

## O CONTEXTO DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

MARIA NEYRIAN DE FÁTIMA FERNANDES

[neyrian@yahoo.com.br](mailto:neyrian@yahoo.com.br)

ARIELE RODRIGUES NÓBREGA

[arieli.nobrega@hotmail.com](mailto:arieli.nobrega@hotmail.com)

RITA DE CÁSSIA DANTAS

CLÉLIA ALBINO SIMPSON

Orientadora. [cleliasimpson@pop.com.br](mailto:cleliasimpson@pop.com.br)

Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal – RN – Brasil.

### INTRODUÇÃO

A população indígena no Brasil é estimada em aproximadamente 460 mil pessoas, distribuídas em 225 comunidades indígenas, o que equivale a 0,25% do total de habitantes brasileiros de acordo com a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), salienta-se que o quantitativo mostrado engloba apenas aqueles que vivem em reservas indígenas. Uma imensa diversidade étnica e lingüística que coloca o Brasil entre as maiores do mundo, com aproximadamente 60 grupos indígenas isolados dos quais ainda não existe informações; 180 línguas faladas por esses grupos, as quais compõem mais de 30 lingüísticas diferentes (BRASIL, 2008).

A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) declara que os povos indígenas estão presentes em todos os estados brasileiros, com exceção do Piauí e do Rio Grande do Norte, vivendo em 579 terras indígenas que se encontram em diferentes situações de regularização fundiária e que ocupam cerca de 10% do território nacional. Outra parcela vive em áreas urbanas, geralmente em periferias (BRASIL, 2002). O gráfico da figura 1 mostra que 45% da população indígena estão concentradas na região Norte do país.

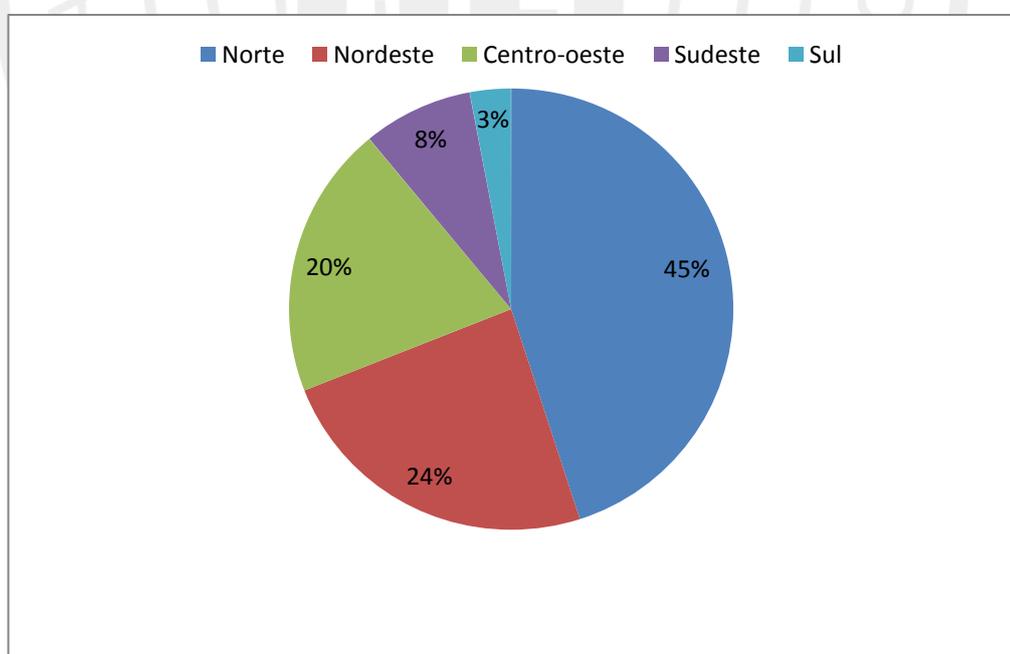


Figura 1 - Distribuição da população indígena de acordo com as regiões do Brasil, 2007.

Fonte: BRASIL, SIASI/Desai - maio, 2008.

Estes grupos diferem nos aspectos de concepção e organização social, política, econômica, de relação com o meio ambiente e ocupação do território. Diferem ainda quanto à

temporalidade e experiência na relação com as frentes de colonização e expansão da sociedade nacional (BRASIL, 2002).

