



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE ESTUDOS COMPARADOS DA AMAZÔNIA E CARIBE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL DA
AMAZONIA

ELIANETE DE SOUZA GOMES

**POLÍTICAS PÚBLICAS E A SAÚDE INDÍGENA: O ATENDIMENTO DAS
CRIANÇAS INDÍGENAS NO HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO**

Boa Vista, RR
2018

ELIANETE DE SOUZA GOMES

POLÍTICAS PÚBLICAS E A SAÚDE INDÍGENA: O ATENDIMENTO DAS CRIANÇAS INDÍGENAS NO HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da Amazônia – PPGDRA – da Universidade Federal de Roraima – UFRR – como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional da Amazônia, na linha de pesquisa: Desenvolvimento Regional e Urbano e Políticas Públicas.

Orientador: Prof^ª Dr^ª. Geyza Alves Pimentel

Boa Vista, RR
2018

Dados Internacionais de Catalogação na publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Roraima

G633p Gomes, Elianete de Souza.
Políticas públicas e a saúde indígena : o atendimento das crianças indígenas no Hospital da Criança Santo Antônio / Elianete de Souza Gomes. – Boa Vista, 2018.
101 f.: il.

Orientadora: Profª. Dra. Geyza Alves Pimentel.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Roraima, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da Amazônia.

1 – Saúde indígena. 2 – Políticas públicas. 3 – Roraima. I – Título. II – Pimentel, Geyza Alves (orientadora).

CDU – 364.04(=1-82)

ELIANETE DE SOUZA GOMES

POLÍTICAS PÚBLICAS E A SAÚDE INDÍGENA: O ATENDIMENTO DAS CRIANÇAS INDÍGENAS NO HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da Amazônia – PPGDRA – da Universidade Federal de Roraima – UFRR – como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional da Amazônia, na linha de pesquisa: Desenvolvimento Regional e Urbano e Políticas Públicas.

Aprovado em: ____ de _____ de 2018.

Prof^a Dr^a Geyza Alves Pimentel
(Orientadora)

Prof^o Dr^o Marcos Antônio Braga de Freitas
(Membro Interno)

Prof^o Dr^o Elton Carlos de Oliveira Borges
(Membro Externo)

Boa Vista, RR
2018

RESUMO

O tema desta dissertação é a saúde indígena e as políticas públicas relacionadas à esse contexto. A compreensão de tais políticas foi fundamental para entendermos o contexto estudado, que é a falta de preparo dos profissionais da saúde em lidar com as diferenças entre os povos indígenas e não indígenas. Mesmo sabendo que existem políticas nacionais que buscam preservar a cultura, os costumes e as práticas tradicionais dos indígenas, como a língua e práticas ancestrais e suas particularidades, nos deparamos com muitos preconceitos e falta de conhecimento dessas políticas para um atendimento mais específico que pelo menos amenize os impactos culturais dos indígenas a se depararem com outra cultura totalmente distinta das vividas em comunidades indígenas. Nesta maneira, esta pesquisa analisou as políticas públicas em torno das ações da saúde voltadas a saúde indígena no Estado de Roraima, fazendo um contraponto com as algumas práticas dessas políticas públicas voltadas para a saúde indígena no hospital da Criança Santo Antônio, se elas são observadas ou não. Explorou-se o universo das relações sociais entre os profissionais da saúde e os indígenas que são atendidos na unidade de saúde referida, com o intuito de expandir o olhar a outros contextos diferenciados e significativos, como a da implantação da Política de Saúde dos Povos Indígenas e outras políticas de saúde voltadas a essa população. O objetivo central da pesquisa foi o de analisar a falta de preparo dos profissionais da saúde em realizar um atendimento diferenciado aos indígenas, baseado em políticas públicas voltadas aos indígenas e totalmente desconhecido por grande parte destes profissionais de saúde, a falta de preparo desses em entender princípios e diretrizes previstas pelo Sistema Único de Saúde e pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é um dos pontos principais que analisamos nas entrevistas e questionários realizados nesta pesquisa. Buscamos respostas para a compreensão deste tema. Estudos dessa dimensão se tornam essenciais para a compressão mais profunda das relações entre culturas distintas, em especial, no contexto do atendimento em unidades de saúde, no que diz respeito a realizar um atendimento diferenciado aos indígenas. O resultado da pesquisa aponta para uma necessidade de políticas de saúde voltadas ao profissional que atendem aos indígenas em unidades de saúde, para assim chegarmos mais próximos de um atendimento mais humanizado e adequado que atenda às necessidades dos índios que vem das comunidades e menos preconceituoso no sentido de saber o mínimo sobre o paciente que estão aos seus cuidados.

Palavras-chave: Saúde indígena, políticas públicas de saúde, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The theme of this dissertation is indigenous health and public policies related to this context. The understanding of these policies was fundamental to understand the context studied, which is the lack of preparedness of health professionals to deal with the differences between indigenous and non-indigenous peoples. Even though we know that there are national policies that seek to preserve indigenous culture, customs and practices, such as the language and ancestral practices and their particularities, we are faced with many prejudices and lack of knowledge of these policies for a more specific service than at least cultural impacts of indigenous peoples to encounter another culture totally different from those experienced in indigenous communities. In this way, this research analyzed the public policies around health actions directed at indigenous health in the State of Roraima, countering the practices of these public policies aimed at indigenous health in the hospital of the Child Santo Antonio, if they are observed or not. The universe of social relations between the health professionals and the indigenous people that are treated at the referred health unit was explored in order to expand the look to other differentiated and significant contexts, such as the implementation of the Health Policy of Indigenous Peoples and other health policies aimed at this population. The main objective of the research was to analyze the lack of preparation of health professionals to perform a differentiated care for the indigenous people, based on public policies directed to the indigenous people and totally unknown by a large part of these health professionals, the lack of preparation of these in understanding principles and guidelines provided by the Unified Health System and the Subsystem of Attention to Indigenous Health is one of the main points that we analyze in the interviews and questionnaires carried out in this research. We seek answers to the understanding of this theme. Studies of this dimension have become essential for the deeper compression of the relationships between distinct cultures, especially in the context of care in health units, in regard to performing a differentiated care for the indigenous. The result of the research points to a need for health policies aimed at the professionals that serve the indigenous people in health units, so that we get closer to a more humanized and adequate care that meets the needs of the Indians that come from the communities and less prejudiced in the sense of knowing the least about the patient they are in their care.

Keywords: Indigenous health, public health policies, Unified Health System.

LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

CASAI	Casa do Índio
CONDISI	Conselho Distrital de Saúde Indígena
CIR	Conselho Indígena de Roraima
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CT&I	Ciência Tecnologia e Inovação
CF/88	Constituição Federal de 1988
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
FUNASA	Fundação Nacional da Saúde
FUNAI	Função Nacional do Índio
HCSA	Hospital da Criança Santo Antônio
ISA	Instituto Socioambiental
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
ICOMI	Indústria e Comércio de Minérios
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
MME	Ministério de Minas e Energia
ONU	Organização das Nações Unidas
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNASI	Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SASI	Sistema de Atenção à Saúde Indígena
SESP	Serviço Especial de Saúde
SPI	Serviço de Proteção ao Indígena
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena

SUS Sistema Único de Saúde

UTI Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Conferência Nacional de Saúde até o ano de 2011.....	29
Figura 2. Vista parcial da Casa do Índio em Boa Vista – RR.....	47
Figura 3. Mapa dos Distritos Especiais Sanitários Indígenas no Brasil.....	48
Figura 4. Organização da gestão do Subsistema de Saúde Indígena.....	51
Figura 5. Fluxo de Atendimento à saúde Indígena.....	52
Figura 6. Municípios que compõem o DSEI- Leste.....	63

LISTA DE TABELAS.

Tabela 1 - Dados Gerais do DSEI Leste RR, 2013.....59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – População Indígena do DSEI LESTE.....62

Quadro 2 - População Indígena do DSEI Yanomami.....64

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Média de idade dos usuários indígenas	71
Gráfico 2 – Média do sexo dos acompanhantes de pacientes indígenas.....	71
Gráfico 3- Composição étnica dos atendimentos aos indígenas no HCSA	72
Gráfico 4 Setor onde foram colhidos os questionários.	73
Gráfico 5 - Dificuldade do atendimento aos indígenas com relação a língua falada.....	73
Gráfico 6 – A comunicação como grande dificuldade de relação entre a equipe médica e os pacientes indígenas	74
Gráfico 7- Dificuldade em lidar com as diferenças entre e as culturas indígena e não indígena	74
Gráfico 8 – Média dos usuários que acreditam que acontece um choque cultural com o tratamento medicamentoso oferecido no HCSA	75
Gráfico 9 – Média de usuários indígenas que acreditam que as práticas tradicionais indígenas são respeitadas.	75
Gráfico 10 – Média de usuários indígenas que acreditam receber um atendimento humanizado no HCSA	76
Gráfico 11 - Média dos usuários indígenas que acreditam receber assistência psicológica e cultural adequadas no HCSA.....	76
Gráfico 12 - Média de idade dos funcionários questionados no HCSA.	77
Gráfico 13 Média do sexo dos funcionários questionados no HCSA.....	78
Gráfico 14 - Categoria de trabalhos dos funcionários do HCSA entrevistados.	78
Gráfico 15 Setor de lotação dos funcionários do HCSA entrevistados.	79
Gráfico 16 - - Dificuldade do atendimento aos indígenas com relação à língua falada de acordo com os funcionários do HCSA.....	79
Gráfico 17 A comunicação como grande dificuldade de relação entre a equipe médica e os pacientes indígenas de acordo com a opinião dos funcionários	80
Gráfico 18 Dificuldade em lidar com as diferenças entre e as culturas indígena e não indígena de acordo com os funcionários do HCSA.	80
Gráfico 19 - Média dos funcionários que acreditam que acontece um choque cultural com o tratamento medicamentoso oferecido no HCSA.	81

Gráfico 20 - Média de funcionários do HCSA que acreditam que as práticas tradicionais indígenas são respeitadas	81
Gráfico 21 - Média de funcionários que acreditam que o HCSA oferece um atendimento humanizado aos usuários Indígenas	82
Gráfico 22 Média dos funcionários que acreditam que o HCSA oferece assistência psicológica e cultural adequadas aos usuários indígenas	82
Gráfico 23 Média de pacientes indígenas que oferecem resistência ao tratamento dado no HCSA.	83

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1. JUSTIFICATIVA E PROBLEMÁTICA	16
1.2 OBJETIVOS.....	19
1.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	20
1.4 ESCOPO DA DISSERTAÇÃO	22
2. A EVOLUÇÃO DAS POLITICAS PÚBLICAS: UM BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	23
2.1. A organização dos serviços de saúde: da década de 1930 aos anos 1980.....	24
2.2. A saúde pública no brasil pós constituição de 1988 e conceito de políticas públicas.	35
3. AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE INDÍGENA	40
3.1. Contextualização da infraestrutura nos DSEI leste e Yanomami no Estado de Roraima.....	58
3.2. O atendimento aos indígenas no Estado de Roraima e a capital Boa Vista.	63
4. O ATENDIMENTO AO INDÍGENA NO HCSA – HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO.....	66
4.1. Caracterização do objeto de estudo o HCSA.	67
4.2. – Conceito e perspectivas da humanização no Sistema Único de Saúde.	68
4.3 - Análise dos dados obtidos através de questionários aplicados aos usuários (pacientes) indígenas.....	70
4.3 - Análise dos dados obtidos através de questionários aplicados aos funcionários do HCSA.....	77
4.4 - Dificuldades e soluções no atendimento à criança indígena. Análise dos dados, observações e apontamentos.....	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS.....	89
ANEXOS	98

1. INTRODUÇÃO

Diante da realidade enfrentada pelos indígenas, tais como exclusão social, preconceitos, evidencia-se a necessidade de estudar os processos de inclusão social através das políticas públicas recentes, em particular as políticas de saúde voltadas para os povos indígenas, procurando respostas para algumas indagações relacionadas às ações que são ou não praticadas no processo de inclusão dos mesmos ao sistema de saúde adequado a sua realidade.

O interesse pelo assunto surgiu a partir de observações feitas na maneira da qual são atendidos os indígenas na Unidade de saúde hospitalar na qual atuamos, o Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), esse hospital atende as crianças indígenas que vem das comunidades localizadas em Roraima.

O tema da presente pesquisa é a saúde indígena, tendo como foco inicial o atendimento das crianças indígenas em unidades de saúde, especialmente no HCSA, e como estudo secundário as políticas de saúde indígena, para entendemos com mais clareza como funciona esse atendimento. Essa reflexão é resultado das observações diárias, realizadas no HCSA, localizado no município de Boa Vista- RR, e tem como objeto explorar as relações interpessoais entre os indígenas e os profissionais de saúde envolvidos no processo de atendimento à saúde indígena.

Algumas observações significativas nos levam a entender melhor o contexto dessas relações sociais entre esses dois mundos distintos, da cultura indígena e não indígena. Dessa maneira pretendemos compreender como as políticas públicas voltadas a saúde indígena são fundamentais para o processo de inclusão dos indígenas no sistema de saúde brasileiro. A análise de algumas políticas públicas de saúde indígena foram fundamentais para a compreensão da temática aqui estudada.

Com o surgimento da Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, e criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, ambos ligados às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), criados com a lei nº. 9.836 de 1999, foram um marco significativo para a Saúde Indígena, principalmente pelas desigualdades e injustiças sofridas por eles ao longo de séculos e que até hoje ainda não foram sanadas. Entretanto, apesar dessas conquistas é possível perceber que ainda existem muito preconceitos em relação aos mesmos que é fomentado pela falta de infraestrutura e compromisso por parte dos governantes em minimizar os atentados sofridos pelos indígenas até os dias de hoje.

Essas discussões tomaram novos rumos e se intensificaram no final da década de 1970. Já no período dos anos 1980, o Brasil passava por um processo de redemocratização,

intensificado pelos movimentos sociais, incluindo os movimentos indígenas e outros seguimentos da sociedade civil, que buscavam mudanças no sistema político e como consequência da saúde pública no Brasil.

A conferência Nacional de saúde de 1986, foi marcada por grandes debates acerca do tema, e em 1988, surgiu o SUS, fruto da atuação dos movimentos sociais e dos debates realizados nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS). Nos anos 1990 foi criado o Subsistema de Atenção à Saúde com o propósito de garantir o direito a universalidade, a integração e a equidade, princípios esses previstos constitucionalmente e consolidados pelo SUS, destacando também o acesso aos indígenas a um tratamento diferenciado, que atendesse suas necessidades culturais. Buscando realizar, desta maneira, um atendimento e atenção à saúde indígena mais efetivos.

Neste sentido, as políticas de atenção à saúde indígena, teria como objetivo principal, atender as necessidades dos indígenas, valorizando suas práticas e tradições. Diante desse processo, faz-se necessário assegurar aos indígenas a realização de tais práticas através de efetivação das diretrizes estruturadoras do SUS. Uma das discussões presentes nessa dissertação são as ações que deveriam ser tomadas para que as políticas públicas se tornem eficazes, além da discussão sobre a preparação dos profissionais da saúde que atuam no contexto da saúde indígena de maneira geral, para que os mesmos sejam capazes de lidar com situações múltiplas relacionadas à esse contexto.

As diversidades - principalmente étnicas - encontradas no processo do cuidar e atender os indígenas da forma como prega a constituição, requerem um olhar diferenciado sob a ótica dos profissionais envolvidos, pois sabemos que existem algumas barreiras para que se possa atingir um olhar diferenciado, ou seja, um atendimento mais humanizado que busca uma maior amplitude no sucesso das relações interpessoais envolvidas na questão. Para que esse olhar diferenciado possa ser concretizado, é necessária a realização de políticas que envolvam os profissionais da saúde, para que desta maneira se minimize os impactos culturais sofridos por ambas as partes.

Neste processo de compreender de como funcionam as relações sociais entre indígenas e não indígenas em relação a saúde, é fundamental voltar nas primeiras políticas voltadas para a saúde indígena, iniciadas em 1910, quando foi criado o Serviço de Proteção ao Índio, foi a primeira vez que o governo trouxe a questão indígena como uma responsabilidade do Estado brasileiro. Desta maneira é necessário a compressão dos fatos partindo de um recorte histórico, desde as primeiras políticas até as constituições de 1988 e de como elas se dão nos dias atuais.

Este trabalho está direcionado a complexidade da relação entre os indígenas e não

indígenas e as dificuldades de diálogos na implantação das políticas públicas de saúde indígena no Estado de Roraima (em particular nas unidades de saúde referenciadas pelo Sistema Único de Saúde), tendo como parâmetro a representação dos indígenas no Estado de Roraima, que tem uma grande parte do seu território composto por áreas indígenas.

Na contextualização do campo empírico deste estudo, as relações entre o Estado como prestador de serviços públicos e os indígenas, que necessitam destes serviços, envolvem dificuldades profundas de diálogos e interesses de ambas as partes. Os interesses do Estado muitas vezes estão muito mais ligados a questão econômica que ao social, enquanto que o interesse da população é o de receber serviços públicos que atendam suas necessidades em todos os sentidos. No caso dos indígenas, isso é ainda mais peculiar, pelas diferenças culturais, e pelas necessidades de um atendimento mais específico e diferenciado.

Neste sentido é necessário compreender as dinâmicas das políticas públicas de saúde indígenas, faremos análises das políticas públicas desde seu surgimento até os momentos.

1.1. JUSTIFICATIVA E PROBLEMÁTICA

Um dos motivos de interesse pelo tema, foi o fato de realizarmos trabalhos diários no HCSA, desde o ano de 2013. No decorrer dessa experiência, nos deparamos com diversos casos relativos a esta temática que nos chamaram atenção para o assunto. Por diversas vezes, assistimos crianças indígenas chegarem ao HCSA, onde em muitos momentos, no decorrer do atendimento, alguns profissionais de saúde envolvidos no processo de atendimento não conseguiam se comunicar com os indígenas por conta da questão da linguagem. No entanto, este exemplo é só um dos problemas que os indígenas enfrentam no dia-a-dia da unidade hospitalar.

Ao realizar a pesquisa, nos deparamos com algumas barreiras relacionadas ao referencial teórico sobre o atendimento aos indígenas em unidades hospitalares, pouca bibliografia pode ser encontrada no que diz respeito à questão proposta. Desse modo, faz-se imprescindível a construção de trabalhos que possam, de certa maneira, contribuir, até mesmo para o aperfeiçoamento as políticas públicas relacionadas à saúde indígena, dentro da política pública de saúde do Estado de Roraima e especificamente, em sua capital Boa Vista.

Analisamos desta forma os problemas enfrentados no dia a dia dos indígenas atendidos dentro da unidade hospitalar, observando as práticas das políticas públicas que visam o atendimento aos povos indígenas, vemos que essas, muitas vezes não são levadas em consideração pelo corpo de funcionários do HCSA, bem como pelo Estado. Sendo assim,

investigamos a existência de políticas que pudessem atender esse grupo específico, para saber como se dá esse atendimento e porque os profissionais envolvidos não conseguem fazer um atendimento adequado que atenda às necessidades culturais e ideológicas dos mesmos, como é previsto em várias leis e políticas de saúde.

Essa problemática nos remete também aos problemas relacionados às barreiras culturais e às relações dos profissionais da saúde com os indígenas que muitas vezes são conflituosas. Esses eventos ocorrem por variados motivos e situações do dia a dia do atendimento da unidade hospitalar, e muitas vezes estão também, relacionadas ao fato de que o sistema tradicional de saúde brasileira, por muitas vezes não compreende os costumes e tradições vividos dentro das comunidades indígenas, além das dificuldades linguísticas e outros elementos que aqui observamos.

Desta maneira a realidade da saúde indígena neste contexto estudado, tem características burocráticas e centralizadoras, sob a hegemonia de modelos e tradições médicas. Nesse contexto os indígenas não estão inseridos nestas práticas e interpretações necessárias a sua cultura. A compreensão desses fatores é decisiva para entender como se dá esse processo de acolher e atender e é necessária para obtermos respostas mais concretas, nos levando a compreensão dos fatos expostos.

Dentro da Unidade do HCSA é possível observar a falta de preparo perante os problemas enfrentados pelos indígenas, tanto a criança como o seu acompanhante (quase sempre as crianças atendidas vem acompanhadas pelos seus responsáveis legais) sofrem com essa falta preparo dos profissionais da saúde desde dos seus primeiros atendimentos, mesmo existindo dentro desta rede de atendimento hospitalar, uma coordenação indígena (da qual o objetivo é de dar suporte para um melhor atendimento aos referidos) que estão chegando ou que já estão na unidade hospitalar, os indígenas encontram muitas dificuldades por conta principalmente do fato de que o corpo de profissionais na coordenação indígena não é suficiente para atender a demanda.

