios Guarani. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 83-90, 2014.

VERANI, Cibele BL. A política de saúde do índio e a organização dos serviços no Brasil. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi**, v. 15, n. 2, p. 171-192, 1999.

APÊNDICE

APÊNDICE



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA – LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

Os desafios de enfermagem em saúde indígena enfrentados pelos enfermeiros do DSEI Rio Tapajós polo Itaituba – PA.

Pesquisador: Ac. Alef Mateus da Silva Valentin

Orientadora: Enf. Esp. Karla Santos da Silva

Questionário 1.

1- Quais os desafios de enfermagem enfrentados em sua vivência profissional
no DSEI Rio Tapajós?

- () distancia territorial em relação as aldeias
- () escassez e/ou ausência de materiais e medicamentos
- () dificuldade em lidar com a cultura indígena
- () problemas entre a EMPI (Equipe Multiprofissional Indígena)
- () dificuldade com a língua indígena
- () medo do desconhecido (viagens, isolamento, entre outras)
- () outros

Se possível, por favor, discorra brevemente sobre os desafios encontrados, de
modo que haja melhor compreensão das respostas:

2- Em sua opinião, qual o papel do enfermeiro em saúde indígena desempenhado nas aldeias do DSEI Rio Tapajós?

3- Em sua opinião, quanto a forma de atendimento o enfermeiro deve agir:

() de maneira mais sanitária, atendendo as necessidades da aldeia como um todo.

() de maneira mais específica, biomédica, atendendo cada índio em suas necessidades individuais específicas.

() de maneira equilibrada aliando os preceitos sanitários da comunidade (aldeia) e individuais de cada índio.

4- Na sua visão a assistência prestada pelos DSEI, em especial pelo DSEI RIO Tapajós para os índios:

() é melhor que a prestada pela população em geral, servindo como modelo.

() é pior que a prestada pela população em geral, necessitando ainda de melhorias.

() é igualitária a prestada a população em geral, não havendo nenhuma distinção.

5- Quanto ao relacionamento com a EMPI, em especial os AIS e AISAN no DSEI Rio Tapajós:

() é bom, uma vez que os mesmos desempenham importante papel na ligação com os povos indígenas.

() não tão bom, uma vez que não conseguem suprir a necessidade proposta, chegando as vezes a atrapalhar na qualidade do atendimento.

6- Quanto à participação indígena, nas reuniões, consultas, até mesmo nos conselhos decisórios do DSEI Rio Tapajós:

() é satisfatória, pois as lideranças estão sempre presentes.

() é satisfatória, mas poderia ser melhor, uma vez que não há muito interesse do índio, entre outros fatores do DSEI que não permitam que ocorra.

() é insatisfatória, não existe participação indígena nas tomadas de decisões.

7- Quanto ao SIASI (Sistema de Informação)

() é eficiente e atende todas as necessidades do distrito

() é bom, porém, tem-se algumas dificuldades em trabalhar com o sistema adotado.

() é ineficiente, pois não atende as necessidades do distrito, em muitas vezes é preciso recorrer a outros métodos.

8- De acordo com as respostas anteriores, e sua observação na vivencia pratica no DSEI Rio Tapajós:

() os desafios estão melhorando

() os desafios estão piorando

Espaço destinado para possíveis colocados relativas ao tema não citadas acima:

ANEXO

ANEXO



**Centro de Estudo Superior de Itaituba S/C Ltda
Faculdade de Itaituba – FAI**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente estudo denominado de **Os desafios de enfermagem em saúde indígena enfrentados pelos enfermeiros do DSEI Rio Tapajós polo Itaituba – PA** tem por objetivo identificar quais são os principais desafios enfrentados pelos enfermeiros relacionados à saúde indígena no DSEI Rio Tapajós polo Itaituba – PA e justifica-se pelo fato de que a população indígena da nossa população amazônica, mais especificamente no Pará é muito grande. Os índios apresentam um contingente populacional realmente marcante e dessa forma precisam de uma atuação em saúde presente em suas rotinas até porque com o passar dos anos o número de patologias vivenciadas pelos indígenas só veio aumentando concomitantemente ao desenvolvimento de sua população. E a partir daí uma série de desafios foram encontrados por parte dos profissionais de saúde indígena, em especial os enfermeiros. Sendo assim é essencial investigar e identificar se esta ação em saúde, que atualmente é prestada através do sistema dos DSEI, está realmente enfrentando os vários desafios encontrados e proporcionando uma qualidade de vida para a população indígena.

A sua participação nesse estudo consiste em responder a um questionário dialogado com perguntas abertas e de múltipla escolha, cujo assunto principal está voltado a temática em questão dos desafios, como ocorrem, e de que forma estão sendo enfrentados, entre outros.

Não foram identificados riscos ou desconfortos decorrentes de sua participação neste estudo. No caso de quaisquer dúvidas ou questionamentos você poderá contatar ao pesquisador principal desta pesquisa, Alef Mateus da Silva Valentin pelo telefone (93) 991113950 ou pelo e-mail: amsvalentin@gmail.com, assim como sua orientadora, Karla Santos da Silva, pelo telefone (93) 991963243 ou ainda com a Secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da UEPA (Universidade do Estado do Pará) pelo telefone (93) 3512-8013.

Sua participação neste estudo é voluntária, tendo você o direito de a qualquer momento recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação neste

estudo, sua recusa não implicará em qualquer prejuízo. Será garantido a manutenção de sua privacidade e confidencialidade. Os resultados desta pesquisa serão utilizados para fins de pesquisa sobre a temática e serão publicados ou apresentados em eventos científicos, sendo que você poderá ser informado sobre os resultados da pesquisa se assim o desejar.

Este termo de consentimento possui duas vias, sendo que uma ficará em seu poder e a outra será arquivada com a pesquisadora.

PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu, _____, declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e que pude esclarecer minhas dúvidas. Tenho conhecimento de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e de interromper minha participação se assim o desejar.

Em caso de dúvidas poderei contatar a qualquer momento o pesquisador Alef Mateus da Silva Valentin pelo telefone (93) 991113950 ou pelo e-mail: amsvalentin@gmail.com, assim como sua orientadora, Karla Santos da Silva, pelo telefone (93) 991963243 ou ainda com a Secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da UEPA (Universidade do Estado do Pará) pelo telefone (93) 3512-8013.

Declaro que concordo em participar desse estudo e que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

ITAITUBA, _____ de _____ de 20_____.

Participante

Pesquisador (a)