Para realizar uma assistência de saúde adequada a essas populações é importante analisar a sua cultura de um modo desprovido de preconceitos, considerando a preservação da prática milenar da medicina indígena como um dos objetivos a ser alcançados.

O respeito à cultura indígena é assegurado pela Constituição Federal Art. 231. E, como reconhecimento a esse respeito, o Ministério da Saúde através da Lei nº 9.836/99, acrescentou dispositivo à Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena enquanto componente do Sistema Único de Saúde (SUS) cuja base é o Distrito Sanitário Indígena (DSEI) que é voltado para proteção, promoção e recuperação da saúde, caracterizando-se como um sistema local de saúde (BRASIL, 2002).

Os DSEIs são compostos de postos de saúde dentro das Terras Indígenas, que contam com o trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e dos Agentes Indígenas de Saneamento (Aisan); pelos pólos-base, que incluem as Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI); e pelas Casas do Índio (Casai), que apóiam os serviços de média e alta complexidade referenciados na rede do SUS (Brasil, 2004). Em algumas realidades, há postos de saúde nas aldeias que incluem permanentemente a EMSI.

A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) é o órgão encarregado pela coordenação, normatização e execução das ações de atenção à saúde indígena e os estados, municípios, organizações governamentais e não-governamentais (ONGs) podem atuar complementarmente na execução das ações (BRASIL, 2004).

No que diz respeito ao controle social, Langdon & Dihel (2007) atestam que esse foi um aspecto relevante trazido pelo novo modelo de atenção que foi a participação indígena, onde as comunidades tiveram que se organizar na forma de Conselhos de Saúde e realizar reuniões periódicas.

Ainda, segundo a Fundação Nacional de Saúde (BRASIL, 2002) as ações e serviços voltados ao atendimento da saúde da população indígena devem obedecer aos dispositivos desta Lei, e seguir obrigatoriamente os princípios de descentralização, hierarquização e regionalização preconizados pelo SUS, considerando a realidade local e as especificidades culturais dos povos indígenas. Preconiza ainda que o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena possui como base os trinta e quatro DSEIs, cuja delimitação geográfica deve contemplar aspectos demográficos, étnicos e culturais.

A partir do Censo Demográfico de 2000 apreendeu-se a realidade de muitas comunidades indígenas. Como baixa taxa de alfabetização, principalmente entre os habitantes das reservas. Situação típica de alta natalidade e mortalidade. Condições de saneamento precárias nas aldeias, os tipos de esgotamento sanitário mais comum são fossa rudimentar, vala, rio, lago ou mar, o que indica uma situação de precariedade absoluta quanto ao esgotamento (IBGE, 2005).

O presente documento analisa a atenção a saúde da população indígena no Brasil analisando os estudos produzidos nessa temática em 2009, tendo como objetivo geral identificar, sintetizar e analisar os aspectos contextuais da atenção à saúde indígena no Brasil. Partindo da realidade das práticas de saúde dentro das aldeias até a atenção no sistema de saúde indígena nacional.

## **METODOLOGIA**

Segundo Beyea (1998), a revisão integrativa permite a construção de uma visão geral sobre o tema investigado, quando bem conduzida pode exigir os mesmos padrões de uma pesquisa primária no que diz respeito à clareza, rigor e replicação. É um método de análise que reúne estudos teóricos ou empíricos anteriores com a finalidade de promover uma compreensão melhor de um fenômeno ou de um determinado problema (WHITTEMORE e KNAFL, 2005).

O percurso da pesquisa seguiu o modelo analítico de Ganong (1987) que embasa o desenvolvimento de uma revisão integrativa da literatura. O processo sugerido por Ganong, quadro 1, segue seis etapas, a saber: elaboração de um fenômeno para a revisão; seleção das pesquisas que constituem a amostra; definição das pesquisas primárias revisadas; análise dos achados de acordo com critérios de inclusão pré-estabelecidos; interpretação dos resultados; discussão e divulgação dos resultados encontrados.

Para a operacionalização desse estudo, seguiram-se as seguintes etapas: identificação de um fenômeno e objetivos da revisão, definição dos critérios de inclusão dos artigos; representação das características da pesquisa original; análise dos dados dos artigos incluídos na revisão; interpretação dos resultados e apresentação da revisão. Em seguida foram analisados os diversos contextos da temática utilizando o referencial teórico de Hinds, Chaves e Cypress (1992) que caracteriza o contexto em quatro dimensões interativas (contexto imediato, contexto específico, contexto geral e metacontexto) distintas entre si e que abordam desde o significado particular até o universal.