Os profissionais de saúde da coordenação indígena do HCSA também enfrentam algumas dificuldades em relação as línguas faladas, por existir muitas etnias e vários dialetos. Neste sentido essa dissertação tem como propostas mostrar que existem muitos obstáculos enfrentados no processo de atendimentos vivido pelos indígenas e pelos funcionários do HCSA. Pode-se dizer que mesmo existindo leis, decretos e portarias que visem um atendimento mais humanizado, esse tipo de atendimento não é muito praticado dentro nas unidades de saúde no Estado de Roraima. O que observamos é que a Política Nacional de Atenção à Saúde dos povos

Indígenas, preconiza que sejam respeitadas as diferenças entre os povos, essa não é a realidade das práticas de saúde nas unidades de uma maneira geral.

Portanto é preciso um conhecimento mais específico para compreender essa dinâmica do que é previsto e do que é praticado, e buscar respostas razoáveis para romper visões distorcidas da realidade indígena, fazendo com que os profissionais da saúde de maneira geral tenham uma compreensão mais ampla sobre o sistema de saúde indígena e levem em consideração a sua cultura, as diferenças sociais para elevar a qualidade do atendimento na saúde indígena em todos os sentidos.

Para Castro e Cunha (1993), uma boa política de saúde é aquela que multiplica os possíveis, que a iniciativa na construção de políticas públicas sejam planejadas de acordo com a necessidade das comunidades e população envolvidas, desta maneira é que a implantação dessas políticas passaram a ser eficazes e atenderão suas propostas, tornando-as concretas em suas ações diárias.

Entre tantos desafios enfrentados pelos povos indígenas, um deles é o de manter suas tradições e costumes, preservando assim sua identidade cultural. Com as mudanças de ocupação e invasão dos seus espaços, observamos que a estrutura socioeconômica e cultural vem sofrendo profundas transformações no perfil epidemiológico dos mesmos através do contato com outras culturas, exigindo assim, uma atenção especial para as necessidades dos povos indígenas dentro do sistema de saúde no Brasil. Desta maneira, podemos perceber a importância da reorganização do modelo de assistência à saúde.

Esse estudo propõe desenvolver uma análise sobre políticas públicas e suas práticas dentro do atendimento hospitalar, especificamente a criança indígena, fazendo uma revisão da literatura sobre a qualidade da atenção à saúde indígena, identificando e descrevendo suas práticas e desafios, para enfim, avaliar a atenção à saúde indígena no HCSA, localizado no município de Boa vista- RR.

Portanto, baseando-se na pesquisa de dados obtidos é que foi possível formular a seguinte problemática: As políticas de atendimento à saúde indígena, e o atendimento da crianças indígenas no hospital da criança santo Antônio no município de Boa vista/RR. Nesse caso queremos saber se existem políticas de saúde indígena voltada para aos profissionais da saúde que atenda às necessidades dos indígenas no contexto hospitalar? Como é realizado o atendimento das crianças indígenas no Hospital da criança Santo Antônio - HCSA, em Boa vista –RR?

Para que seja possível investigar a respeito do atendimento em saúde oferecido aos indígenas no HCSA partimos de alguns questionamentos nos mostrou um caminho, bem como

nos elucidou respostas e novos questionamentos. Sendo assim, estabelecemos alguns problemas que foram respondidos ao longo do processo de pesquisa.

Quais as políticas públicas que priorizam a atenção em saúde aos indígenas?

Quais são os órgãos responsáveis por esse atendimento?

Como atuam?

São preparados para atender esses indígenas?

Existe algum preparo por parte dos profissionais para esse atendimento especializado e que atender as necessidades de cada etnia, como preconiza o SUS?

Existe uma equipe especializada (corpo técnico) na unidade hospitalar, que atende os indígenas aldeados?

Como é formada essa equipe?

O corpo técnico da unidade de saúde gestores de saúde, é qualificar os profissionais que fazem esse tipo de atendimento?

Esses indígenas estão satisfeitos como o atendimento prestado?

Qual o principal motivo da desqualificação de atendimento no hospital da Criança Santo Antônio em Boa vista, com relação aos indígenas?

1.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Analisar a dinâmica do atendimento das crianças indígenas aldeadas, no hospital da criança Santo Antônio, localizado no município de Boa Vista- RR, que vai desde o acolhimento até a liberação hospitalar, e os problemas enfrentados dentro deste processo, que envolvem tanto os profissionais quanto os que necessitam de um atendimento especializado e diferenciado, em que as necessidades culturais dos indígenas muitas vezes não são levadas em consideração.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar a existência de políticas públicas dentro do atendimento e como atuam os órgãos que participam dessas políticas
- Compreender a questão da saúde indígena em Roraima, especialmente em Boa Vista e o HCSA.

- Identificar as dificuldades e desafios enfrentados pelos profissionais da saúde e pelos indígenas, no processo de atendimento hospitalar

1.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente pesquisa tentou responder aos objetivos propostos através da realização de uma pesquisa bibliográfica e da aplicação de questionários, para compreender como as políticas públicas de saúde que permeiam a questão da saúde de indígenas na capital Boa Vista e no Estado de Roraima estão sendo aplicadas. Foi necessário o levantamento de documentos oficiais dos órgãos públicos como a SESAI, CASAI, FUNAI, Secretaria de Saúde estadual e municipais, Ministério da Saúde, além da busca de trabalhos científicos relacionados à questão da saúde indígena.

A respeito da pesquisa documental, ela trilhou os mesmos caminhos da pesquisa bibliográfica. Esta última utiliza fontes constituídas por material já elaborado, constituído basicamente por livros e artigos científicos localizados em bibliotecas e site oficiais do governo federal e estadual. Já a pesquisa documental recorreu a fontes mais diversificadas e dispersas, sem tratamento analítico, tais como: tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, cartas, filmes, fotografias, pinturas, tapeçarias, relatórios de empresas, vídeos de programas de televisão, etc.

Mediante este conhecimento bibliográfico, a pesquisa foi classificada quanto ao Método de Abordagem como qualitativa, pois segundo Gerhardt e Silveira (2009, p. 32)

Os pesquisadores que utilizam os métodos qualitativos buscam explicar o porquê das coisas, exprimindo o que convém ser feito, mas não quantificam os valores e as trocas simbólicas nem se submetem à prova de fatos, pois os dados analisados são não-métricos (suscitados e de interação) e se valem de diferentes abordagens.

Em relação aos objetivos propostos, pode-se classificar a pesquisa quanto a sua natureza como aplicada, pois é dirigida a solução de problema específico, sendo envolta em verdades e interesses locais. A pesquisa se classificará como exploratório-descritiva, já que se utilizará dos procedimentos: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado, e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão.

Quanto aos procedimentos, a pesquisa foi classificada como estudo de caso, que exigiu do investigador uma série de informações sobre o objeto pesquisado, portanto esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade, sendo amplamente

usada nas ciências sociais. Portanto, o estudo analisou uma instituição de saúde, especificamente a dinâmica do atendimento das crianças indígenas, no hospital da criança Santo Antônio, localizado no município de Boa Vista- RR.

Já no caso de entender como essas políticas públicas se efetivam na prática, essa etapa de coleta de dados levou consideração três questões que foram respondidas ao longo da pesquisa: O que coletar? Com quem coletar? Como coletar?

Para responder as questões acima, realizamos entrevistas com os profissionais da saúde do HCSA e também com pais ou responsáveis das crianças indígenas falantes da língua portuguesa, contamos com a ajuda da condenação indígena para que esse contato fosse possível, desta maneira, conhecermos um pouco mais das dificuldades encontradas pelos indígenas durante esse processo de contato com outra realidade e também dos profissionais de saúde da unidade aqui estudada.

Buscamos então entender, mesmo que minimamente, os porquês dos aspectos dos atendimentos do público que objetivou a presente pesquisa, procuramos descobrir o que havia de mais essencial e característico nestas relações interpessoais tão profundas. Foram necessários também a aplicação de questionário com os demais profissionais da saúde que trabalham na emergência, bloco H, F e G, (onde os indígenas são recebidos) acolhimento (onde fazemos a triagem dos pacientes para avaliar a situação de riscos imediatos) e UTI, com o objetivo de formular dados que fossem significativos para essa pesquisa.

Essa etapa foi uma das mais importantes para esse estudo pois foi através do trabalho de campo e da aplicação de questionários e realização de entrevistas que conseguimos extrair a essência da análises em conjunto com o levantamento bibliográfico.

Os questionários foram elaborados com perguntas objetivas facilitando a respostas dentro da aplicação das mesmas e fechadas possibilitando a múltipla escolha e questões objetivas, já que os questionários foram aplicados também com os acompanhantes das crianças indígenas na unidade hospitalar,

A mostra que respondeu ao questionário e entrevistadas, buscou cobrir todo corpo técnico e operacional relacionado ao atendimento de indígenas, sendo, que foram aplicados 47 questionários com os profissionais da saúde e 28 questionários com os acompanhantes indígenas, com a ideia de compreender as principais dificuldades no processo de atendimentos aos indígenas.

1.4 ESCOPO DA DISSERTAÇÃO

Essa dissertação está dividida em quatro capítulos cuja tema central é o atendimento aos indígenas na unidade hospitalar em primeiro plano, e como segundo plano as políticas de saúde indígena, com o objetivo de entender, tanto o atendimento, quanto as políticas como uma trama de relações interculturais de cuidados em saúde no hospital da criança santo Antônio envolvendo os profissionais da saúde.

O primeiro capítulo é a introdução, será abordada a metodologia utilizada para a realização deste trabalho, mostramos como se deu todo processo de pesquisa, as dificuldades encontradas, assim como a finalidade, proposta, problemática, objetivos gerais e específicos.

O segundo capítulo é o início dos estudos da evolução das políticas públicas de saúde no Brasil, fazendo um recorte histórico que vai desde dos anos 1930 aos anos 1980, um dos pontos importante foram as conferencias de saúde criadas em 1937, e que continuam até hoje e foram fundamentais para esse processo evolutivos das políticas de saúde no Brasil, e também para a conquista de novos direitos sociais, que foram possíveis através dos movimentos sociais juntamente como a sociedade civil organizada, essas conquistas, de direitos universal e o acesso a uma saúde pública de qualidade foram consumadas na constituinte de 1987 e concretizados com a Constituição de 1988.

Esses fatos são de suma importância para a compressão dos fatos e acontecimentos no que se refere a saúde brasileira e no caso aqui estudado as políticas de saúde indígena como desafio, voltadas para a melhoria da qualidade de vida de todos. Partindo dessa contextualização histórica podemos entrar na esfera das discussões após a constituição de 1988, onde houve mudanças significativas dentro da estrutura no que tange a saúde pública no Brasil, é que veremos no terceiro capítulo.

O terceiro capítulo tratará de compreender as políticas públicas e sua importância no que se refere à saúde indígena em Roraima. Atualmente pode-se dizer que no contexto brasileiro, o estado de Roraima é aquele que possui as únicas terras indígenas contínuas demarcadas, como no caso da Terra Indígena Yanomami e a Terra Indígena Raposa Serra do Sol e também é o estado da federação que possui a maior parte de suas terras como categoria de Terra Indígena.

Sabendo disso, pode-se afirmar que a presença do indígena é de extrema relevância no contexto das políticas voltadas aos indígenas no Estado Roraima, por isso a importância de estudar a saúde indígena no cenário brasileiro focalizando o Estado de Roraima e o município de Boa Vista, pretendemos responder ao que foi proposto, apontando as principais dificuldades

encontras para que as propostas para uma saúde de qualidade possa efetivamente ser concretizada.

Com a constituição de 1988, foi garantido aos povos indígenas o acesso universal a saúde, com a criação do SUS, direitos foram estabelecidos, a criação do Subsistema de Saúde Indígena tornou-se realidade, e com ele novas políticas de saúde formaram estabelecidas, é a importância da criação dos Distritos sanitários Especiais indígenas- DSEI, no qual faremos o fluxo de atendimento nos capítulos seguintes, entenderemos a dinâmica de atendimento dos indígenas que vem desses Distritos para as cidades de referência.

Partindo dessa discussão, observamos que existem alguns problemas com relação a questão das políticas públicas para a inserção desses indígenas na sociedade civil não indígena. Um dos casos relativos a isso é a questão do atendimento dos indígenas em hospitais municipais e estaduais, onde um dos principais problemas é a falta de preparo dos profissionais da saúde, além da falta de condições físicas e humanas para tal atendimento.

Diante dessa realidade o objetivo principal deste trabalho é analisar as políticas públicas, voltadas para a saúde de crianças indígenas no Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA) e suas aplicações práticas, já de modo secundário pretende-se analisar a qualificação dos profissionais de saúde envolvidos nesse processo.

Em relação ao quarto capítulo, o grande pilar desse trabalho, tivemos como objetivo analisar através das observações diárias e questionários aplicados entre os indígenas (acompanhantes responsáveis pelas crianças em atendimento) e profissionais da área da saúde no hospital da Criança, entender as principais dualidades encontradas entre ambos para que seja possível um atendimento mais humanizado, como prevê as diretrizes do Subsistemas de Atenção à Saúde indígena, juntamente com outras leis que tentam minimizar os impactos culturais sofridos pelos indígenas ao chegarem na unidade de atendimento.

2. A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: UM BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Um dos grandes desafios de hoje no Brasil, é compreender questões relacionadas às diferenças entre os povos e regiões, que vivenciam e enfrentam problemas diários relacionados as diferenças culturais, desde regiões a diferenças entre os povos que aqui vivem. Neste sentido, a saúde pública no Brasil enfrenta os mesmos problemas em relação as desigualdades diante das diferenças entre os povos. Em um país de dimensões amplas com desigualdades regionais e sociais, o processo histórico e dos componentes do sistema de saúde brasileiro, refletem no

processo de reforma da saúde pública nas últimas décadas, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde tenta diminuir essas desigualdades em relação saúde pública já que a mesma nos traz a ideia e igualdade e acesso a saúde de qualidade a todos.

Este sistema de saúde é algo recente e foi amplamente discutido ao longo de décadas nas conferências nacionais que tiveram papel fundamental deste processo evolutivo, caracterizado pelas reformas sanitária brasileira e conduzida pela sociedade civil, e não somente pelos governos, partidos políticos ou organizações internacionais, mas sim pela presença e afirmação da participação popular.

Os movimentos sociais tiveram papel fundamental, nestas mudanças. Uma grande conquista destes movimentos populares foi a criação do Sistema Único de Saúde, que aumentou o acesso ao cuidado da saúde pública para uma parcela considerável da população brasileira, em uma época em que o sistema vinha sendo progressivamente privatizado (COHN 2007). Nos últimos vinte anos houve muitos avanços, como investimento em recursos humanos. Mas, ainda há muito o que fazer para que o sistema de saúde brasileiro se torne eficiente e possa chegar, mais próximo, possível, da universalidade da qual preconiza a Constituição Federal e SUS.

Atenção à saúde é uma das ações de governo mais importantes para que se desenvolva uma saúde de qualidade, além de um grande processo de descentralização, ampla participação social e maior conscientização sobre o direito à saúde (CAMPOS, 2010). Esse processo é longo e necessita de políticas públicas adequadas e específicas, para que desta maneira a qualidade de serviço prestado possa ser eficiente e atenda às necessidades básicas de distintas realidades. Vejamos agora como sucedeu esse processo evolutivo na saúde brasileira, partindo de um recorte histórico iniciado em 1930.

2.1. A organização dos serviços de saúde: da década de 1930 aos anos 1980.

Nas últimas décadas, a saúde no Brasil tem tomado espaço dentro das políticas públicas de governo, trazendo mais qualidade na prestação de serviços, mais investimentos em hospitais, clínicas, laboratórios, postos de saúde, entre outros, e que vêm aumentando progressivamente. Além disso, temos instituições públicas que fazem a gestão dos serviços, como o Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais (PAIM, 1997). Porém, esta é uma realidade muito recente, visto que em décadas passadas, especificamente antes da constituição Federal de 1988, vivíamos um outro contexto histórico de muita instabilidade social e política, que refletiam diretamente nas políticas de saúde da época.

Para compreendermos tal processo, faz-se necessário uma contextualização dos fatos

históricos, mesmo que previamente, dos acontecimentos, mudanças sociais e políticas ao longo de décadas. O Contexto do sistema de saúde brasileiro é constituído por uma variedade de organizações públicas e privadas, estabelecidas em diferentes períodos históricos.

No início do século XX, foram realizadas ações políticas que envolviam governo e militares, que fomentaram atividades de saúde pública. A natureza autoritária dessas ações provocou oposição de parte da população, políticos e líderes militares, que não concordavam com o modelo de intervenção do Estado na área social datada das décadas de 1920 e 1930, direitos civis e sociais foram vinculados à posição do indivíduo no mercado de trabalho, participação da sociedade e estavam centralizados em grandes burocracias (RODRIGUES DE SOUZA, 2012).

A intervenção do Estado na saúde inicia em 1930, quando foi criado o Ministério da Educação e Saúde e organizada uma política nacional de saúde a partir de dois eixos: da saúde pública e da medicina previdenciária. A saúde pública foi desenvolvida por meio de campanhas sanitárias, coordenadas pelo Departamento Nacional de Saúde, criado em 1937, onde havia ao mesmo tempo, o desenvolvimento da saúde privada e filantrópica, referente ao atendimento médico hospitalar. Nesse período de introdução da política social brasileira, a relação do Estado com a sociedade civil é assinalada por uma expansão fragmentada e seletiva das políticas sociais, que segue até 1964” (BEHRING E BOSCHETTI, 2006, P.108).

Na década de 1930, as oligarquias eram predominantes. Com a chegada da era Vargas que teve início em meio à crise mundial iniciada em 1929, ou seja, com a quebra da bolsa de Nova Iorque, a partir de uma revolução política interna e o fim da Revolução de 1930, que encerra a República Velha (1889-1930), houve uma reorganização da elite da época, que era basicamente agrária. O novo governo iniciou um processo de intervenção do Estado na economia e na área social, com políticas de governo baseadas na industrialização e a criação do Ministério do Trabalho, foi então que o presidente Getúlio Vargas, deu início a uma série de políticas protetivas aos trabalhadores da época (BAPTISTA, 2007). O sistema de saúde era formado por o Ministério da Saúde subfinanciado e pelo sistema de assistência médica da previdência social, cuja provisão de serviços se dava por meio de institutos de aposentadoria e pensões, divididos por categoria ocupacional.

De acordo com Bravo (2001)

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966

(BRAVO, 2001, p. 75).

O sistema de proteção social era fragmentado e desigual, cada um com diferentes serviços e níveis de cobertura

A Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada no período de 1945-1950. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado durante a 2ª Guerra Mundial, em convênio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller. No final dos anos 40, com o Plano Salte de 1948, que envolvia as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia: a Saúde foi posta como uma de suas finalidades principais. O plano apresentava previsões de investimentos de 1949 a 1953, mas não foi implementado (BRAVO, 2009, p. 92).

Com o surgimento da Organização Mundial de Saúde (OMS) no fim de década de 40, houve alguns avanços no Brasil relacionados a saúde, os objetivos centrais da Organização era de desenvolver ao máximo o nível de saúde de todos os povos, que preconizando mais qualidade de vida a toda sociedade através de uma saúde de qualidade em um contexto de pós-segunda guerra mundial.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) é uma agência especializada das Nações Unidas que tem como foco lidar com questões relativas à saúde global. No âmbito da criação da ONU, já havia a preocupação e intenção de criar uma organização mundial dedicada exclusivamente à saúde. Dessa forma, os estatutos da OMS foram aprovados em 22 de julho de 1946, durante Conferência Internacional da Saúde, convocada pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ECOSOC) reunido em Nova York. Porém, a Organização foi realmente fundada em 7 de abril de 1948, quando 26 membros das Nações Unidas ratificaram os seus estatutos. Segundo o artigo 1º da sua constituição, a OMS tem como propósito primordial garantir o nível mais elevado de saúde para todos os seres humanos. A OMS possui o entendimento de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade (OMS, 2014 p.02).

De acordo com Ribeiro (2018). Alguns acontecimentos importantes ocorrem entre as décadas de 30 ao final da década 40, como por exemplo, a criação das conferências nacionais de saúde que foram fundamentais para os avanços da saúde pública, destacando os seguintes acontecimentos:

- Saúde pública institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública;
- Previdência social e saúde ocupacional institucionalizadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio;
- Campanhas de saúde pública contra a febre amarela e a tuberculose;
- Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) estendem a previdência social à maior parte dos trabalhadores e urbanos.