Inicialmente foi realizada identificação de descritores junto à base de dados BIREME (DeCS), o termo foi usado como estratégia de busca nas bases de dados, os artigos foram incluídos no estudo de acordo com os seguintes critérios: artigos escritos em português, inglês e espanhol, tendo pelo menos os resumos disponíveis para a identificação e artigos de texto completo para a fase de análise nos anos de 2008 e 2009.

A busca de estudos se deu nas bases de dados eletrônicas SCIELO e LILACS usando o descritor 'saúde indígena', para identificar a literatura relativa à atenção à saúde indígena no Brasil, gerando a amostra do estudo.

Foi elaborado um instrumento baseado no protocolo de Polit (2004) que considera o título da pesquisa, ano, autores, tipo de análise utilizada no estudo, palavras-chaves, local onde foi desenvolvida a pesquisa (nesse caso, o Brasil), objetivos do artigo, sujeitos estudados, resultados encontrados e conclusão. Dos 32 artigos inicialmente selecionados, apenas 09 atenderam aos critérios de inclusão da revisão. A análise dos dados seguiu-se de acordo com o referencial teórico já proposto.

Quadro 1 – Guia para o desenvolvimento de uma revisão integrativa proposto por Ganong

<b>Roteiro para conduzir uma análise integrativa</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Decidir o objetivo da revisão e formular uma questão (ou fenômeno) a ser respondida;</li><li>• Estabelecer critérios de inclusão;</li><li>• Conduzir o levantamento da literatura;</li><li>• Desenvolver um questionário ou ferramenta para a seleção dos estudos;</li><li>• Ler os artigos usando a ferramenta ou o questionário;</li><li>• Análise de dados e divulgação dos resultados.</li></ul>

Fonte: Ganong (2007).

De acordo com Hinds, Chaves e Cypress (1992) o contexto imediato tem o seu foco no presente, em um ato que está acontecendo, são aspectos que podem facilitar a predição dos padrões de comportamento naquela situação. Quanto ao contexto específico envolve tanto o passado imediato quanto os aspectos relevantes para uma situação presente. Já o contexto geral aborda as referências de vida desenvolvidas pelo indivíduo com base nas suas interpretações obtidas através das interações passadas e atuais. E, por fim, o metacontexto é uma dimensão de fonte de conhecimento construído socialmente, contínuo e que resulta em uma perspectiva social compartilhada.

## RESULTADOS

Os nove artigos da amostra foram escritos em quatro regiões diferentes do Brasil (Quadro 2), todos estavam disponíveis em texto completo e foram classificados e analisados de acordo com o contexto abordado.

Quadro 2 – Apresentação do quantitativo de artigos de acordo com as regiões do Brasil, 2008-2009.

Região do país	Número de artigos (n)
<b>Sul</b>	3
<b>Norte</b>	2
<b>Sudeste</b>	3
<b>Centro-oeste</b>	1
<b>Total</b>	<b>9</b>

Fonte: a própria pesquisa.

Da amostra, cinco abordavam as questões de morbidade dos povos indígenas, mostrando que algumas doenças não são comuns entre esses grupos, como por exemplo, a baixa incidência de câncer de mama entre mulheres indígena apesar do pouco conhecimento sobre a doença, mostrado no trabalho de Silva (2009).

Outros já abordam os agravos de forte ocorrência, o estudo de Imbiriba (2009) faz um perfil epidemiológico de casos notificados de Hanseníase em comunidades indígenas em três municípios do Amazonas mostra que os casos paucibacilares predominam entre indígenas e não indígenas, já o artigo escrito por Kuhl (2009) traça o perfil nutricional e fatores associados à desnutrição entre crianças indígenas de determinada reserva no Paraná, mostrando que existe déficit nas medidas antropométricas em uma parcela considerável dessas crianças.

A precariedade da saúde infantil é corroborada pelo estudo de Pena & Heller (2008) que mostra as más condições de saneamento de uma população indígena em Minas Gerais causando uma elevada prevalência de doenças endêmicas como a verminose, altas taxas de incidência de diarreia e doenças infecciosas de pele, refletindo diretamente na saúde das crianças dessa comunidade. Em estudo em outra comunidade indígena de Minas Gerais, Dumont et al (2008) afirma que um grande número de pessoas ali não necessitavam de tratamento odontológico e, dentre os problemas encontrados, a prevalência foi de cárie dentária.