Entre esses acontecimentos, destaca-se a criação Conselho Nacional de Saúde, órgão criado pelo Ministério da Saúde, através da Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, que instituiu a Conferencia Nacional de Saúde e reformulou o Ministério da Educação e Saúde Pública

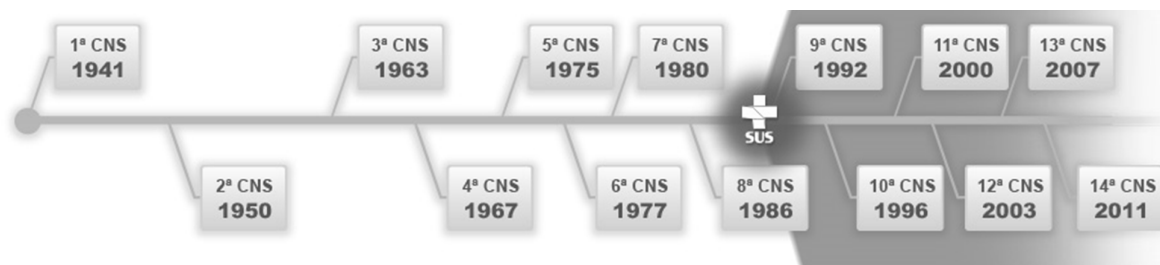
Nesse período, o Estado não oferecia assistência médica, o Conselho Nacional de Saúde era composto por representantes de entidades e movimentos representativos de usuários, entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, governo e prestadores de serviços de saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho (CNS, 2014), quando surgiu debatia apenas questões internas que nortearam os indicativos ao direito à saúde, a partir deste processo de diálogo e de resistência, as políticas de saúde tiveram avanços significativos (ANJOS, 2008).

As conferências Nacionais de Saúde, surgiram a partir da criação do CNS, sua finalidade era de avaliação da situação da saúde no país e de formular diretrizes para as políticas públicas no setor, reunindo cidadãos pela defesa da garantia de direitos, em atenção às necessidades da população (FIOCRUZ, 2013). A primeira Conferência Nacional de saúde foi convocada em 1941, e segundo o Ministério da Saúde da época, tinha como finalidade

Ocupar-se dos diferentes problemas da saúde e da assistência, mas de modo especial dos seguintes: a) Organização sanitária estadual e municipal; b) ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; c) determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e d) plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.” Um temário nitidamente relativo à gestão e administração dos serviços de saúde, no âmbito de um Estado que se constituía (CONASS, 2009 p. 12).

Essas conferências foram fundamentais para a evolução das políticas públicas de saúde no Brasil e melhores condições de serviços prestados pelo Estado, já que até meados da década de 1980, o Estado não tinha a obrigatoriedade de prestar serviços públicos de saúde, como hoje prever a constituição de 1988. Estas Conferências sempre foram essenciais para a democratização do setor. Em 1986 foi realizada a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório final serviu como subsídio para que os constituintes elaborassem o artigo 196 da Constituição Federal - que tratava especificamente “A Saúde pública, como direito de todos.”.com essa Conferência, a saúde ganhou rumos diferentes com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde, instâncias de Controle Social. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Figura 1. Conferência Nacional de Saúde até a ano 2011



Fonte: Fiocruz, 2018

Essas conferências tinham objetivos específicos e diretrizes, principalmente debates e propostas no contexto dos direitos sociais básicos, a principal delas, foi realizada em 1986, seu tema central era ‘O direito a saúde para todos, reconhecido na Constituição Federal de 1988, como direito fundamental e a obrigação do Estado de prestar serviços públicos de saúde a todos, torna-se assim um direito universal’. Abaixo podemos observar os principais eixos temáticos das CNS.

1ª CNS (1941) Temas: 1. Organização sanitária estadual e municipal; 2. Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a hanseníase e a tuberculose; 3. Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; 4. Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.

2ª CNS (1950) Tema: Legislação referente à higiene e à segurança do trabalho

3ª CNS (1963) Temas: 1. Situação sanitária da população brasileira; 2. Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; 3. Municipalização dos serviços de saúde. 4. Fixação de um plano nacional de saúde.

4ª CNS (1967) Tema: Recursos humanos para as atividades em saúde.

5ª CNS (1975) Temas: 1. Implementação do Sistema Nacional de Saúde; 2. Programa de Saúde Materno-Infantil; 3 Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; 4. Programa de Controle das Grandes Endemias; e 5. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais.

6ª CNS (1977) Temas: 1. Situação atual do controle das grandes endemias; 2. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde; 3. Interiorização dos serviços de saúde; e 4. Política Nacional de Saúde

7ª CNS (1980) Tema: Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos. Temas: 1. Saúde como direito; 2. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; 3. Financiamento

8ª CNS (1986) Tema: Saúde como direito, 2. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, e 3. Financiamento setorial.

9ª CNS (1992) Tema central: Municipalização é o caminho. Temas específicos: 1. Sociedade, governo e saúde; 2. Implantações do SUS; 3. Controle social; 4. Outras deliberações e recomendações.

10ª CNS (1996) Temas: 1. Saúde, cidadania e políticas públicas; 2. Gestão e organização dos serviços de saúde; 3. Controle social na saúde; 4. Financiamento da saúde; 5. Recursos humanos para a saúde; e 6 Atenção

integral à saúde.

11ª CNS (2000) Tema central: Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. 1. Controle social; 2. Financiamento da atenção à saúde no Brasil; 3. Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social.

12ª CNS (2003) Tema central: Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos. Eixos temáticos: 1. Direito à saúde; 2. A Seguridade Social e a saúde; 3. A intersectorialidade das ações de saúde; 4. As três esferas de governo e a construção do SUS; 5) A organização da atenção à saúde; 6. Controle social e gestão participativa; 7. O trabalho na saúde; 8. Ciência e tecnologia e a saúde; 9. O financiamento da saúde; 10. Comunicação e informação em saúde.

13ª CNS (2007) Tema central: Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento. Eixos temáticos: 1. Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento; 2. Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o pacto pela saúde; 3. A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde.

14ª CNS (2011) Tema: Todos usam o SUS! SUS na seguridade social - política pública, patrimônio do povo brasileiro (FIOCRUZ, 2018)¹.

Entretanto, ocorreu em Brasília sediou a 15ª Conferência Nacional de Saúde no ano de 2015, e contou com a participação de trabalhadores da saúde, gestores públicos e usuários do SUS entre estudantes, aposentados, população do campo, representantes de movimentos LGBT, de defesa da igualdade racial, dos povos indígenas e quilombolas, foram mais de 1 milhão de brasileiros em todo o País, que participaram e cobriu 100 % dos municípios do Brasil como participantes, segundo informou a presidenta do Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 2015).

Desde as primeiras conferências nacionais, houve algumas mudanças na saúde no Brasil, elas formularam a chave para a abertura de novos debates e rumos das políticas de saúde, mesmo com muitos problemas enfrentados durante a ditadura militar e outros contextos políticos, houve avanços apesar das grandes barreiras para a abertura dos debates. Porém, a 8ª conferência realizada no período de transição do sistema político no Brasil, marca um momento de grandes mudanças sociais, apoiada maciçamente pelo movimentos sociais, para novas diretrizes e reorganização do sistema de saúde pública, essa conferência tinha como proposta os seguintes debates: saúde como direito de todos, reformulação de sistema nacional de saúde e financiamento do setor (CONASS, 2009).

Voltando a outros acontecimentos dos anos 60, antes da ditadura militar, houve uma

¹ Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>

paralisação no processo político institucional na área da saúde. Muitos anos de repressão políticas e social impostos pelo regime militar, afetando principalmente os movimentos sociais, em todos seus seguimentos (BALSEMAO, 2003). Após o golpe de 64, ocorreram mudanças significativas e negativas no sistema da previdência social, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, que tinha como objetivo principal garantir aos trabalhadores urbanos os benefícios da previdência social, de forma precária utilizando o mesmo sistema instituído pelos empregadores públicos através das caixas de assistência à saúde (POLIGNAMO, 2001).

Com a instauração do golpe militar de 1964, reformas governamentais impulsionaram a expansão de um sistema de saúde predominantemente privado, especialmente nos grandes centros urbanos. Seguiu-se uma rápida ampliação da cobertura, que incluiu a extensão da previdência social aos trabalhadores rural.

A unificação da Previdência Social, em 1966, se deu atendendo a duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado e o alojamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado o papel de financiadores. (BRAVO, 2009, p. 93).

No início da década de 1970, recursos do orçamento federal foram disponibilizados para reformar e construir hospitais privados, a responsabilidade pela oferta da atenção à saúde foi estendida aos sindicatos e instituições filantrópicas que ofereciam assistência de saúde a trabalhadores rurais. Os subsídios diretos a empresas privadas para a oferta de assistência médica a seus empregados, foram substituídos por descontos no imposto de renda, o que levou à expansão da oferta dos cuidados médicos e à proliferação de planos de saúde privados, como explica Pinheiro (2010, p.16) em sua obra ao afirmar que

À partir da década de 1970, o movimento da Reforma Sanitária, cuja bandeira se concentrou na defesa da saúde como um direito de todos. Além de atuar de forma decisiva em prol da universalização, o movimento preconizou que as ações em saúde deveriam ser formuladas não somente pelo Estado, mas em conjunto com espaços públicos de participação social, na medida em que é a sociedade que vivencia o cotidiano das instituições de saúde e, portanto, conhece de forma mais próxima as suas mazelas e avanços.

A reforma do setor de saúde no Brasil estava na contramão das reformas difundidas naquela época no resto do mundo, que questionavam a manutenção do Estado de bem-estar durante a luta pela redemocratização. Um amplo movimento social cresceu no país, reunindo iniciativas de diversos setores da sociedade, desde os movimentos de base até a população social. A proposta brasileira, que começou a tomar forma em meados da década de 1970,

estruturou a classe média e os sindicatos, em alguns casos associados aos partidos políticos de esquerda, ilegais na época.

A concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira, defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público, como meio de qualidade de vida preconizada pelo bem-estar social (PAIM *et al*, 2009). Os movimentos sociais, reivindicavam políticas públicas de saúde, como um dos pontos centrais para a reformulação do sistema chamado na época de reforma sanitária.

A política de saúde neste no início dos anos 70, voltasse basicamente a privilégios do setor privado, os interesses políticos da época era voltados para o enfraquecimento das políticas públicas, o que aumentava os conflitos entre a sociedade civil e o governo militar, os movimentos sociais fomentavam a reivindicação de reformas no setor da saúde e em outros seguimentos de interesse público (BRAVO, 2001).

Os principais acontecimentos deste contexto foi o fato de o Estado voltar para uma política econômica implantada. Suas principais características foram: a extensão da cobertura previdenciária, a ênfase na prática médico curativa orientada para burocratização do setor, a criação do complexo médico-industrial e a diferenciação do atendimento a clientela.

Entre 1970 e 1974, foram disponibilizados recursos do orçamento federal para reformar e construir hospitais privados; a responsabilidade pela oferta da atenção à saúde foi estendida aos sindicatos e instituições filantrópicas ofereciam assistência de saúde a trabalhadores rurais. (PAIM, 2012, p. 17)

Nos anos entre 1974 a 1979, a Política Nacional de Saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre o setor estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado (BRAVO, 1991). Esta mesma época surgiu com grande força o movimento de reforma sanitária, grupo responsável por discussões importantes como integralidade, descentralização e a universalização.

Como o foco deste trabalho é a saúde indígena, não podemos deixar de mencionar que deste período (década de 1970), ocorreu um movimento que envolvia principalmente antropólogos, com preocupações internacionais, constituído por organizações com a Organização das Nações Unidas e a Organização Internacional do Trabalho, onde havia uma

forte preocupação política e ética em relação aos direitos humanos e culturais dos povos indígenas, em que os movimentos sociais também estavam a frente, e lutavam pelo reconhecimento dos direitos indígenas.

Sancionado o Estatuto do Índio, Lei 6.001, de 19 de dezembro de 1973, que regulamenta a questão indígena no Brasil, essa Lei foi uma tentativa de reverter a imagem do país na esfera internacional, firmando-o como protetor dos povos indígenas e cumpridor das convenções em que era signatário (FERNANDO *et al*, 2001).

O Estatuto do Índio foi criado em um período que os indígenas eram vistos como obstáculos ao desenvolvimento do país, mesmo esta visão sendo predominante até hoje, esse estatuto trouxe as propostas de preservação da cultura, a integração progressiva e harmônica dos mesmos à comunhão nacional, embora muito criticada devido à ênfase dada à necessidade de integração dos índios à nação, como veremos mais adiante, o estatuto serviria como base para a inclusão dos direitos dos indígenas e sua inclusão na constituição de 1988, que teriam seus direitos como povos que aqui estiveram antes mesmo da invasão dos europeus nas Américas (BARRETO, 2003).

Na década de 80, houve uma explosão dos movimentos sociais, que reivindicavam uma reestruturação da saúde no Brasil, envolvendo todos os seguimentos da sociedade, tanto político quanto social, as conferências de saúde tiveram papel central e importante para as mudanças que estariam por vir, com a participação dos movimentos sociais e sua crescente mobilização para conquistar novos espaços e direitos coletivos, resistiam e lutavam contra a ditadura militar para a construção de um modelo democrático (RIBEIRO, 1989).

O auge destes movimentos sociais de redemocratização se consolidaram com uma nova ordem jurídica, que é a atual Constituição Federal de 1988, inaugurando e afirmando a ideia da democracia com a participação da sociedade civil no controle e na gestão de políticas públicas, por meio da participação popular nos espaços dos Conselhos, das Conferências e das audiências públicas, que além de permitir que o povo desempenhe seu poder de maneira indireta, mediante representantes eleitos, consente que este exerça seu poder diretamente, por meio de plebiscitos, referendos e projetos/ações de iniciativa popular.

A “percepção social da saúde como direito de cidadania” seria “um dado novo na história das políticas sociais brasileiras”, uma vez que “essa percepção é fruto dos movimentos sociais de participação em saúde da segunda metade dos anos 70 e do início dos anos 80. Isso permite uma relativa problematização da concepção Estado-centrada de saúde típica dos contextos anteriores em prol de uma relativa abertura estatal às demandas sociais, o que foi decisivo para o momento constituinte da década seguinte e para a constituição do arcabouço jurídico institucional da saúde no Brasil. (ASENSI, 2010, p. 17)

Ainda fazendo referência aos anos 80, por força de ampla e diversificada mobilização social, passamos de um longo período de ditadura para a construção de um modelo democrático, processo que culminou com a Constituição Federativa de 1988 consagrando e assegurando a ideia da democracia com a participação da sociedade civil no controle e na gestão de políticas públicas (controle social),

Como explica Polignano (2001, p.35)

1. A evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los; 2. a lógica do processo evolutivo sempre obedeceu à ótica do avanço do capitalismo na sociedade brasileira, sofrendo a forte determinação do capitalismo a nível internacional; 3. a saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado brasileiro, sendo sempre deixada na periferia do sistema, como uma moldura de um quadro, tanto no que diz respeito a solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor saúde

Neste contexto, o Brasil passava por uma transição política, uma nova ordem de organização do Estado estava acontecendo, houve fortes pressões sociais para a mudança de modelo de saúde pública, impulsionado pela redemocratização com a participação popular, a universalidade dos serviços de saúde e descentralização do sistema, assim surgiram algumas das reivindicações sociais, que dariam mais autonomia para Estados e municípios para alcançar metas e objetivos propostos pelas mudanças em processo (PAIM, 2012).

Com a constituição de 1988, fomentou-se dispositivos e obrigações para que o Estado interviesse diretamente na qualidade de serviços de saúde prestados à população em geral. Mesmo de forma tímida e limitada, ganhou espaço para debates, com a implantação do Sistema Único de Saúde. Novas diretrizes foram consolidadas, entre elas, que a saúde passasse a ser direito de todos e dever do Estado. Os princípios e diretrizes estabelecidos foram: Descentralização, integralidade e participação. Nas palavras de Paim (2012, P.19)

Para administrar essa política descentralizada, os mecanismos de tomada de decisão foram ampliados no sistema, com participação social e construção de alianças entre os principais atores envolvidos. Além das conferências nacionais de saúde, foi institucionalizada uma estrutura inovadora, que estabeleceu conselhos de saúde e comitês intergestores nos níveis estadual (bipartite) e federal (tripartite) nos quais as decisões são tomadas por consenso.

As principais propostas debatidas pelos movimentos sociais eram o direito a universalidade com acesso às ações de saúde em todos as esferas, tornando a ideia de saúde, um direito social e dever do Estado de garantir qualidade de vida a todos através de políticas de

saúde, que iriam além de outros direitos; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando uma intensa reorganização setorial com um novo olhar, mais humanizado, mais cuidadoso e que atendesse as necessidades de todos os envolvidos, tanto na saúde individual quanto na coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (LIMA; SILVA e PEREIRA, 2013).

A ideia da saúde como direito humano, reiterada nas declarações de todas as conferências e assembleias mundiais, não tem implicado, entretanto, uma agenda consensual de como lidar com problemas como equidade, justiça e cidadania, centrais para qualquer definição programática no campo da saúde. Entretanto, ao reiterar a concepção da saúde como direito e bem público, a OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) vem desempenhando importante papel no continente, aliando a essa perspectiva a defesa da paz. De certo modo, pode-se dizer que o organismo seria uma voz dissonante diante da ênfase, no cenário internacional, de propostas que enfatizam o mercado e a focalização e seletividade como fundamentos desejáveis das políticas sociais (TRINDADE LIMA, 1995, p. 75).

A Comissão Nacional de Reforma Sanitária, constituída a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, introduziu na Constituição Federal de 1988 importantes estruturas ideológicas para a mudança e transformação do Sistema Nacional de Saúde, adotando os princípios fundamentais para nortear as políticas de saúde, como exemplo os princípios da universalidade e equidade no atendimento à saúde, a legislação brasileira neste sentido se tornaria uma das mais avançadas do mundo em termos de legislação social, notadamente, ao considerar que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CF, art. 196).

Para romper com a histórica dualidade que marcou a participação do Estado na área de saúde, com atuação dividida entre os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, o conjunto de ações e serviços de saúde passou a constituir um Sistema Único - SUS, com a gestão compartilhada, em igual nível de responsabilidade, entre as três esferas de Governo. Para a efetivação deste novo sistema, a organização do SUS deveria atender ao disposto no art. 198 da Constituição Federal que determina que:

As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de Governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III- participação da comunidade.

.Com a implantação do SUS, a descentralização das ações e serviços de saúde exigiram profundas transformações de caráter político e técnico-administrativo. Do ponto de vista político, a descentralização implica em transferência de poder e consequente redefinição de atribuições e competências entre as esferas de Governo, havendo necessidade de dotar de autoridade as estruturas político administrativas locais para a formulação de suas políticas e o desempenho das funções de natureza local (VIEIRA, 1971). É, todavia, a possibilidade de perda de poder dos Governos federal e estadual para os municípios que mais barreiras têm criado à descentralização.

Diante dos fatos expostos podemos perceber que a evolução da saúde pública no Brasil, foi marcada por várias mudanças políticas, econômicas e sociais, durante os períodos estudos, é perceptível que a mesma passou por mudanças significativas, as conferências nacionais tiveram um papel marcante e fundamental para as mudanças da saúde pública no Brasil, juntamente com os sociais e queda do regime militar, fomos de um país ditador a um país democrático, com a nova ordem social feita através da promulgação da republica, a Carta Maior de 1988. Trouxe em seu preambulo o seguinte texto

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembleia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

Ou seja nós brasileiros temos direitos ao bem estar social de uma maneira geral, isso inclui o direito universal a saúde de qualidade sejamos brasileiros ou não, sem discriminação seja ela de qualquer espécie sendo o Estado brasileiro o responsável a prestar os serviços a sociedade, O sistema Único de saúde é o marco dessas conquistas. Nessa forma, podemos perceber que os problemas relacionados à saúde pública no Brasil é um problema estrutural e histórico, as reformas na saúde e os novos preceitos previstos pela Constituição Federal atual, foram de fundamental importância para que possamos entender e analisar nos próximos itens desta dissertação.

2.2. A saúde pública no brasil pós constituição de 1988 e conceito de políticas públicas.

A Constituição Federal de 1988 tem papel fundamental ao estabelecer “[...] a construção de relações entre cidadania, governabilidade e o controle e a participação social,

vislumbrando avançar na instituição de práticas democráticas substantivas [...]” (BRASIL, 2013, p.23), porém até hoje as transformações e direitos previstos ainda não alcançaram sua plenitude. Visto que as ações ainda não são plenamente implementadas, seja por ações precipitadas e mal planejadas, devido às diferenças regionais e culturais que durante muitos anos foram desconsideradas pelos governos, ou ainda pelas dificuldades econômicas, é importante que o controle social possa estar mais qualificado e que as avaliações sejam contínuas.

Neste sentido, no que se refere a saúde, por exemplo, a Constituição Federal estabelece em seu artigo 196, na Seção II, que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Desta maneira, para compreendermos com mais clareza o que aqui será abordado, é necessário explicar, mesmo que previamente, o conceito de políticas públicas, que significa identificar problemas estruturais, de modo que possam ser aplicadas ações de prevenção ou corretivas destinadas a manter ou modificar a realidade da sociedade (HOWLETT *et al*, 2013). Ou seja, o conceito é amplo e relevante, especialmente porque a partir dos resultados dessas avaliações sobre as políticas públicas podem ser realizadas ações visando alterações, ajustes ou mudanças de algumas políticas.

Assim como ocorre com a definição de políticas públicas, não há uma única definição do significado da avaliação de políticas públicas. Segundo o Comitê de Assistência ao Desenvolvimento da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), o propósito da avaliação é determinar a pertinência e o alcance dos objetivos, a eficiência, a efetividade, o impacto e a sustentabilidade do desenvolvimento. Neste sentido, a avaliação deve proporcionar informação que permita a incorporação da experiência adquirida ao processo de tomada de decisão (CHIARI, 2012, p. 42).

O estudo das políticas públicas teve sua origem na Europa e nos EUA depois da II Guerra Mundial, surgiu como uma necessidade de compreender as relações entre a sociedade e os governos, a partir da criação de programas econômicos e sociais que tendiam a ser expandidos cada vez mais, de modo que essas ações ou não ações pudessem proporcionar aos cidadãos melhores qualidade de vida (HOWLETT *et al*, 2013).

Dessa forma, inúmeras ferramentas também são desenvolvidas no decorrer das pesquisas, de modo a facilitar a compreensão dos conceitos de políticas públicas. Ou seja, a definição de políticas públicas abre um leque de outras políticas e direitos que a compõe e perpassa por diferentes áreas do conhecimento.

Para Amabile (2012, p. 390)

Políticas públicas são decisões que envolvem questões de ordem pública com abrangência ampla e que visam à satisfação do interesse de uma coletividade. Podem também ser compreendidas como estratégias de atuação pública, estruturadas por meio de um processo decisório composto de variáveis complexas que impactam na realidade. São de responsabilidade da autoridade formal legalmente constituída para promovê-las, mas tal encargo vem sendo cada vez mais compartilhado com a sociedade civil por meio do desenvolvimento de variados mecanismos de participação no processo decisório.

O que se pode compreender a partir dessa afirmação, é que as políticas públicas estão diretamente ligadas ao bem-estar social e qualidade de vida, ou seja, é um conjunto de ações regulamentadas através das quais é possível orientar decisões, regulações ou intervenções na sociedade. É partindo dessa premissa de relação entre Estado e sociedade, que teoricamente ocorrem as mediações entre esses atores num cenário de planejamento, criação e regulamentação das políticas públicas.

Assim, Chiari (2012) resume que as avaliações podem ser realizadas por instituições diretamente ligadas a programas e/ou projetos desenvolvidos pelos governos, o que se pode denominar como agente interno, e também por agentes externos (pesquisadores), ou seja, as políticas públicas são relações constituídas por grupos econômicos e políticos, classes sociais e demais organizações da sociedade civil, onde ficam visíveis as relações e expressões de poder que são traduzidos em forma de ações ou não ações que repercutem diretamente sobre as áreas da economia e social.

Sendo assim, para que as políticas públicas existam e sejam efetivas é necessário que os interessados além de demandar, acompanhem não apenas o processo de criação e implantação, mas que possam realizar avaliações constantes. Essas avaliações podem ser feitas por parte dos governos nas três esferas (Municipal, Estadual e Federal), mas também pelos usuários e pesquisadores, estes últimos de acordo com Silva e Silva (2001), são fundamentais para a garantia de avaliação neutra, ou seja, o avaliador neutro sem envolvimento com o objeto da avaliação.

Nos casos específicos das populações indígenas que se organizam institucionalmente por meio de organizações e associações, podem contribuir significativamente para a elaboração de políticas específicas, para que se possa estabelecer objetivos para um fim específico. Para entender a dinâmica dessas organizações, vêm se constituindo como atores centrais no

desenvolvimento das regiões indígenas. Albert², (2018 p. 197) aborda o assunto:

Essas associações têm características diversas. A maioria é local (grupo de comunidades, bacia de um rio), representantes de um povo ou regionais. Várias são constituídas com referência a atividades profissionais ou econômicas (professores, agentes de saúde, produtores, cooperativas). Existe também uma importante rede de associações de mulheres, bem como diversas associações de estudantes indígenas. Embora ainda poucas tenham infraestrutura própria, a grande maioria delas estão registradas em cartório ou estão em processo de legalização, desempenhando regularmente funções políticas de articulação interna e de representação interétnica.

Em Roraima há cerca de quatorze organizações que representam as várias etnias indígenas no Estado de Roraima, com exceção do povo Waimiri Atroari que mesmo tendo parte de sua população em Roraima, referencia-se ao Estado do Amazonas devido à proximidade e maior facilidade de acesso. É através dessas organizações que estão presentes em todos os níveis de discussões, que as populações indígenas por meio de seus representantes têm atuado para garantir a participação e discutir a necessidade de políticas específicas (BAINES, 2012).

Em função desta participação do movimento indígena, atualmente o controle social vem desenvolvendo cada vez mais um papel fundamental na organização e decisão das políticas públicas. Mas, além de participar é importante considerar que estas organizações possam também realizar a avaliação dessas participações e das políticas públicas. Segundo Chiari (2012), as avaliações dessas políticas são fundamentais para que através das informações, se desenvolvam melhorias na tomada de decisão, de modo que seja garantida a qualidade, a efetividade social e uma melhor prestação de contas.

Neste sentido, as políticas públicas, ligadas a inclusão social estão previstas na Constituição Federal (1988) em seu artigo 6º, assegurando direitos fundamentais, tais como: “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (EC nº 26/2000 e EC nº 64/2010)”. Desta maneira, a citada Constituição norteia como deverá ser uma política social, respeitando os princípios constitucionais previstos por ela.

De modo generalizado, neste único artigo estão reunidos inúmeros direitos sociais e fundamentais para a qualidade de vida da população brasileira, todos estão intimamente relacionados, com vistas a garantia da participação e especificidade. Dentre estes pode se destacar o direito a saúde, que é regulamentado pela Lei 8.080/1990 que criou o Sistema Único

² Disponível em: <<https://pib.socioambiental.org/pt/c/iniciativas-indigenas/organizacoes-indigenas/na-amazonia-brasileira>> Acesso em 23/01/2018.

de Saúde (SUS), também destaca a importância de todos os direitos fundamentais deixando evidenciado que a saúde vai além de estruturas como postos de saúde, hospitais, etc., obrigando o SUS promover, proteger e recuperar a saúde, englobando a promoção de ações de saneamento básico e de vigilância sanitária.

De acordo com a Lei nº 8.080/1990, a noção de saúde considera como seus fatores determinantes e condicionantes, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Em seu Título I, das Disposições Gerais destaca que

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1 - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2 - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e às coletividades condições de bem-estar físico, mental e social.

Essas leis que regulamenta a saúde no Brasil são apresentadas como dever do Estado, mas, ao mesmo tempo, responsabiliza o próprio cidadão, em monitorar as ações do governo, pois o direito a saúde e o bem-estar também são direitos coletivos não apenas individual. Para garantir o acesso universal e igualitário, outras políticas públicas foram instituídas visando atender a cada item previsto como direito fundamental para a qualidade de vida da população brasileira.

De acordo com Silva e Silva (2000, p. 39)

Adoção da política é o momento decisório de escolha de uma alternativa de política para enfrentamento da situação-problema, tendo como sujeito relevante nessa ocasião o legislativo. Nesse momento, a política é transformada num programa com base em critérios técnicos apresentados pelos formuladores e em critérios políticos do próprio legislativo ou defendidos pelo executivo. Uma alternativa de política para ser adotada depende, por conseguinte, do suporte da maioria do legislativo, do consenso entre dirigentes ou de decisão judiciária.

Desta maneira, as questões de saúde no Brasil, são ainda pouco difundidas, as políticas públicas e leis que tratam da temática, ainda não são suficientes para atender as necessidades culturais e estruturais de uma maneira geral. Nos próximos subitens, explicaremos as dinâmicas das políticas públicas de saúde indígena, bem como, as leis que abordam e sua estrutura para atender especificamente este público. A partir dessas constatações, serão identificados alguns elementos e ferramentas de políticas públicas, bem como as ações e não ações identificadas em relação à saúde indígena de Roraima.

3. AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE INDÍGENA

A questão da saúde indígena em todo o país é um tema que vem sendo aos poucos discutido, mesmo que ainda de forma pouco abrangente. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o Censo de 2010 apontou que a população indígena brasileira correspondia a 0,42% da população total do país, ou seja, aproximadamente 817.963 pessoas que são pertencentes a 305 etnias e falantes de 274 línguas (PEREIRA *et al* 2014, p. 1078).

Historicamente, a Região Norte, manteve a maior parcela (48,6%), o que representa a maior concentração da população. O Estado de Roraima é o estado do país com a maior população indígena. Segundo o Censo 2010 divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 49.637 pessoas se declararam indígenas no estado, que possui 450.479 habitantes. Sendo que o maior percentual estar no município de Uiramutã, essa região, ocupada parte da terra indígena Raposa Serra do Sol, 88,1% da população é indígena. Os municípios de Normandia 56,9% ocupa a segunda posição no ranking, seguida por Pacaraima 55,4% e Amajari com 53,8%.

Na região Norte, os estados de Roraima e Amazonas são os que possuem municípios com maior proporção de população indígena do país. Sendo que nestes dos municípios estão localizados o distrito sanitários Indígenas o Leste e Yanomami. As comunidades indígenas apresentam características próprias, como a organização e a autonomia. Conforme afirmam De Paula e Vianna (2011, p. 19)

As sociedades indígenas habitam porções de seus antigos territórios, que se chamam, por isto mesmo, terras indígenas, mas que são partes integrantes de um território e de uma sociedade mais ampla: o Brasil. [...] Os povos indígenas são, portanto, sociedades não estatais, com formas próprias de organização política, que convivem legalmente dentro de uma sociedade estatal mais ampla.

De acordo com o Instituto Socioambiental – ISA (2012) desse total da população, 315.180 vivem nas cidades e 502.708 em aldeias. Para atender a demanda das necessidades culturais, epidemiológicas e geográficas dos povos indígenas por saúde pública, principalmente por conta da presença de doenças infecciosas, parasitárias e epidemias de viroses como a gripe e o sarampo, foi instituída através da Lei 9.836 de 1999 o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), como um componente do Sistema Único de Saúde (SUS) e com o objetivo de estabelecer um modelo complementar e diferenciado no atendimento ao indígena (SANTOS E COIMBRA JR., 2003).

Como estamos tratando de tema um tanto complexo, não podemos deixar de ressaltar que as questões culturais como: religião, língua, costumes e ideologias, devem ser levadas em consideração principalmente no que se refere ao tratamento da saúde dos índios. A Carta maior, leva em considerações tais práticas, porém a realidade é outra, falta muito para que os objetivos sejam cumpridos, ou seja para que a lei torne-se de eficácia plena. A implantação de políticas públicas voltadas a saúde indígena, tem que atender as diferenças peculiares de cada povo, visto que existem diferenças entre os mesmos, de acordo com cada região, neste caso de acordo com seus distritos.

A política nacional de atenção à Saúde dos Povos Indígenas, está inserida em leis e na Constituição Federal, onde esses direitos à saúde de qualidade devem ser específicos, e devem respeita os povos tradicionais. Esse tipo de política tem como o objetivo garantir aos povos indígena, o acesso integral para um atendimento eficaz, além de prevenções de outras doenças, de acordo com que recomenda o SUS, que é complementado pela lei Arouca, que diz que, deverá ser respeitado a diversidade social, geográfica e histórica, para que se possa favorecer povos historicamente negligenciado pelo Estado, tentando de certo modo superar fatores que tornaram os indígenas um povo esquecido e excluído do processo de inclusão a saúde de qualidade (SARCINELLI, 2009).

Pode se dizer então, que a necessidade de compreender até onde essas políticas públicas são efetivadas na prática, ou seja, com relação a ausência ou não da capacidade de resolver esses problemas dentro de uma unidade do SUS, que se faz a importância social da presente pesquisa no sentido de traçar um panorama, mesmo que parcial da situação de atendimento dos indígenas aldeados em hospitais públicos.

Historicamente os povos indígenas sempre tiveram seus direitos usurpados desde a invasão dos seus territórios pelos europeus em busca de riquezas e exploração de minérios, plantas e conquistas de novas terras, além de exploração com trabalhos escravos e utilização de seus conhecimentos local pelos exploradores europeus. A história desses indígenas foi marcada

por grandes conflitos e destruição de suas tradições e cultura, além da perda de espaço geográfico e os genocídios de muitas etnias (HECK *et al*, 2005).

Ao longo de todo esse processo de exploração por parte principalmente dos europeus, algumas mudanças, mesmo que pequenas ocorreram, em relação entre os indígenas e não indígenas. A mais positiva ocorreu com a constituição de 1988, seus direitos individuais e coletivos foram, por fim, aceitos pelos constituintes, mesmo que de forma tímida e carregada de restrições, ocorreram alguns avanços e conquistas merecidas para esses povos esquecidos pelo próprio Estado (FIGUEIREDO, 1997).

Com a Constituição Federal (CF) e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ambos em 1988, foi reconhecido o direito dos povos originários às suas terras e a um tratamento diferenciado a eles. Mesmo com essa conquista de reconhecer os seus direitos e mostrar ao Estado suas responsabilidades em atender e fazer com que esses princípios norteadores de direitos fossem colocados em prática, muitos caminhos ainda teriam que ser percorridos.

O artigo 196 da Constituição de 1988, que trata de norma de eficácia limitada de natureza programática, que implicaria na aplicabilidade imediata e, para alguns, inviabilizaria a sua cobrança direta perante o Poder Judiciário em caso de ausência de espécie infraconstitucional – lei, decreto ou portaria, por exemplo – que concretize a política pública, o papel do Estado neste sentido é de regulamentar leis, para que essa eficácia seja plena. (BRASIL, 2013)

Neste caso, os princípios constitucionais em que trata o artigo, norteiam também os artigos 231 da própria CF 88, inicia seu regramento estatuinto que “são reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os bens”.

Ou seja, para que os indígenas tenham acesso direto e de qualidade a qualquer serviço prestado pelo Estado, deverá atender suas necessidades culturais e cuidados com sua saúde, neste sentido, são necessários leis específicas que tratem das diretrizes, fundamentos e princípios que direcionam suas práticas e atendam as reais necessidades dos povos indígenas.

Partindo deste contexto, observamos que a inclusão destas normas norteiam também as políticas públicas de saúde indígena, e se relacionam com a questão das políticas públicas para a inclusão mais plena da saúde indígena, como é o caso da lei nº 9.836 de 1999, que dispõe sobre a criação de subsistemas específicos para a saúde indígena. Com a nova atuação por parte dos órgãos oficiais de saúde (Fundação Nacional da Saúde/FUNASA, atualmente desmembrada pela Secretaria Especial de Saúde Indígena/SESAI) em atendimento a essa nova legislação

(SILVA E BETHONICO, 2010, p. 251), sendo assim, a importância de leis como esta, aumentam as possibilidades de atendimentos especializados dentro do Sistema Único de Saúde.

As políticas públicas voltadas para os indígenas têm como referência um complexo de ações e atividades adotadas pelo Estado. Nessa lógica, saúde, educação, meio ambiente, desenvolvimento sustentável podem ser tratadas como políticas setoriais que constituem programas de políticas públicas voltadas para a saúde indígena. O objetivo das políticas públicas é nortear planos, metas e ações governamentais em todas as esferas, que se voltam para solucionar problemas de interesse público, podendo ser específicos ou gerais. A saúde pública está entre esses programas de governo que tem como meta, melhorar as condições da população, por exemplo.

Como explica Souza (2006, p. 26)

A política pública é o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real.

Nesta perspectiva, a finalidade de qualquer política pública é atender as necessidades de um público-alvo, que necessita de uma atenção diferenciada e, que, com a implantação dessas práticas, facilite sua dinâmica de vida, com a qualidade de serviços prestados, garantindo o mínimo de bem-estar social para os mesmos. Nesta linha de pensamento, a questão da saúde pública é fundamentalmente imprescindível para atender a demanda social, sendo necessário para tal, políticas públicas para se chegar ao objetivo das mesmas, que é promover um serviço de qualidade para a população como um todo.

Diante destes argumentos, podemos perceber que existem necessidades específicas de atendimento dentro dos pilares estruturais da esfera pública. Esta tem por obrigação a promoção de serviços públicos (de qualidade) para diversos seguimentos da sociedade civil, e também das sociedades complexas, como as comunidades indígenas. A saúde indígena está longe de ser bem assistida, apesar de haver programas de governo que tentam de alguma maneira suprir a ausência do estado nessas questões, ainda se encontram muitas lacunas nesses programas e políticas, sobretudo com relação a assistência e a prevenção de doenças nas áreas mais afastadas e isoladas, como acontece em algumas comunidades indígenas. (BEHRING & BOSCHETTI, 2006).

As perspectivas das políticas públicas devem interagir com o Sistema Único de Saúde,

no entanto, esse diálogo é muitas vezes precário e falha em buscar um estreitamento dessa interação. Como consequência disso, aumenta também a distância da própria sociedade, ficando, dessa forma, mais difícil para se aproximar e entender as reais necessidades da população.

Dos problemas que afetam esse processo, a falta de integração das políticas públicas, apesar de inúmeros debates em conferências e discussões, nos mostra, a incapacidade do Estado de integrar pessoas dentro do próprio processo. Entretanto, também demonstra que o intenso exercício de democracia, historicamente vivenciado pelos atores sociais na saúde, resulta em conquistas e realizações. Tais avanços ainda são muito recentes e requerem prática e resistência por parte dos movimentos sociais para pressionar melhoras na prestação de serviços públicos (PIANA, 2009).

Diante destas informações, podemos adentrar na questão da saúde indígena, seus problemas e suas perspectivas. Quando nos deparamos com políticas públicas voltadas para esse seguimento, percebemos claramente vários entraves que dificultam as estratégias políticas e sociais. As questões das diferenças culturais, até mesmo dentro das inúmeras etnias, claramente não são bem interpretadas e dificultam qualquer meio de desenvolvimento externo para os indígenas.

Como explana, Freire (1996, p.75)

Escutar significa a disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta para a abertura à fala do outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro [...] é escutando bem que me preparo para melhor me colocar, ou melhor, me situar do ponto de vista das ideias. Como sujeito que se dá ao discurso do outro, sem preconceitos, o bom escutador fala e diz sua posição com desenvoltura.

Neste sentido, a alteridade faz-se necessária para esse processo de transformação, através de um olhar diferenciado, onde o estranhamento é elemento fundamental para melhorar a qualidade do serviço de saúde prestado pelo Estado através das políticas públicas indígenas. A diversidade étnica e cultural dos pacientes indígenas, mostra-se como um campo de conhecimento com muitos desafios e também muitas perspectivas (RIBEIRO, 2014).

As políticas públicas de saúde indígenas exigem uma análise da relação entre o Estado e os povos indígenas, a atuação do poder público é fundamental, para que o Estado seja capaz de oferecer serviços de saúde de qualidade aos povos indígenas, que necessitam de um atendimento especializado e dependem deste tipo de atuação do Estado, através de tais políticas, para desta maneira melhor atender as necessidades peculiares destes povos (MARTINS, 2013).

O subsistema passou por um intenso processo de implantação de distritos sanitários, surgindo assim, uma rede de serviços de atenção à saúde diferenciada, que observasse e respeitasse aspectos da cultura indígena e da multiplicidade étnica existente entre tantas etnias.

A literatura disponível que nos norteiam nestes estudos que analisam o processo histórico de saúde indígena no Brasil, são poucas, bem como os recursos que nos retratam a realidade atual, e também da carência de pesquisas institucionais, sobre o tema políticas públicas e desenvolvimento na saúde pública, nos traz grandes barreiras, dificultando o conhecimento da dimensão dos resultados, de como essas políticas estão sendo ou não eficazes, e se o público-alvo está satisfeito com a prestação dos serviços em questão.