Dois estudos abordam os aspectos culturais que interferem diretamente no modo de tratar a saúde e a doença, como por exemplo, o povo Suruí do estado de Rondônia que adota a poligamia e o casamento interétnico, usa o método de reclusão para as meninas que entram na menarca, proíbem relações sexuais durante a gestação e até um ano após o nascimento do filho, ter muitos filhos e produzir muito leite é extremamente importante para esse grupo como mostra Valencia (2008). E, que os povos Guarani e Kawioá do Mato Grosso do Sul atribuem várias etiologias para a diarreia nas crianças implicando em uma variação na escolha do tratamento (ADORNO, 2008).

Um estudo (FONSECA, 2009) traz uma reflexão sobre a saúde coletiva indígena, agregando às deficiências do setor a política desenvolvida pelo poder público, que prioriza a atuação mediante ações curativas em detrimento das preventivas. Por último, Puttini (2008) traz uma discussão e reflexão sobre o curandeirismo como objeto do conceito científico formado entre a prática médica e a prática religiosa.

## DISCUSSÃO

A maior parte dos estudos mostrou uma preocupação com os problemas biológicos que acometem essas comunidades, subentendendo-se que o cotidiano das práticas de saúde nas

áreas indígenas ainda está voltado para o contexto imediato e específico, os quais estão atrelados ao contexto geral e ao metacontexto.

A realidade das comunidades é mostrada nos estudos como sendo ainda precária, com más condições sanitárias e de moradia contribuindo para a prevalência de verminoses, doenças de pele, diarreias e doenças infecto contagiosas como a Hanseníase em algumas regiões, crianças com déficits antropométricos.

Por outro lado, doenças como o câncer de mama pode ser considerado raro nessas populações, provavelmente porque alguns costumes culturais atuam como fatores protetores da doença como a elevada paridade e o longo tempo de aleitamento (SILVA, 2009).

No contexto específico percebe-se que as ações de saúde devem ser realizadas de acordo com especificidades culturais e leis que asseguram o direito ao respeito e a preservação dos costumes indígenas. Trabalhar com uma equipe multidisciplinar incluindo parteiras locais e pajés com suas práticas e conhecimentos deve ser agregado e andar em comum acordo com o modelo biomédico. Para o profissional de saúde é fundamental o entendimento local da origem das doenças e seus tratamentos para assim, ser possível fazer negociações e adaptações de tratamento.

No caso das crianças Guarani e Kawioá do Mato Grosso do Sul estudadas por Adorno (2008), os profissionais devem considerar não apenas as perspectivas biomédicas, mas também dialogar com a percepção e as práticas indígenas na identificação da causalidade, na definição do diagnóstico e do tratamento, sobretudo, pela coexistência destas práticas no contexto local. O diálogo com as práticas tradicionais de saúde mostra-se como um aspecto positivo para a Saúde Coletiva (PUTTINI, 2008).

O artigo de Valencia (2008) enquadra-se no contexto geral porque traz aspectos da cultura indígena que é muito diverso e que pode gerar conflitos quando se confronta com a cultura do profissional de saúde. A FUNASA (2004) aborda um dos benefícios que o contato com os indígenas pode proporcionar que é o olhar para a própria sociedade e cultura de uma maneira diferente. Os aspectos culturais são elementos essenciais para a formulação do metacontexto, ou seja, das políticas de saúde que valorizam os indígenas e atestam especificidade étnica aos programas e projetos.

Em uma reflexão sobre a saúde coletiva indígena, Fonseca (2009) relata que todo o arcabouço institucional existente é bem estruturado e sem carência de recursos financeiros. O que de fato existe, são os problemas de gestão, de ausência de uma política transversal como estratégia para elevar o potencial de saúde indígena, tirando de sua posição de total dependência do poder público.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A revisão integrativa nesse caso evidenciou alguns estudos demonstrando que os princípios da atenção diferenciada contemplam as necessidades desses povos e estão bem elaborados enquanto documento, todavia, os princípios de atenção diferenciada ainda estão longe de se tornarem realidade.