As políticas de saúde indígena no Brasil, vem ganhando espaço, principalmente depois das Conferências Nacional de Saúde, que representou um importante momento de avaliação da situação da saúde no país e de formulação de diretrizes para as políticas públicas no setor, reunindo cidadãos pela defesa da garantia de direitos, em atenção às necessidades da população. Um marco destas conferências foi realizada em 1986, onde diretrizes importantes foram consolidadas a partir de debates e discussões acompanhado da sociedade civil e movimentos sociais sobre a saúde indígena (GUIZARDI, 2004).

Depois da constituição de 1988, fomentou-se dispositivos e obrigações para que o Estado intervisse diretamente na qualidade de serviço de saúde prestados à população em geral. Mesmo de forma tímida e limitada, ganhou espaço para debates com a implantação do SUS; outras diretrizes voltadas para os povos indígenas também surgiram, a principal delas a Lei Arouca (Lei nº. 9.836), de 1999, da qual já mencionamos, 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 se constitui como o principal dispositivo legal da saúde indígena.

Como explica Piola (2009, p. 112-113)

A universalidade do direito à saúde e a garantia de integralidade da atenção são princípios que expressam a solidariedade social e o compromisso da sociedade com o respeito ao atendimento das necessidades de saúde, independentemente condições pessoais, econômicas e sociais.

Através destas políticas se ofereceu elementos para uma melhor compreensão sobre a maneira de intervenção do Estado junto aos povos indígenas, observando o perfil de atuação e desempenho do poder público no campo da saúde indígena e também os avanços conquistados. As lacunas que permanecem e os desafios que se renovam no árduo compromisso de oferecer

serviços de saúde às populações indígenas, torna-se importante discutir, tais políticas públicas e seu reflexo no atendimento dos indígenas na unidade hospitalar, observando a Atenção de Saúde Indígena, destacando as estratégias e os principais problemas enfrentados; além de analisar os resultados alcançados pela implementação da política de saúde indígena (MARTINS, 2013).

A Lei Arouca é fundamental para a análise deste trabalho, ela é responsável pela organização do fluxo de atenção à saúde indígena, pela definição dos dispositivos e aspectos gerais sobre o financiamento, modelo assistencial, relações entre o SUS e o subsistema, a participação social, que abrange desde o orçamento repassado pela União, para Estados e Municípios, implantação do modelo de Distrito Sanitário Especial Indígena, o direito da população indígena à participação de organismos colegiados, o acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, entre outros dispositivos que implementam o andamento das políticas de saúde indígena. (MARTINS, 2013).

A referida lei, regulamenta as condutas e fluxos de Distritos Sanitários Indígenas, tendo como principal fundamento a criação de condições adequadas para uma assistência de qualidade à saúde indígena, gerando assim políticas de saúde indígena, criando nortes para que as diretrizes estabelecidas pela lei e com a constituição federal possam atuar juntas e dar mecanismos necessários para que se possa realizar uma assistência de qualidade aos povos indígenas. Isso seria possível a partir de transferências de recursos humanos e financeiros da FUNAI para a FUNASA, isso foi possível desde 1999, com a lei aqui citada (9.836/99) que estabeleceu a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena que foi vinculado ao Sistema Único de Saúde – SUS.

Junto a lei Arouca, foram criados os Distritos Sanitários Especial Indígena, uma unidade organizacional da FUNASA, que tem como papel central a organização de ações da saúde indígena e o SUS. A CASAI, esta articulada com a FUNASA, é está localizada em municípios dos Estados, sua função é acolher os indígenas que vem referenciados dos distritos, em busca de assistência no SUS. A CASAI, do município de referência do SUS, do Estado de Roraima, está Localizada na cidade de Boa vista capital do Estado.

As Casas de Apoio à Saúde Indígena - CASAI's - foram criadas para dar suporte a esses pacientes e acompanhantes, elas têm por função alojar e prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia. Na maioria das vezes, as CASAI's estão localizadas em municípios próximos aos territórios indígenas ou em grandes centros que dispõem de serviços de saúde especializados. Essas unidades devem acolher e organizar o fluxo de atendimento

(FUNASA, 2017).

Figura 2 – Vista parcial da CASAI em Boa Vista/RR (2017)



FONTE: Folha de Boa Vista (2017).

Conforme a estruturação legal da saúde indígena a nível nacional, a CASAI deveria atuar dentro e nas proximidades das terras indígenas tratando das enfermidades mais simples e convencionais, enquanto que problemas mais específicos devem ser encaminhados ao SUS e aí sim, com o auxílio das CASAI's.

As referidas, funcionam como um lugar de apoio aos indígenas quem vem das comunidades por remoção. As casas estão localizadas nos municípios estratégicos e recebem os usuários, para acolher e assistir os indígenas referenciados a rede de serviços do SUS, as CASAI analisarão ações complementares de situação básica e de atenção especializada e isso se estendendo essas ações aos acompanhantes quando houver necessidades (FUNASA, 2017).

A FUNASA, através da Portaria MS-GM Nº 1.163/1999, também desempenha papel fundamental neste processo, entre seus dispositivos está o de promover e organizar a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas DSEI, visando facilitar o acesso dos povos indígenas às ações e serviços básicos de saúde.

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI são unidades de responsabilidade sanitária federal, correspondentes a uma ou mais terras indígenas criados pela Lei Nº 9.836 de 24 de setembro de 1999. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena está organizado na forma de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e como um subsistema em perfeita articulação com o Sistema Único de Saúde, atendendo as necessidades e diretrizes tais, como: 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 sociais formalizadas em todos os níveis de gestão (FUNASA, 2001).

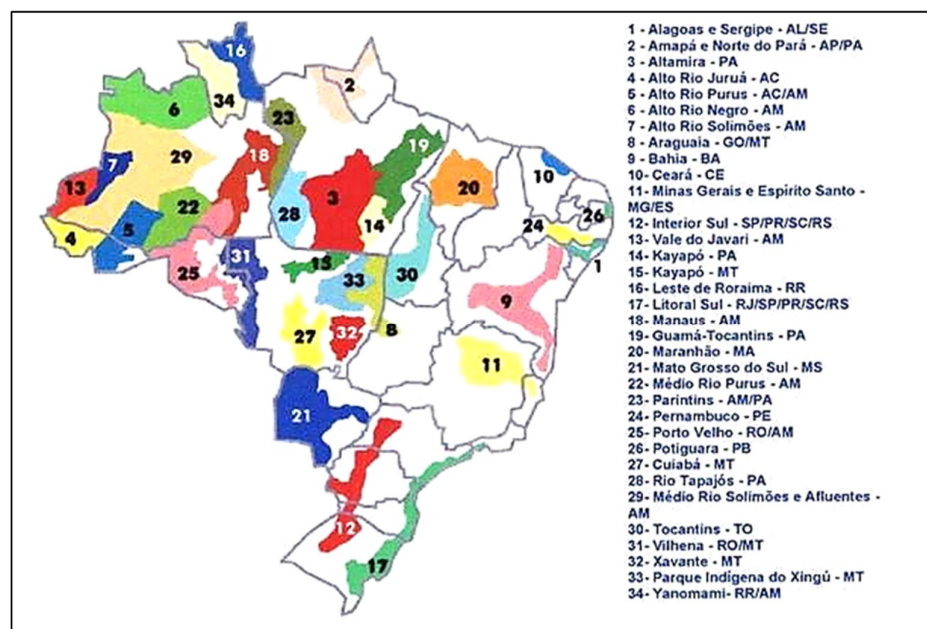
Segundo o Ministério da Saúde (2017)³ a finalidade dos DSEI é:

O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) é a unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Trata-se de um modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etno-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 o Controle Social.

As ações e serviços organizados pelos DSEI (Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena) se dirigem aquilo que se acordou como Atenção Básica em Saúde, também conhecida como Atenção ou Cuidados Primários à Saúde, sendo dirigidos principalmente aos povos indígenas que vivem em aldeias e/ou territórios indígenas (MARTINS, 2013).

Atualmente no Brasil existem 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas que são divididos estrategicamente por critérios territoriais, todavia não necessariamente são divididos por estados, de acordo a figura 3. Vejamos o mapa dos distritos de sanitários especiais indígenas no Brasil

FIGURA 3. Mapa dos Distritos Especiais Sanitários Indígenas no Brasil



Fonte: FUNASA, 2013.

³ Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-indigena/saneamento-e-edificacoes/dseis>

Os Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena são conceituados pelo Plano Nacional de Saúde Indígena (2012, p. 13) como

um modelo de organização de serviços - orientado para um espaço etno-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.

Esses distritos Sanitários Especial Indígena são ligados a FUNASA, e englobam conjuntos de ações básicas, articuladas com SUS. Essa estrutura é composta pelos postos de saúde, polo base e casa do Índio. Vamos explicar qual é a finalidade de cada uma dessas unidades.

Segundo Brasil (2014), o polo base é a primeira referência para a equipe multidisciplinar da saúde indígena, e tem como objetivo atender grande parte das demandas de saúde das comunidades envolvidas, estabelece referências dentro do polo de atendimento, eles são divididos em dois: O polo Base I está localizado nas comunidades (terra indígena) e tem como atividade a prevenção de doença. Já o polo base II, está localizado no município de referência e funciona como apoio técnico e administrativo, isso porque não executa atividade de assistência à saúde, estas atividades de assistência multidisciplinar, serão realizadas nos centros de referências dos municípios ligados ao SUS, onde estão localizadas as CASAIs. O posto de saúde, tem como função desenvolver as atividades hierárquicas através da sua estrutura física, para que desta maneira os agentes de saúde envolvidos possam desenvolver suas atividades de maneira organizada.

Desta maneira, quando o problema de saúde dos indígenas não podem ser solucionados nos polos bases, os indígenas que são removidos para um atendimento mais especializado, por meio de aeronaves, carros da SESAI, são encaminhados ao município de apoio, e basicamente acolhidos pelas CASAIs, quando a situação do indígena envolve uma complexidade ou uma gravidade maior que não possa ser resolvida dos distritos, eles são encaminhados para os municípios de referência, no caso do Estado de Roraima, para Boa Vista. Dependendo da situação nem passam pela CASAI, vão direto para as unidades de referência, no caso das crianças indígenas que é nosso foco de estudo são encaminhadas para o HCSA. Os casos de menos grave, ficam na CASAI.

Além disso, cada DSEI é composto por um Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) que é responsável por fiscalizar, debater e apresentar políticas para o fortalecimento da saúde em suas regiões. Ou seja, é no CONDISI (Conselho Distrital de Saúde Indígena) com

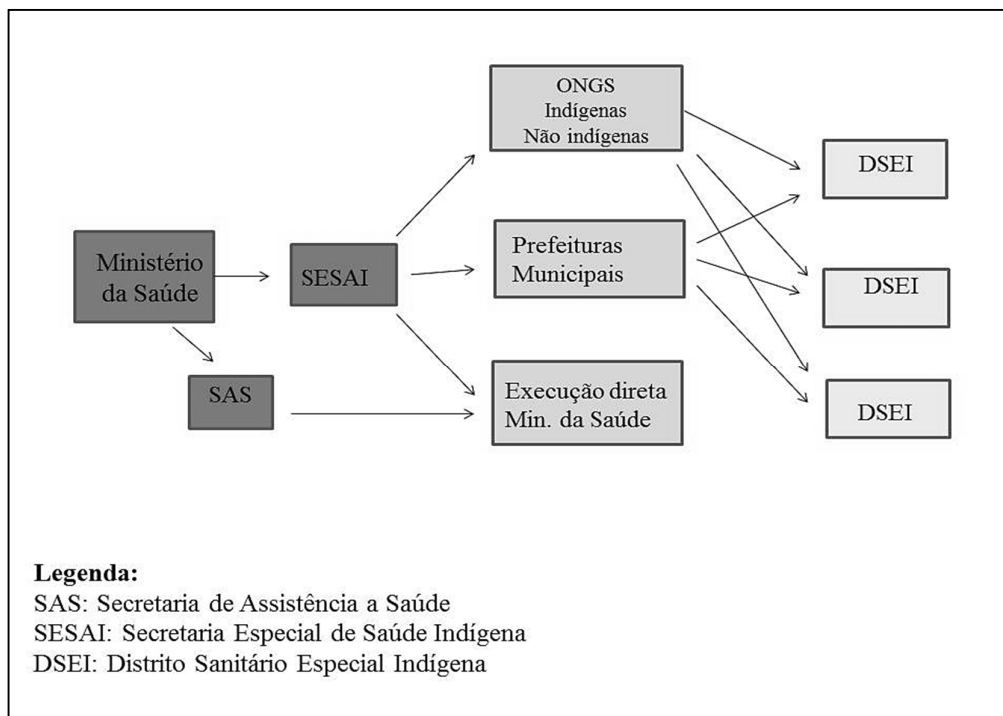
forma de participação paritária, que se deliberam as questões referentes a saúde indígena em todos os níveis, bem como é por meio deste também, que as demandas da população indígena são apreciadas.

Diante das demandas e da necessidade de políticas específicas, com maior participação indígena, inclusive na sua formulação, e diante todo o processo histórico:

No ano de 2010 foi publicado o decreto N° 7.336/MS que formalizou a decisão governamental de repassar a gestão do subsistema de saúde indígena para a recém-criada Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) que recebeu as atribuições anteriormente desenvolvidas pela FUNASA. A criação da SESAI não retirou as atribuições que a SAS já desenvolvia junto aos sistemas municipais de saúde no âmbito da saúde indígena (GARNELO, 2012, p. 25).

A Secretaria Especial de Saúde Indígena foi instituída pela Lei 12.314, de 19 de agosto de 2010, e pelo Decreto n° 7.336, de 19 de outubro de 2010, havendo posteriores revogações até a edição do Decreto n° 8.065, de 07 de agosto de 2013. A SESAI passou a compor a estrutura do Ministério da Saúde, ficando organizada da seguinte forma:

Figura 4. Organização da gestão do Subsistema de Saúde Indígena.



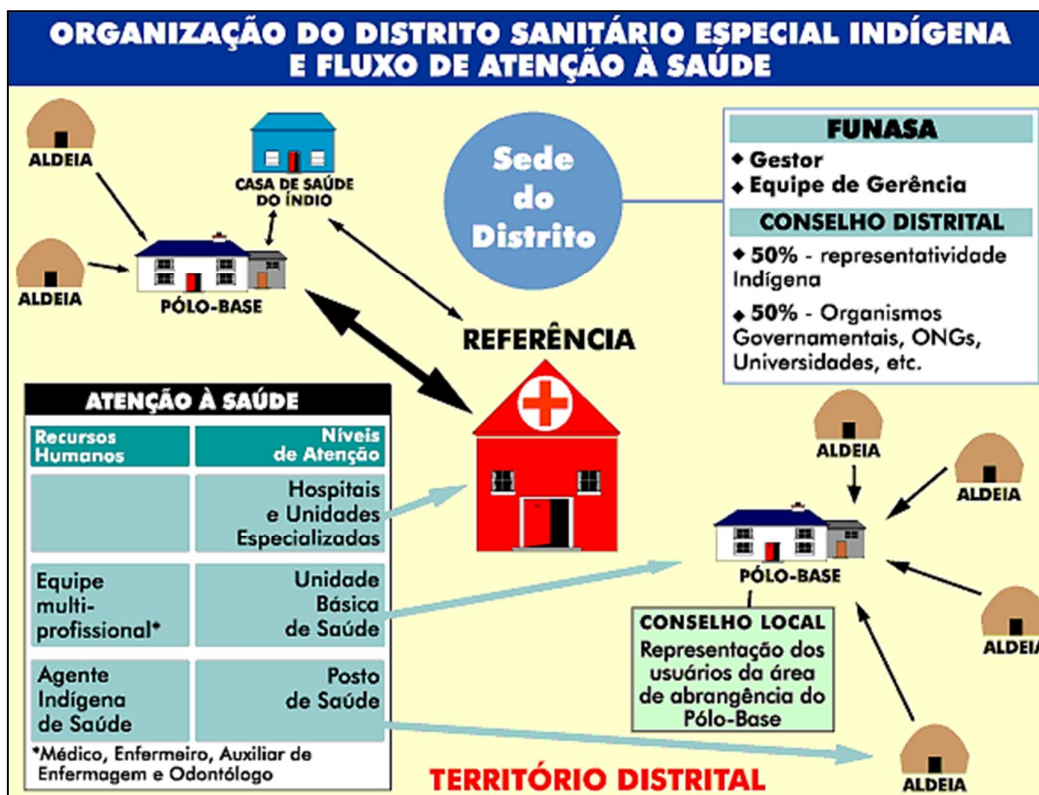
Fonte: Adaptado de GARNELO, 2012.

É possível observar na Figura 4, que a nível estadual nenhuma responsabilidade é

repassada aos governos, ou seja, as representações neste nível estão sob a égide dos DSEI's. Mas, na prática o que se observa é que o Estado cumpre o papel de atendimento a saúde indígena por meio da universalização e equidade garantidas tanto na CF 1988, como na Lei 8.080, atuando de forma complementar.

Em suma, as políticas públicas de saúde indígena são recentes e suas estruturas governamentais ainda estão em formação. Vejamos como organizado o fluxo de atendimento dos DSEI's. A figura 5, ilustra o organização do fluxo de atendimento, desde das comunidades indígenas até a chegada dos mesmos ao centro referenciado pelo SUS.

Figura 5. Fluxo de Atendimento à saúde Indígena



Fonte: FUNASA, 2013.

Desta maneira, é conhecida a maneira da organização e estrutura dos distritos, podemos receber que se trata de um tema complexo, para tanto é necessário uma reflexão da realidade das políticas públicas que envolvam os direitos ao acesso de uma saúde de qualidade aos indígenas, propondo uma discussão dessa realidade, Será que existe uma preocupação por parte dos governantes de atender as necessidades dos povos citados? Tanto se fala dos mesmos, mas qual é a real é real situação dessas políticas no Brasil e em Roraima, se elas existem, são

realmente eficazes? E o que teremos responder nos próximos itens.

3.1. Historicidade das políticas de saúde indígena.

As políticas adotadas durante muitos anos em prol dos indígenas, foram as de catequizar e civilizar, chegando inclusive a ciência a pregar que os índios assim chamados genericamente, estavam em processo evolutivo⁴. De acordo com Coelho (2003, p. 202)

As primeiras políticas públicas para os povos indígenas tinham como eixo a catequese e a civilização e foram “terceirizadas”: o Estado delegou às missões religiosas a tarefa de executá-las. [...] A estratégia de atuação baseava-se nos aldeamentos que reuniam diferentes índios, através dos descimentos.

Assim, com a independência do Brasil houve a necessidade de se criar uma nação, homogeneizando os índios e tornando-os cidadãos brasileiros, mais uma vez sem considerar a diversidade, na perspectiva de integração progressiva dessas populações à sociedade, submissão às leis existentes e à comunhão nacional com a ideia de igualdade, subentendo a negação da diferença (COELHO, 2000).

Como se lê em Luciano (2006, p.178)

A política indigenista inicia-se no Brasil em 1910, com a criação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), com o objetivo de minimizar os conflitos gerados pela ocupação de seus territórios por diversos agentes econômicos em expansão, tais como fazendeiros, mineradoras, madeireiras e outras empresas. [...] O SPI acabou por servir muito mais aos interesses dos grupos econômicos do que em garantir os direitos dos indígenas, que viram seus territórios serem reduzidos e ocupados.

Inicialmente, a atuação das instituições públicas indigenistas se deu por meio do Serviço de Proteção ao Índio criado em 1910, que foi substituído em 1967 pela FUNAI, um dos objetivos desse órgão era de controlar os indígenas, que poderiam parecer “perigosos” e com comportamentos considerados inadequados perante a sociedade dominante, Essas relações de poder reprimiam e desconsideravam totalmente a cultura e os costumes indígenas, mesmo com a criação do referido serviço, logo no início de 1910 não haviam políticas de saúde específica para os indígenas, p que ocorriam eram atendimentos feitos pelos missionários da época.

A FUNAI, foi o órgão criado durante a ditadura militar que substituiu o SPI, a lei 5.371/67 estabeleceu diretrizes e garantias para a cumprimento de políticas públicas

4 O evolucionismo – Apesar da postura protecionista adotada, o Estado não abdicou de concepções que encaravam o fim dos povos indígenas como uma realidade inexorável em face da evolução humana. Com uma visão evolucionista, o Estado pressupunha que os povos indígenas “não eram” índios, apenas “estavam índios”, o ser índio era uma situação passageira (ROCHA, 2003, p. 84).

indigenistas, responsável pela implementação de tais políticas ligadas aos indígenas, com princípios que nortearão suas ações, O artigo 1º da referida lei explica:

- a) respeito à pessoa do índio e às instituições e comunidades tribais; b) garantia à posse permanente das terras que habitam e ao usufruto exclusivo dos recursos naturais e de todas as utilidades nelas existentes; c) preservação do equilíbrio biológico e cultural do índio, no seu contato com a sociedade nacional; d) resguardo à aculturação espontânea do índio, de forma a que sua evolução sócio-econômica se processe a salvo de mudanças brutais;
- II – gerir o patrimônio indígena, no sentido de sua conservação, ampliação e valorização; III – promover levantamentos, análises, estudos e pesquisas científicas sobre o índio e os grupos sociais indígenas;
- IV – promover a prestação da assistência médico-sanitária aos índios;
- V – promover a educação de base apropriada do índio, visando a sua progressiva integração na sociedade nacional;
- VI – despertar, pelos instrumentos de divulgação, o interesse coletivo para a causa indigenista;
- VII – exercer o poder de polícia nas áreas reservadas e nas matérias atinentes à proteção do índio.

Vistos como um obstáculo para o progresso do país, as políticas adotadas eram de caráter integracionista e sem reconhecimentos à diversidade etnocultural e a pluralidade dos povos indígenas. Políticas elaboradas pelo Estado baseadas apenas na submissão e tutela dos índios, tratados então, como seres incapazes. Quando instituído o SPI, a saúde indígena não era tratada como uma problemática, mas as doenças apresentavam-se como um dos principais fatores de diminuição das populações indígenas, tornando-se a partir disso, um problema para o Estado.

Em vista desses problemas, o governo brasileiro, no processo de reorganização pelo qual passou a política indigenista no período pós-1930, criou por intermédio do SPI, mecanismos institucionais de assistência a saúde indígena, sob a orientação do Ministério da Saúde. Até então, a assistência à saúde prestada pelo SPI vinha sendo, de maneira geral, esporádica e desorganizada. A assistência primária dava-se nos postos indígenas ou nas frentes de atração [...] (ROCHA, 2010, p. 124).

Nos anos 40 é apresentado pelo médico sanitário Noel Nutels, o projeto de implantação de “unidades volantes”, acompanhada das primeiras discussões sobre a necessidade de criação de reservas indígenas, como alternativa de proteção contra a entrada de doenças e diminuição da alta taxa de mortalidade. O sanitário acreditava que dessa forma, seria estabelecida uma “cortina sanitária”, possibilitando a preservação das culturas indígenas, ao mesmo tempo que garantiria a sobrevivência física e cultural dos índios (ROCHA, 2010, p. 125).

Nesse sentido, Terena (2013, p. 58) afirma que “Uma política indigenista, mesmo com

todas as formas legais garantidas não existe sem antes garantir um dos direitos coletivos de cada Povo Indígena, como a demarcação de terras”. A partir dos anos 50, ações de saúde, inclusive de prevenção por meio da vacinação, começaram a ser realizadas resultando no ano de 1956 na criação do Serviço de Unidade Sanitária Aérea, sendo de responsabilidade do Departamento de Endemias Rurais do MS, em parceria com a FAB/CAN para o deslocamento das equipes volantes.

Entretanto as ações de saúde não conseguiam alcançar todas as regiões de responsabilidade do SPI, nas áreas não alcançadas, a única assistência ofertada era a distribuição de medicamentos, mas sem qualquer prescrição médica. Tendo assim, o SUSA durado até 1968 quando foi incorporado a Unidade de Atendimento Especial, e as responsabilidades foram transferidas para a FUNAI (ROCHA, 2010).

Segundo Luciano (2006), em 1967 a FUNAI substituiu o SPI, mas herdou e manteve a política de tutela, atendendo aos interesses do governo, o que só veio a começar a mudar a partir de 1988 com a Constituição Federal ⁵, quando se reconheceu o protagonismo e o direito de participação dos povos indígenas, passando então a se conceber programas específicos como ação indigenista e de interesse das populações indígenas.

O chamado milagre econômico brasileiro, que na década de 1970, durante a ditadura militar (que tinha como plano de fundo, a implantação de um plano a para “ocupar” a Amazônia e um plano de integração nacional), plano esse que via a população indígena como obstáculo ao desenvolvimento econômico (Dovis, 1978). Fato esse demonstrado com a abertura da BR 174, na divisa dos Estados do Amazonas com Roraima. Durante a construção da rodovia (que liga Manaus a Boa vista), houve o extermínio de etnias indígenas. O ‘massacre’ ocorreu em outubro de 1968, no Amazonas, envolvendo os indígenas Waimiri-Atroari (PEREIRA, 2013).

Esses indígenas eram vistos como inferiores e não lhe deram o direito de reagir ou reivindicar o que se chamava de vazios demográficos (BECKER, 2008). O termo utilizado pelo Estado como pretexto para iniciar e dá subsídios para os grandes fazendeiros, com a política de “integrar para não entregar” (SANTANA, 2000) não somente para os indígenas mas também os ribeirinhos e outros grupos sociais que ali viviam, Com uma visão militar iniciada na década de 1960, processo de ocupação da Amazônia muitas vezes “se fez em surtos a partir da

5 A Constituição que criou tão profunda ruptura tem em sua estrutura algumas brechas, armadilhas nas quais o aplicador ou o titular do direito acabam caindo quando procuram aplicá-la ou simplesmente defendê-la. A primeira provavelmente e mais importante, é a formação de lacunas: o texto constitucional cria direitos, mas não os regulamenta, a ponto de possibilitar sua pronta efetividade (MARES, 2010, p.50). (Fica assim em aberta a possibilidade de direitos constitucionais serem ou não efetivados, dando margem a diversas interpretações da CF 1988).

valorização de produtos extrativos no mercado internacional” (BECKER, 2004, p. 117). Mas é a partir de 1960 que o processo de ocupação passa a ser feito de forma contínua tanto no tempo quanto na extensão do território. Naquele momento o comando da ocupação passa ao controle do Estado brasileiro, através da política de integração nacional. Os indígenas eram tratados como questão de segurança nacional, visto que o Ministério da defesa era o responsável pela terra indígenas.

Os problemas foram aumentando, criações de hidrelétrica, a expansão do agronegócio, o desmatamento ilegal, a grilagem de terras e entre muitos conflitos sociais, associados a disputas de terras, gerados pela ocupação de terras, incluindo a indígenas. Assim os movimentos sociais se intensificaram entre o final dos anos 70 e início dos anos 80, eles reivindicavam ações de governo, em todos os seguintes sociais, desde da previdência social à saúde pública, reivindicavam. Os indígenas participaram ativamente do processo de forma, queriam reafirmar sua identidade, sua cultura e seus direitos usurpados durante séculos, eles se apoiam em organizações não- governamentais (GEDIEL et. al. 2015).

A partir desse processo de reconstrução de sistema político brasileiro, o país iniciou sua redemocratização. Os indígenas mesmo de forma tímida, ganharam espaço para a discussão política, do seu direito a saúde, o bem-estar e preservação de suas terras e cultura. Sabemos que isso tudo é uma conquista que ainda não foi concreta, mesmo assim, ganharam o mínimo de dignidade perante a constituição e a Estado negligente.

Em 1987, foi convocada a assembleia nacional constituinte, os indígenas não puderam participar diretamente, não tinham voz ativa, não podiam ser representados por meio de votos e sim por meio de aliados de outros seguimentos sociais, que defenderam suas propostas e direitos, eles enfrentaram obstáculos ligados aos interesses hegemônicos burgueses (PONTE,2014) mesmo enfrentando todos esses problemas, os indígenas tiveram algumas pautas atendidas, mas a principal que tratava sobre o Estatuto da Sociedade Indígena, não foi aceita, a lei tinha como principal objetivo o respeito a diversidade etno cultural, o respeito a pluralidade e a garantia da permanência de suas culturas, ela substituiria o atual Estatuto do Índio.

Com a promulgação da Constituição em 1988, houve alterações na maneira de como seria abordada a diversidade cultural, seus costumes e tradições, foram taxados como reconhecidos no artigo 231 da atual Constituição, trata-se de uma conquista nunca antes prevista por outras constituintes, de uma maneira geral a União teria a competência e responsabilidade de proteger as tradições, os costumes e suas terras, reconhecendo aos mesmos como mesmos ocupavam tradicionalmente territórios nacionais, vejam agora o que nos diz a CF/88, Capítulo

VIII, artigo 231.

Art. 231. São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens.

§ 1º - São terras tradicionalmente ocupadas pelos índios as por eles habitadas em caráter permanente, as utilizadas para suas atividades produtivas, as imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários a seu bem-estar e as necessárias a sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições.

§ 2º - As terras tradicionalmente ocupadas pelos índios destinam-se a sua posse permanente, cabendo-lhes o usufruto exclusivo das riquezas do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes.

§ 3º - O aproveitamento dos recursos hídricos, incluídos os potenciais energéticos, a pesquisa e a lavra das riquezas minerais em terras indígenas só podem ser efetivados com autorização do Congresso Nacional, ouvidas as comunidades afetadas, ficando-lhes assegurada participação nos resultados da lavra, na forma da lei.

§ 4º - As terras de que trata este artigo são inalienáveis e indisponíveis, e os direitos sobre elas, imprescritíveis.

§ 5º - É vedada a remoção dos grupos indígenas de suas terras, salvo, ad referendum do Congresso Nacional, em caso de catástrofe ou epidemia que ponha em risco sua população, ou no interesse da soberania do País, após deliberação do Congresso Nacional, garantido, em qualquer hipótese, o retorno imediato logo que cesse o risco.

§ 6º - São nulos e extintos, não produzindo efeitos jurídicos, os atos que tenham por objeto a ocupação, o domínio e a posse das terras a que se refere este artigo, ou a exploração das riquezas naturais do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes, ressalvado relevante interesse público da União, segundo o que dispuser lei complementar, não gerando a nulidade e a extinção direito a indenização ou a ações contra a União, salvo, na forma da lei, quanto às benfeitorias derivadas da ocupação de boa-fé.

§ 7º - Não se aplica às terras indígenas o disposto no art. 174, §§ 3º e 4º.

O Decreto nº. 23, de fevereiro de 1991, baixado pelo Governo Federal, definiu as diretrizes que norteariam legalmente o Distrito Sanitário Especial Indígena: “... As ações e serviços serão desenvolvidos segundo modelo de organização na forma de Distrito Sanitários de natureza especial, consideradas as especificidades das diferentes áreas e das comunidades indígenas” (Artigo IV, Decreto presidencial nº 23, de 4 de fevereiro de 1991).

Em 1991, no governo Collor, a responsabilidade pela saúde indígena foi transferida da FUNAI diretamente para o Ministério da Saúde, ano que começaram a ser implantados os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, tendo neste cenário como executora das ações de saúde indígena, a FUNASA, que optou pela transferência de responsabilidade do estado para a esfera privada por meio de convênios, ou seja, terceirização, ou em parceria com outros órgãos públicos com foco nas populações aldeadas. A política Nacional de Atenção à Saúde Indígena

criada no ano de 2002, teve como objetivo minimizar os obstáculos enfrentados pela população indígena em relação ao população não indígena. Desta maneira, o que podemos perceber é que a saúde indígena tem passado por transformações consistentes caracterizadas por um novo paradigma na relação do Estado com os povos indígenas (MAGALHÃES, 2002; LUNARDI, 2004).

É o que e explica o Plano nacional aqui referido, Brasil (2012, p. 13)

Um modelo de organização de serviços - orientado para um espaço etno-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.

O que podemos perceber é que com a criação deste a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASI) foi, criado para compatibilizar os direitos diferenciados constitucionalmente garantidos aos povos indígenas à Lei Orgânica da Saúde, por sua vez, a política não menciona as questões referentes à relação entre gênero e saúde. Desde 2004 as instâncias gestoras do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena ensaiam elaborar uma política pública específica. Segundo o Ministério da Saúde a finalidade dessa política é

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais. [...] Esta proposta foi regulamentada pelo Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Medida Provisória n.º 1.911-8, que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios, em que está incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a FUNASA, e pela Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS. [...] A implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços - voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Para sua efetivação, deverá ser criada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) para essa população. É indispensável, portanto, a adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e a adequação da capacidade do Sistema, tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social. Para que esses princípios possam ser efetivados, é necessário que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada, levando-se em

consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. Assim, dever-se-á desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços (BRASIL, 2012 p. 06 – 07).

A partir dos avanços do Sistema Único de Saúde, tivemos algumas mudanças no que se refere ao atendimento hospitalar. Em 2013, foi instituída por meio da Portaria n° 3.390, de dezembro de 2013, que estabeleceu a Política Nacional de Atenção Hospitalar, as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). (MS, 2018)

O Ministério da Saúde, recentemente estabeleceu novas diretrizes, para que os serviços de saúde prestados às populações indígenas respeitem as tradições e culturas específicas de cada uma. Entre elas, a presença de intérpretes, dieta adaptada às restrições e hábitos da etnia, presença de cuidadores tradicionais e enfermarias exclusivas para povos de recente contato, uma vez que eles são mais vulneráveis a doenças. A portaria, *Portaria 2.663* de 11 de outubro de 2017, é direcionado a estabelecimentos de saúde em nível ambulatorial e hospitalar, como contrapartida à qualificação dos serviços de saúde prestados aos pacientes indígenas (BRASIL, 2012)

Nos próximos capítulos, vamos analisar as políticas públicas regionais voltadas para a saúde especificamente a indígena, Existem no Estado de Roraima e no município Boa Vista/RR, leis específicas e políticas de saúde indigenistas e se sua aplicabilidade dentro deste contexto social e político, são eficaz ou não. Assim, estabelecer e identificar as principais dificuldades encontradas para aplicar as leis e as políticas públicas de saúde indígena, aliadas as leis e as conferências nacionais de saúde, além de disso, os próximos capítulos analisarão o que realmente funcionar e que não funcionar dentro das unidades hospitalar, que no nosso estudo, que é o atendimento o entendimento das crianças indígenas.

3.2. Contextualização da infraestrutura nos DSEI leste e Yanomami no Estado de Roraima.

O Distrito Sanitário Especial Indígena do Leste de Roraima compreende a vinte e nove terras indígenas, organizadas em várias etnoregiões⁶, sendo que, quatro dessas encontram na TIRSS (Terra Indígena Raposa Serra do Sol). Historicamente, ou seja, desde o SPI (Serviço de Proteção aos Índios), mesmo que superficialmente, a infraestrutura nas terras indígenas esteve

⁶ Devido a diversidade socioambiental e organização, as terras indígenas estão subdivididas em etnoregiões, ou seja, é uma divisão político-administrativa utilizadas como referencias tanto pelas organizações indígenas como para os planejamentos de ações políticas, de saúde do DSEI Leste e educação.

sempre voltada para a saúde e a educação, mas não com grandes investimentos e tampouco com qualidade que possa ser reconhecida pelo próprio povo.

Nos últimos anos algumas ações, como a de habitação, começaram a ser implementadas nas comunidades, mas ainda num ritmo muito lento, visto que as políticas públicas dependem das vontades políticas, e, nem sempre são voltadas para a realidade indígena, ou seja, mesmo que as ferramentas existam, os gestores podem ou não executá-las, assim como há aquelas que obrigatoriamente devem se executadas, como a cobertura com o abastecimento de água.

As políticas de saúde das populações indígena estiveram sempre a cargo do Estado, com a ideia de que um dia esses povos se integrariam a sociedade vigente, ou seja, logo eles com suas diferenças deixariam de existir, mas o que se tem visto no decorrer dos anos são ações contrárias, com maior afirmação de identidade e crescimento demográfico.

Para Garnelo (2012, p.19) “o passar dos anos mostrou que tal presunção era infundada, pois, longe de desaparecer, as sociedades indígenas tiveram grande crescimento demográfico, mostram grande vitalidade cultural e ampliaram suas pautas de reivindicação por direitos ligados à diferenciação étnica”. Nesse contexto, faz parte da pauta de reivindicações as infraestruturas de saúde e equipamentos públicos que possam dar qualidade e eficiência às ações de saúde.

Na década de 90 quando a FUNASA iniciou o atendimento à saúde indígena, e tendo como base a importância do saneamento, as ações de infraestrutura adotadas foram as de implantação de abastecimento de água, construção de postos de saúde em conjunto com as comunidades, construção de banheiros coletivos e familiares, lavanderias e fossa seca, bem como, ações como educação ambiental no que diz respeito ao descarte do lixo doméstico. Os banheiros familiares foram construídos em parceria com o Programa Calha Norte, a principal dificuldade das ações estava ligada a manutenção dos equipamentos construídos com a finalidade de uso coletivo, como os banheiros e lavanderias (MINISTÉRIO DA DEFESA, 2010).

As infraestruturas de postos de saúde em geral, são ainda hoje, construídos pelas próprias comunidades como forma de garantir o mínimo de assistência de saúde para a população, além disso, por não ser uma construção direta da FUNASA ou de outro ente público, as manutenções também ficam a cargo das comunidades. A SESAI apenas recebeu a transferência de responsabilidades e o DSEIs Leste reorganizou sua estrutura organizacional, ainda sem estrutura física, ficando ainda na dependência física e funcional da FUNASA.

Atualmente, as políticas de saúde específicas para os povos indígenas são discutidas

amplamente. Demandam-se ações na área, entretanto ainda nada há definido de como deve ser, quais as especificidades e se é possível tê-las, visto que a implantação de infraestrutura e equipamentos requerem mudanças ou alterações no espaço das comunidades ou terra indígena. O que temos ainda são legislações gerais, que contemplam cidades de médio e grande porte, e o mínimo para cidades pequenas, áreas rurais e terras indígenas, está sob responsabilidade da FUNASA e da SESAI respectivamente (ISA, 2006)⁷

As ações para implantação da infraestrutura têm recursos liberados pelo MS, mas são os Conselhos Locais e Distrital que definem quais comunidades serão prioritariamente atendidas. Assim, as comunidades apresentam suas demandas aos conselhos locais e distrital, fazem a solicitação por meio de documentos e estes analisam as necessidades, caso a comunidade seja selecionada pelos conselhos, esta comporá o plano de execução das ações.

Para atender a população indígena de Roraima, a Funasa instituiu, através da portaria Nº110 de 05 Fevereiro de 1999, a criação do Distrito Sanitário Especial Indígena Leste - DSEIL e Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami – DSEIY. O DSEI Leste atende atualmente uma população estimada em 41.689 pessoas, de acordo com os dados populacionais do Sistema de Informação a Saúde Indígena – SIASI/2013.

Tabela 1 - Dados Gerais do DSEI Leste RR, 2013.

População Geral	41.685
Nº de Estados de abrangência	1
Nº de Municípios de abrangência	10
Nº de Polo base	34
Nº de Aldeia	309
Nº de Etnias	7

Fonte: SIASI_SESAI/MS, 2018

As comunidades indígenas apresentam características próprias, como a organização e a autonomia. Conforme afirmam De Paula e Vianna (2011, p. 19)

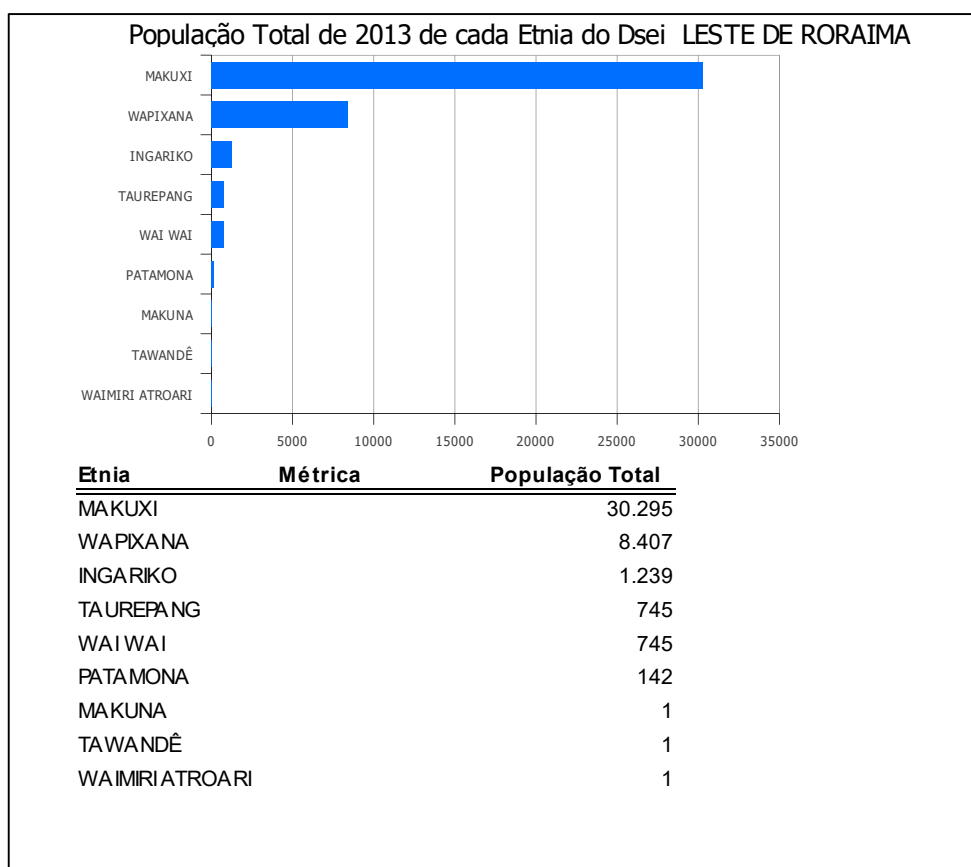
as sociedades indígenas habitam porções de seus antigos territórios, que se chamam, por isto mesmo, terras indígenas, mas que são partes integrantes de um território e de uma sociedade mais ampla: o Brasil.
Os povos indígenas são, portanto, sociedades não estatais, com formas

⁷ Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Sa%C3%BAde_Ind%C3%ADgena

próprias de organização política, que convivem legalmente dentro de uma sociedade estatal mais ampla.