A Saúde Indígena constitui-se uma temática complexa, e em algumas vezes, polêmica. Ao pensar em saúde indígena de imediato nos remetemos a tradições, línguas, costumes, rituais de cura, pajés, lendas, mitos, plantas medicinais, entre outros elementos sociais que pertencem exclusivamente aos povos indígenas. Os estudos selecionados retrataram um pouco dessa realidade, fazendo-nos perceber o quanto é complexa a assistência a saúde a esses povos e o quanto ainda é necessário fazer para cumprir o que está escrito.

## **REFERÊNCIAS**

ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira et al. Cuidado à saúde de crianças kaiowá e guarani: notas de observação de campo. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento**

- Humano**, São Paulo, v. 18, n. 1, p.35-45, abr. 2008. Mensal. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rbcdh/v18n1/06.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2009.
- BEYEA, Suzanne; NICHLL, Leslie H.. Writing an integrative review. **Aorn Journal**, United States, v. 67, n. 4, p.877-880, abr. 1998. Trimestral. Disponível em: <[http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m0FSL/is\\_n4\\_v67/ai\\_20972821/](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_n4_v67/ai_20972821/)> Acesso em: 15 maio 2009.
- BRASIL. **Fundação Nacional do Índio (FUNAI)**: Os índios do Brasil. Disponível em: <<http://funasa.gov.br>>. Acesso em: 12 out. 2008
- BRASIL. **Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)**: Departamento de Saúde Indígena - Desai e Projeto VigiSUS II - Dados e indicadores selecionados. Folder Disponível em: <[http://www.funasa.gov.br/Web%20Funasa/vigisus/Pdfs/Folder\\_Dados.pdf](http://www.funasa.gov.br/Web%20Funasa/vigisus/Pdfs/Folder_Dados.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2009.
- DUMONT, Adriana Fróis Santos et al. Índice de necessidade de tratamento odontológico: o caso dos índios Xakriabá. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 13, p.1017-1022, maio 2008. Bimestral.
- FONSECA, Fernanda Santos da. **Atenção no sistema de saúde indígena: a importância estratégica da transversalidade**. 2009. 55 f. Tese (Especialista) - Curso de Especialização em Saúde Pública, Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- GANONG, LH. Writing an integrative review. **Res Nurs Health**, United States, v. 10, n. 1, p.1-11, fev. 1987. Mensal.
- HINDS, Pamela S.; CHAVES, Doris E.; CYPRESS, Sandra M. Context as a source of meaning and understanding. **Qualitative health research**, v.2, n.1, p.61-74, February, 1992. (Tradução Bertha Cruz Enders exclusivamente para uso didático).
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) **Tendências Demográficas**: Uma Análise dos Indígenas com Base nos Resultados da Amostra dos Censos Demográficos 1991 e 2000. Rio de Janeiro, 2005. 141 p. CD-ROM.
- IMBIRIBA, Elsia Belo et al. Hanseníase em populações indígenas do Amazonas, Brasil: um estudo epidemiológico nos municípios de Autazes, Eirunepé e São Gabriel da Cachoeira (2000 a 2005). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 25, p.972-974, maio 2009. Mensal.
- KÜHL, Adriana Masiero et al. Perfil nutricional e fatores associados à ocorrência de desnutrição entre crianças indígenas Kaingáng da Terra Indígena de Mangueirinha, Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 25, p.409-420, fev. 2009. Mensal.
- POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P.. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed., 2004. 487 p.
- PENA, João Luis; HELLER, Léo. Saneamento e saúde indígena: uma avaliação na população Xakriabá, Minas Gerais. **Engenharia Sanitária Ambiental**, Brasil, v. 13, n. 1, p.63-72, jan. 2008. Bimestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/esa/v13n1/a09v13n1.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2009.
- PUTTINI, Rodolfo Franco et al. Curandeirismo e o campo da saúde no Brasil. **Interface Comun. Saúde Educação**, Brasil, v. 12, n. 24, p.87-106, jan. 2008. Bimestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n24/07.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2009.
- SILVA, Edimara Patrícia da et al. Exploração de fatores de risco para câncer de mama em mulheres de etnia Kaingáng, Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil, 2008. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 25, p.1493-1500, jul. 2009. Mensal.
- VALENCIA, Maria Mercedes Aria et al. Aspectos culturales de la reproducción: el caso de los Suruí de Rondonia. **Investigación Y Educación En Enfermería**, Colombia (medellin), n. 26, p.86-97, mar. 2008. Semestral.
- WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal Of Advanced Nursing**, United States, v. 52, n. 5, p.543-553, fev. 2006. Mensal.