Como vemos no quadro 1, existem várias etnias que vivem nesse Distrito, com um grande percentual de Macuxis, predominam desses territórios, a TI Raposa Serra do Sol, a TI São Marcos, ambas concentrando a grande maioria da população, seguidos de Wapixana, Ingariko, Taurepang, Waiwai, Patamona, Makuna, Tawandê; Cada povo tem seu costumes, apesar de viverem em uma mesma região.

QUADRO 1 - População Indígena do DSEI LESTE



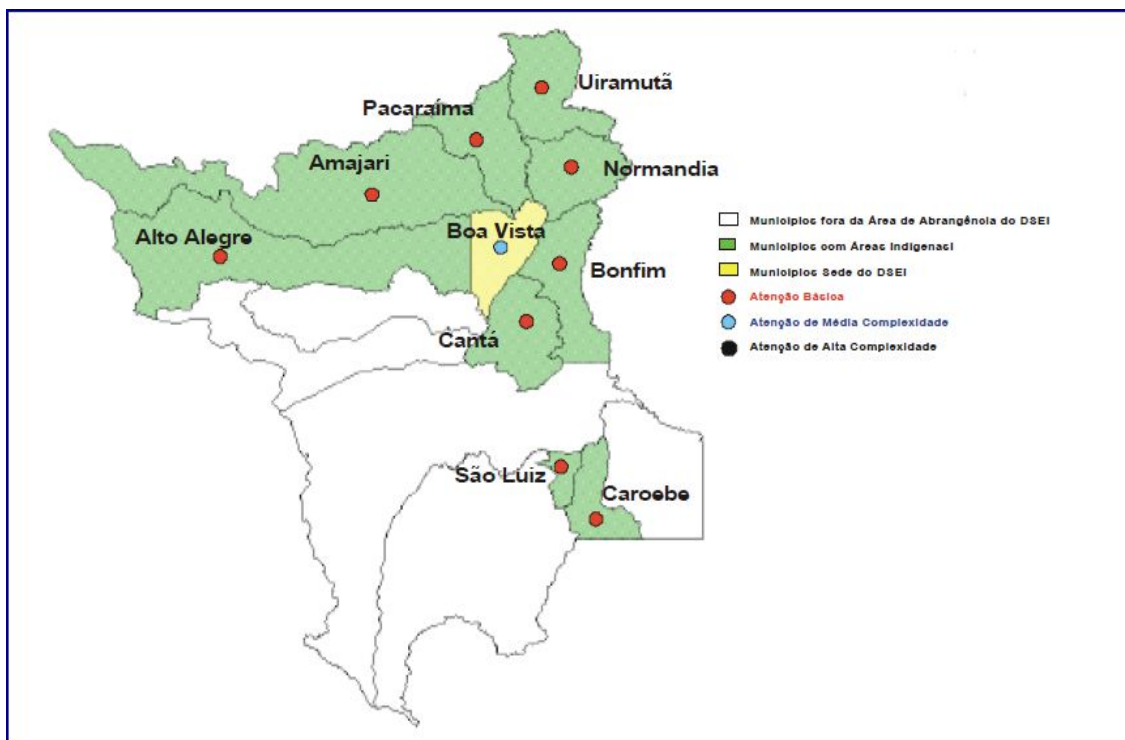
Fonte- SIASI/MS, 2018

Segundo a (Funasa, 2013) a execução das ações de saúde são realizadas em parceria com a Organização Indígena, que é Conselho Indígena de Roraima (CIR), mediante convênio. A rede de atenção básica é composta por equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, que cobrirão os Polos-Base.

A referência para atenção de média e alta complexidade será garantida pela rede do Sistema Único de Saúde – SUS, em articulação com Municípios e Estado. Os municípios do

Distrito Sanitário Especial Indígena- DSEI- Leste são: Alto Alegre, Amajari, Bonfim, Cantá, Caroebe, Normandia, Pacaraima, São Luiz e Uiramutã. A Figura 7 a seguir apresenta a localização desses municípios no estado de Roraima.

FIGURA 6. Municípios que compõem o DSEI- Leste (2013)



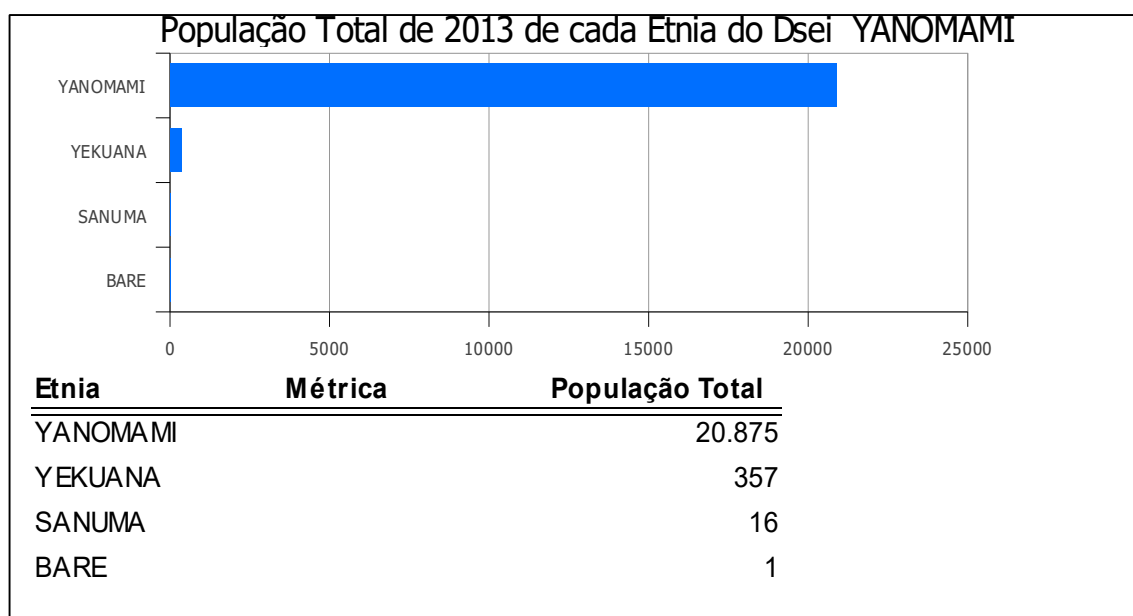
Fonte: FUNASA/2013

Os Macuxí, povo de filiação linguística Karib, falam uma mesma língua. Habitam a região das Guianas, áreas de lavrado e serras de Roraima e região noroeste da Guiana, também no mesmo território partilhado pelos Wapixana (DSEI YANOMAMI 2017). Constituem uma população em contato permanente com a sociedade regional brasileira e guianense. Os Wapixana, povo de filiação Arawak, habitam os campos entre os rios Branco e Rupununi, região politicamente partilhada pelo Brasil e pela República da Guiana. Os Taurepang, também índios de origem Karib, vivem nas proximidades da fronteira com a Venezuela na terra indígena São Marcos, ao norte do Estado de Roraima, ocupando uma pequena área no alto Surumu e limites com a Venezuela. As etnias Yanomami, e Ye'kuana, estas populações se distribuí num total de 240 comunidades nos estados de Roraima (8.925 hab. = 62%) e do Amazonas (5.404 hab. = 38%) (HAYD, et. al, 2007).

A sede do DSEI Yanomami foi o primeiro Distrito Sanitário Especial Indígena, criado a partir do Decreto 3.156 de 27 de setembro de 1999, está situado em Boa Vista Capital do

estado de Roraima, é o responsável por coordenar todas as ações em saúde para atender os indígenas Yanomami das comunidades na estrutura do DSEI Yanomami, a população é estimada em aproximadamente, 40 mil pessoas, distribuídas em etnias. Como podemos observar no quadro abaixo:

QUADRO 2 - População Indígena do DSEI Yanomami



Fonte- SIASI/MS, 2018

Desta maneira e conhecida mínima da organização estrutural dos distritos, podemos perceber que trata-se de um tema complexo, para tanto é necessário, uma reflexão da realidade das políticas públicas que envolvem os indígenas, propondo uma discussão dessa realidade.

3.3. O atendimento aos indígenas no Estado de Roraima e a capital Boa Vista.

Diante do que já foi exposto em outro momento desta dissertação, podemos perceber que o Estado de Roraima é um território predominantemente indígena, é o único que possui as terras continuam desmarcadas, como o caso das terras Yanomami, onde fica localizada um dos distritos sanitários indígenas. Partindo desse ponto, podemos afirmar que a presença do indígena é extrema relevância no contexto da saúde em Roraima, observa-se ainda que existe alguns problemas em relação a questão das políticas públicas para a inserção dos povos indígenas no contexto social e político de uma maneira geral,

Em Roraima, as políticas públicas voltadas aos indígenas na esfera da saúde, estão diretamente ligadas a esfera federal, já que as leis e decretos são em regras feitas pela união. Os

Estados e municípios atuam como parceiras para a aplicação dessas diretrizes, mas isso não quer dizer que as leis e planos de inclusão à saúde, são na prática realizada pelos governos locais. Assim, vários problemas organizacionais que poderiam garantir um atendimento de qualidade nos distritos e nas unidades de referência de SUS, se esparram em problemas ligados a estrutura física e humana, a falta de preparo por parte dos profissionais envolvidos, são um dos problemas encontradas na falta de incentivo do governo.

Os profissionais envolvidos muitas vezes não tem a sensibilidade e alteridade de lidar com as diferenças culturais e se esbarram em variados problemas, para que se possa garantir a saúde ao indígena em toda em todos os sentidos, a necessidade de saber lidar com as dificuldades encontradas pelos profissionais que refletem diretamente em um atendimento eficaz por parte dos profissionais e também dos indígenas.

De acordo com Ribeiro et. al. (2014, p. 1080)

A maior proximidade dos profissionais com as questões culturais indígenas minimiza o estranhamento imediato, principalmente em um ambiente urbano e hospitalar, facilitando o diálogo, mas pode não ser suficiente para abarcar as dimensões socioculturais que emergem dos povos indígenas cujas realidades são diversas e requer um olhar singular e diferenciado.

No Estado de Roraima, as políticas públicas de atenção à saúde indígena, não são especificamente locais o que existe é uma articulação entre as três esferas (Federal, Estadual e Municipal) isso porque estamos nos referindo basicamente aos indígenas que vivem nos distritos sanitários, ou seja, a União é na teoria a responsável pelos indígenas e as práticas de suas políticas de uma maneira geral. Neste ponto, esbarramos em um problema ligado a falta de políticas no Estado de Roraima e como consequência no município, assim, o que percebemos é que não existe uma preocupação em elaborar uma política de atendimento aos indígenas especialmente as que sejam relacionadas à atender as necessidades culturais dos mesmos, mesmo isso já sendo previstos pelo SUS, o que se ver é uma negligência por parte dos Estados, pelo fato dos indígenas serem tutelados pela União. A descentralização é um dos problemas, primeiramente porque a União deixa a cargo muitas atribuições pra os Estados e este por sua vez não realizada de forma eficiente o que dispõem a política de Atenção à Saúde Indígena.

Desta forma, faremos uma explicação prevê da maneira que as políticas públicas já aqui referidas são conduzidas, realizando uma reflexão de como se dá a organização de fluxo de atendimento em Roraima, desde dos Distritos sanitários até o atendimento referenciado do SUS.

Considerando que as políticas públicas à população indígena, são historicamente

pautadas pela construção de um atendimento genérico e abstrato, artificialmente criada pela elite política de repressão à diversidade social, onde mentores das tais, não se preocupavam de como as políticas seria aplicada efetivamente, e de como elas modificam a vida de quem busca ajuda em intuições públicas.

O estatuto do Índio em seu artigo 2, garante, que os índios e suas comunidades tenham proteção das leis do país, no que se aplicam as demais brasileiros, resguardando seus costumes e tradições indígenas, bem como as condições peculiares reconhecidas na lei citada,

A lei Arouca, foi o marco da conquista à saúde indígena, sancionada em 23 de setembro de 1999, ela é fruto do que previa o artigo V da lei 8.080/90, que estabeleceu que o Estado seria responsável pelo atendimento à saúde indígena. Ela é responsável atualmente pelo organização e fluxo de atendimento à saúde dos povos indígenas que vivem em aldeias, com a implantação da mesma, houve mudanças na forma de atendimento e recurso humanos para promover e recuperar a saúde dos referidos, de modo que garantisse aos indígenas o exercício de sua cidadania.

No Estado de Roraima as políticas de saúde indígena estão vinculadas a política nacional de atenção dos povos indígenas, conta com a colaboração da SESAI é responsável por coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2013), como propósito de garantir a execução, com o propósito de garantir a execução de maneira eficaz, o Estado é responsável pelas ações previstas pela FUNASA, com o objetivo de garantir o acesso à atenção de média e alta complexidade, devendo ainda se oferecida, medidas de apoio aos pacientes encaminhados a rede do sistema de saúde, que serão prestadas em regra pelas CASAI, localizadas nos municípios de referência.

As secretarias estaduais e municipais de saúde, tem como papel, atuar de forma complementar na execução das ações ligadas a política de saúde indígena, esses parceiros dão-se com o MS e FUNASA, essa integração é indispensável para as ações de atendimento e atenção à saúde torna-se possível.

Segundo o relatório de gestão (FUNASA, 2010) O atendimento dos dois Distritos Sanitários no Estado de Roraima, dos casos mais complexos que envolve atendimento médico especializado, são encaminhadas ao hospital municipal de referência que é referenciando pelo SUS, de acordo com a idade e sexo, já que existe 3 hospitais de referência, o Hospital Geral de Roraima (para maiores de 12 anos) O Hospital Criança Santo Antônio (menores de 12 e até 29 dias) e maternidade Nossa senhora (bebês menores de 29 dias e mulheres gestantes), as

situações que não são consideradas emergenciais, mas que exigem maior complexidade para o seu diagnóstico, são removidos para a Casa de Saúde do Índio onde são assistidos ou encaminhados para outras unidades de referência para o atendimento especializado.

A assistência na cidade não apresenta ainda um nível de qualidade nem os atendimentos diferenciados minimamente razoáveis, os indígenas ao chegar na unidade se deparam com problemas com a falta de preparo humano, dificultando o atendimento de qualidade inerentes a um acolhimento hospitalar, que respeite sua cultura como um todo. Portanto o que podemos perceber, é falta de preparo por parte do Estado e municípios em qualificar e organizar o atendimento à saúde de qualidade aos indígenas, como preconiza o SUS. Verifica-se que o tema é grande relevância social, e necessita de mais estudos e debates devido à necessidade de conhecer e entender a importância de uma assistência à saúde dos povos indígenas no Estado e no município.

Verificamos a necessidade de identificar a situação emergencial, de como se ver os povos indígenas no Estado de Roraima. A falta de políticas específicas é um problema relevante afetando diretamente a organização e situação da saúde indígena, refletir sobre essa situação e ajudar na elaboração de políticas favoráveis à melhoria de um atendimento mais humanizado.

No próximo capítulo, veremos de como se dar as práticas de assistência precária pela falta de qualificação aos profissionais da saúde, focando nos que atuam em unidade hospitalares referenciados pelo Sistema Único de Saúde, como prever a lei Arouca, verificaremos as dificuldades encontradas pelos mesmos, como o estranhamento e dificuldades linguísticas, que são enfrentadas pelos indígenas e pelos profissionais de saúde envolvidos no processo de atendimento, refletindo na qualidade dos serviços.

4. O ATENDIMENTO AO INDÍGENA NO HCSA – HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO

Durante o período da pesquisa foram aplicados questionários aos usuários indígenas e também aos funcionários do HCSA de diversos setores. No caso dos usuários, foram aplicados 28 questionários⁸, ou seja, 28 famílias de diferentes etnias. Dentre os principais questionamentos estão as questões da língua, comunicação, diferenças culturais, tratamento medicamentoso como choque cultural, respeito às tradições indígenas, atendimento humanizado e a assistência indígena.

⁸ Questionários disponíveis nos anexos do trabalho.

4.1 Caracterização do objeto de estudo o HCSA.

Para a melhor compreensão deste subitem, faremos um breve relato da organização funcional do Hospital da Criança Santo Antônio, para melhor inclusão dos fatos estudados até aqui, explicaremos pouco da sua estrutura física e organizacional do espaço Hospitalar, bem como suas alas (blocos), números de leitos e os profissionais envolvidos no processo do atendimento aos usuários. Alguns dados foram fornecidos pela direção geral e outros pela observação contínua realizada durante a pesquisa.

O Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), foi inaugurado no dia 13 de agosto do ano 2000, pela Prefeitura Municipal de Boa Vista- RR, na época o prefeito era o Ottomar de Souza Pinto, esta unidade de saúde completou 17 anos recentemente.

É o único hospital infantil da rede pública do Estado de Roraima, sendo referência do Sistema Único de Saúde (SUS) e procedimentos de média e alta complexidade atendendo a crianças oriundas de todos os municípios de Roraima, como também a demanda de países vizinhos, como a Venezuela e a Guiana Inglesa e das diversas comunidades indígenas da região. Essa unidade de saúde atende uma média de 280 crianças por dia entre ambulatório e emergência. Um dos objetivos da instituição é buscar oferecer um atendimento pautado no respeito à dignidade do ser humano com suas peculiaridades culturais, físicas, psicológicas, sociais, ou seja, um atendimento humanizado e de qualidade que o atenda bem os que procuram o hospital, e que também seja considerada suas especificidades e diferenças sociais

O HSCA tem como missão desenvolver ações de atenção integral à saúde da comunidade, em especial a criança com idade de até 12 anos, em nível ambulatorial e hospitalar, com equidade, qualidade e resolutividade. Possui como perspectivas ser um hospital que ofereça um atendimento de qualidade à comunidade alvo, principalmente para as crianças, norteado pelos princípios da humanização em saúde e do Sistema Único de Saúde. Contando com uma equipe multiprofissional de médicos, enfermeiros, fisioterapeuta, assistente social, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, odontólogos, técnicos de enfermagem, serviços administrativos e auxiliares de serviços gerais.

A unidade de dividida entre ambulatório, blocos e enfermarias, bem como laboratórios que auxiliam no diagnóstico de patologias, conta também com um setor de Raio-x, centro cirúrgico, acolhimento (triagem), sala de assistência social e psicologia, farmácia, centro de esterilização, cozinha industrial, além de outros serviços básicos, como o setor de higienização para melhores serviços prestados na unidade.

Com destaque os serviços de assistência direta ao paciente, ou seja o acolhimento, a

emergência e os blocos (alas). Setor tem sua funcionalidade, como o acolhimento que é o primeiro contato do paciente que vem em busca de um atendimento rápido e imediato, já que em regra a emergência é um setor de pronto atendimento, nesta etapa o paciente é atendido por um ordem de classificação, que vai desde de uma emergência a pouco urgência, tudo isso depende do estado geral do pacientes, depois dessa etapa ele passará por um médico e em seguida pela equipe de enfermagem que tomara as devidas providencias para que o atendimento continue e o paciente fique estável novamente.

Na unidade existe três enfermarias que estão ligadas ao setor da emergência, os pacientes que foram atendidos deste setor, ficarão de observação caso seja necessário cuidados mais específicos. Essas enfermarias tem um total de 45 leitos, incluindo o trama (pacientes que dão entrada em situação de morte eminente), logo após as observações médicas o paciente é liberado ou internado em outros setores do HCSA

Os blocos estão divididos três, que são bloco F, G e H, sendo que cada um atendem as necessidades dos pacientes que precisam de um cuidado mais longos. O bloco F conta com 15 leitos, este setor atende a paciente cirúrgicos, que passaram por um cirurgia ou ainda irão realizá-la. O bloco G, tem 26 leitos sendo que 10 deles são destinados a pacientes indígenas, adaptados com redes para que os pacientes sintam-se mais à vontade, esse setor atende pacientes indígenas que vem dos distritos indígenas e também crianças não indígenas. O bloco H conta como 25 leitos e interna pacientes com várias patologias, é o bloco mais recente da unidade inaugurado em 2014 pela gestão municipal atual.

Com esses esclarecimentos sobre o fluxo de atendimento organizacional, podemos passar para a etapa da análise dos dados, já que as interações entre os profissionais de saúde juntamente e os indígenas em regra acontecem durante as internadas nos blocos e emergência da unidade de saúde HCSA.

4.2. – Conceito e perspectivas da humanização no Sistema Único de Saúde.

Para compreendemos melhor as questões relacionadas nesta dissertação, é fundamental discutir e esclarecer o que é humanização sua importância e objetivos estabelecidos, com finalidade de melhorar os atendimentos prestados no Sistema Único de saúde.

A prestação de serviços na área da saúde e um olhar mais humano é algo recente, desde do surgimento do Sistema único de saúde, em 1988 com Constituição Federal, a introdução de novos princípios tal como da Universalidade, ampliaram os direitos a saúde pública gratuita e de qualidade, modificando a relação paciente e profissionais da área da saúde.

Como consequência surgiram novas perspectivas e discussões relativas ao tema, como novos programas elaborados pelo Ministério da Saúde, assim surgiu o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), nos anos 2000, que criou o conceito humanização nas unidades de saúde em geral, com a finalidade de implantar um atendimento que atendesse os preceitos previstos pelo SUS, tais como: respeito as diferenças culturais, tais com a língua e os costumes tradicionais de cada paciente, a solidariedade e o desenvolvimento e autonomia entre outros

A humanização é entendida como valor à medida que resgata o respeito a vida humana. Abrange circunstâncias sociais, étnicas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. Esse valor é definido e, função do seu caráter complementar aos aspectos técnicos-científicos que privilegiam a objetividade, a generalidade, a causalidade e a especialização do saber (BRASIL, 2003, p 33).

Neste sentido podemos perceber a importância de humanizar o sistema de saúde pública, significando ir além de questões físicas, mas sim de atender demandas que envolvam fatores psicológicos de cada paciente e suas particularidades “a humanização do atendimento seja em saúde ou não, deve ser valorizar o respeito afetivo ao outro, deve prestigiar a melhoria na vida de relação entre pessoas”. (Brasil, 2002, p. 10). Humanizar significa dar ao paciente o tratamento adequado dentro das suas necessidades físicas e psicológicas, que ocorrem desde o momento de sua internação até sua recuperação (CASTRO, 2017).

Os profissionais da saúde, tem muitos desafios pela frente, vista que a falta de políticas públicas é um dos grande problemas, aliados a falta de incentivos por parte dos governantes e de conhecimento por parte dos profissionais, para que o atendimento se torne mais humanizado e eficiente. A relação paciente e profissional na área da saúde requer cordialidade e respeito às diferenças de uma maneira geral. Melhorando, neste sentido a qualidade dos serviços prestados na área da saúde (CARVALHO, 2015).

Os profissionais da saúde, ao refletir sobre as condições e relações de um trabalho e o seu modo de agir pode inserir-se na realidade, de uma maneira mais crítica e consciente. Problematizar e concretizar a humanização do ambiente, mais especificamente a partir do trabalhador, implica uma reflexão crítica e dialogo acerca dos princípios e valores que norteiam a pratica dos profissionais, de modo a assumirem sua condição de sujeitos e agentes de transformação (BACKES, LUNARDI; LUNARDI. 2006, p 222).

Humanizar é oferecer elementos necessários para boas praticas, tais como melhoria no ambiente hospitalar, aliados a conhecimentos e estratégias para melhorar os ambiente no qual será realizada as ações e condições de trabalho dos agentes envolvidos (MOYSES, 2015).

A relação do profissional de saúde e os pacientes é imprescindível para que a

humanização esteja presente no atendimento em saúde. “As relações humanas são o princípio de toda prática humanizadora, na qual o conhecimento técnico deve estar aliado à sensibilidade, à afetividade e ao comportamento ético-profissional ” (MEDEIROS E BATISTA. 2016, p. 944).

O atendimento humanizado na saúde indígena, é essencial para a formação de uma boa relação entre os profissionais da saúde e os pacientes, é através dele que o acolhimento qualificado aproxima, e que as necessidades reais de cada paciente surgem, através da confiança, onde o olhar diferenciado de cada profissional se torna fundamental, para um atendimento mais humanizado, atendendo as diferenças culturais e étnicas (BRASIL. 2010), interpretação e aplicabilidade que dependem das motivações, das relações com as atividades e das dinâmicas das relações sociais estabelecidas.

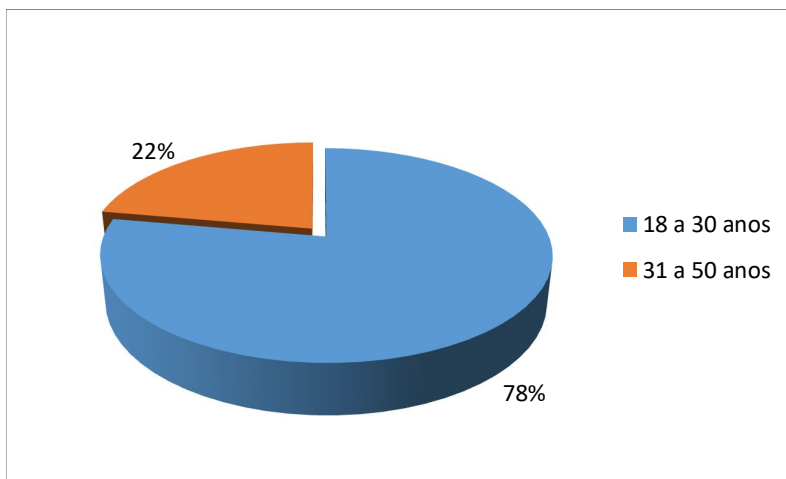
Os indígenas, em particular, utilizam-se de variados sistemas alternativos de saúde, os tradicionais de sua cultura, que devem ser levado em consideração no atendimento humanizado. A existência de diversos sistemas terapêuticos que envolvem o paciente gera a necessidade de os profissionais de saúde conhecerem as formas de autocuidado praticadas por esses paciente nos serviços de saúde. No entanto, apesar dos esforços por parte dos profissionais de saúde de interação com os mesmos, aspectos relacionados aos processos socioculturais subjacentes aos modos de vida muitas vezes são ignorados ou desconhecidos. (GARNELO E LANGDON, 2005).

Portanto, é fundamental conhecer e valorizar tais práticas e compreender que a procura de cuidados com os indígenas é variada e complexa. A diferenciação do atendimento aos indígenas caracteriza-se por uma abordagem que valoriza os aspectos culturais complexos no processo saúde-doença, visando diminuir os conflitos entre o saber biomédico e o tradicional indígena.

4.3 - Análise dos dados obtidos através de questionários aplicados aos usuários (pacientes) indígenas.

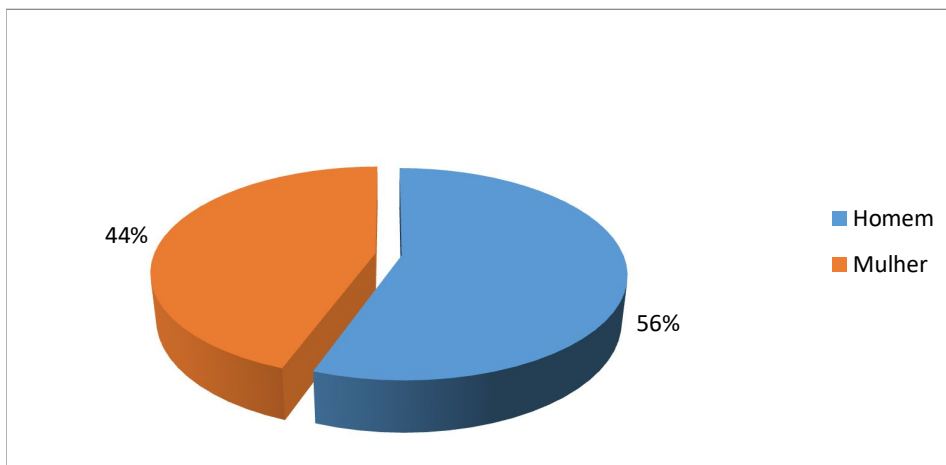
Dentro do perfil dos usuários indígenas, constatou-se que dentre os acompanhantes (provavelmente pais e mães) 78% possuíam idade entre 18 e 30 anos (Gráfico 1), indicando alta incidência de pais mais jovens. Já com relação ao sexo dos acompanhantes, constatou-se que a maior parte 56% eram do sexo masculino (Gráfico 2), dado que surpreende, uma vez que é mais comum que as mulheres acompanhem os filhos/parentes em casos de necessidade de cuidados médicos.

Gráfico 1 – Média de idade dos usuários indígenas (2017).



Elaborado pela autora.

Gráfico 2 – Média do sexo dos acompanhantes de pacientes indígenas (2017).

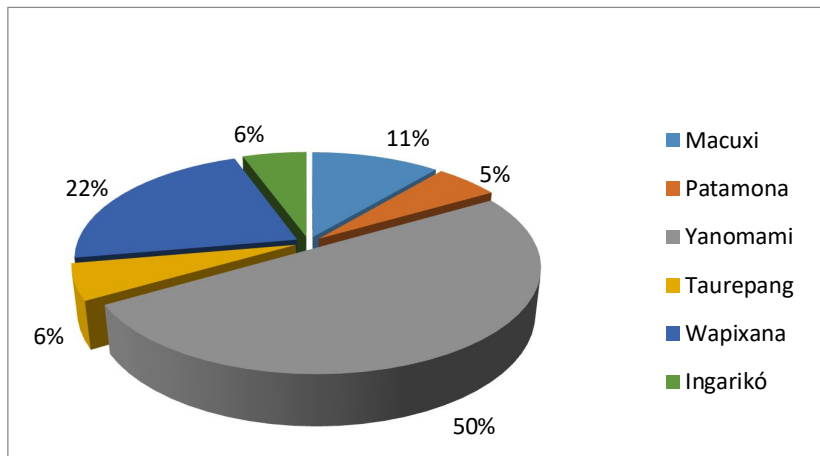


Elaborado pela autora.

Já com relação às etnias (Gráfico 3) foi possível observar que apesar de serem muito diversas há um predomínio da etnia Yanomami em detrimento das outras. Isso acontece provavelmente porque os indígenas dessa etnia se encontram localizados em áreas mais afastadas, havendo muito poucos que vivem na cidade (urbano). Além disso através da observação constatamos que a questão alimentar também é deficiente com relação aos Yanomamis.

Outra etnia que se destaca na necessidade de atendimento médico é a etnia Wapixana que alcança 22% dos entrevistados e isso se deve ao fato de que as áreas indígenas dos Wapixana ficam, em geral, mais próximas dos centros urbanos.

Gráfico 3 – Composição étnica dos atendimentos aos indígenas no HCSA (2017).



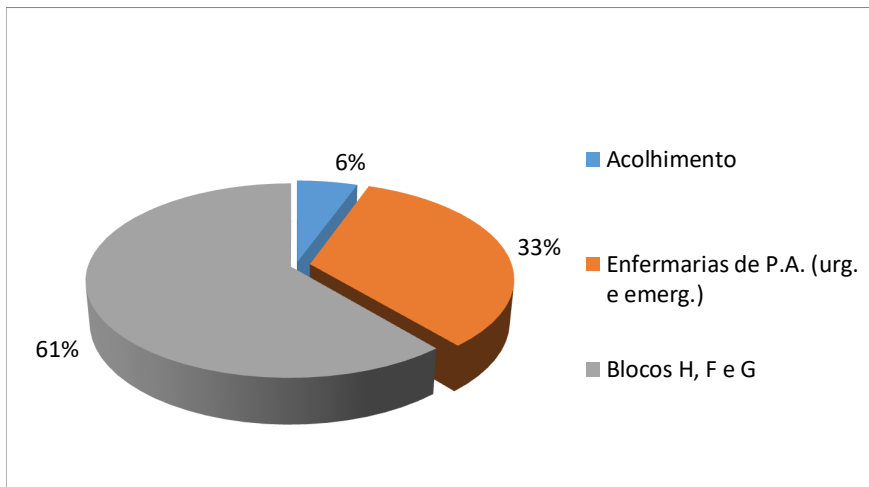
Elaborado pela autora.

No gráfico 4 podemos ver sobre o momento em que os questionários foram realizados, ou seja, onde se encontravam os pacientes indígenas no momento da aplicação do questionário. No acolhimento é o momento da triagem, onde os pacientes (todos) passam pela primeira etapa antes do encaminhamento para o devido setor de atendimento. Nas enfermarias e no pronto atendimento (PA), os pacientes indígenas ficam em observação para definir se terão alta, se serão internados ou se voltarão para a CASAI ou para a casa.

No caso dos blocos H, F e G é onde se encontram os indígenas internados. De acordo com informações dadas por funcionários do hospital, quando o HCSA foi criado o Bloco G era exclusivamente para o atendimento aos indígenas, inclusive com adaptações como redes para dormir e outras tentativas de melhorar o atendimento com relação à questão cultural. Porém nesse momento não existe mais essa distinção, sendo os Blocos H, F e G para o atendimento de internação de todos os pacientes, incluindo os indígenas. Ainda sim quando os indígenas chegam da área indígena ficam instalados no bloco G ou então na emergência.

Analisando o gráfico 4, podemos concluir que a maioria dos entrevistados se encontravam nos blocos H, F e G, possivelmente em situação de internação hospitalar.

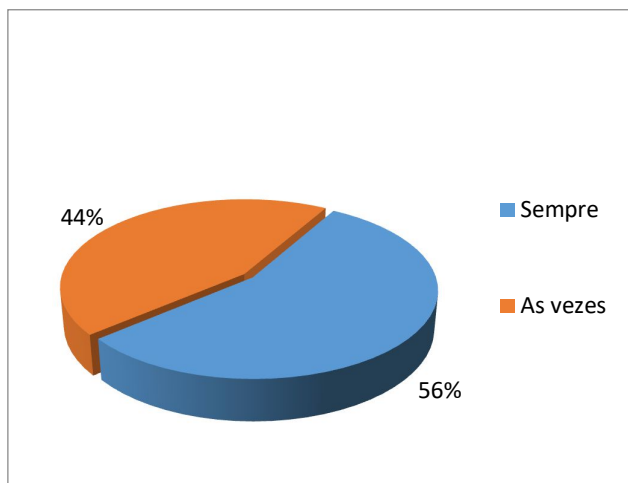
Gráfico 4 – Setor onde foram colhidos os questionários (2017).



Elaborado pela autora.

O principal objetivo desse trabalho é o de identificar as principais dificuldades vividas pelos usuários indígenas e também pelos funcionários do HCSA em relação às diferenças culturais e linguísticas no decorrer dos atendimentos. Dessa forma elaboramos dados para que seja possível num primeiro momento identificar essas dificuldades e talvez num momento futuro tomar medidas que se não solucionem amenizem esses problemas.

Gráfico 5 – Dificuldade do atendimento aos indígenas com relação a língua falada (2017).

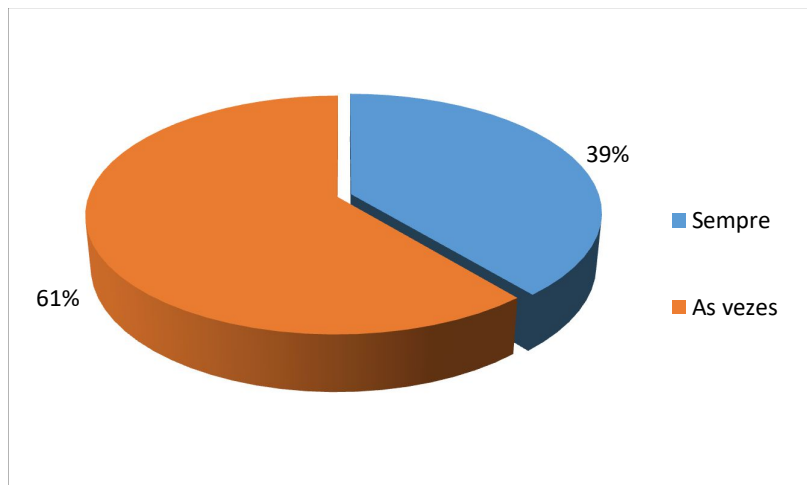


Elaborado pela autora.

Com relação à questão da linguagem (Gráfico 5) podemos concluir que 56% dos entrevistados consideram que a barreira linguística sempre é um grande problema na relação entre o paciente e a equipe médica. Por outro lado 44% relataram que a questão linguística é as

vezes um problema, no entanto, nenhum entrevistado respondeu que a barreira linguística é raramente um problema o que nos mostra que de fato talvez essa seja uma das maiores dificuldades enfrentadas no atendimento.

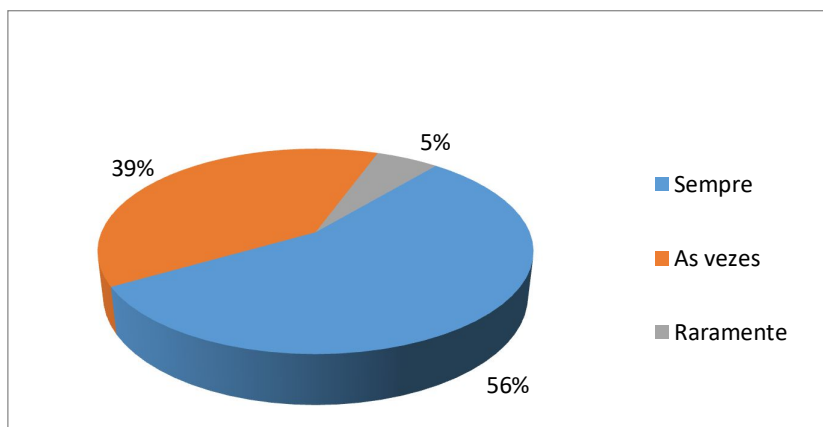
Gráfico 6 – A comunicação como grande dificuldade de relação entre a equipe médica e os pacientes indígenas (2017).



Elaborado pela autora.

Ao analisar essa informação obtida (gráfico 6), podemos concluir que independente da etnia o HCSA não possui um treinamento ou preparo específico para este tipo de atendimento, uma vez que 100% dos entrevistados acreditam que a comunicação é um grande problema, de forma que 39% deles constataram as dificuldades de comunicação e embora 61% tenham declarado que isso acontece às vezes, esse fato também evidencia o problema na comunicação.

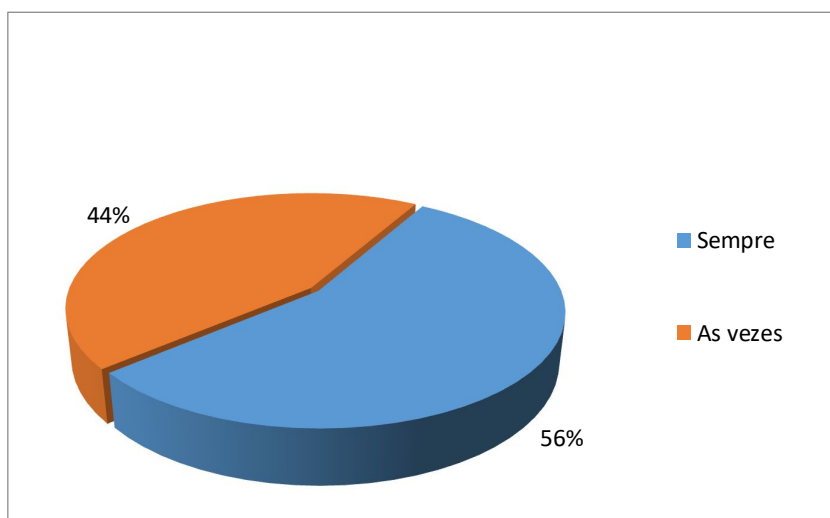
Gráfico 7 - Dificuldade em lidar com as diferenças entre e as culturas indígena e não indígena (2017).



Elaborado pela autora.

Complementando as informações obtidas no gráfico 6, o gráfico 7 nos mostra que esse problema da comunicação é também refletido nas diferenças culturais. Uma vez que 95% dos usuários indígenas do HCSA consideram uma dificuldade a relação entre as culturas indígenas e não indígenas, sendo que destes 56% apontam que isso acontece sempre e 39% que isso acontece às vezes. Nesse contexto, apenas 5% consideram que esse dificuldade não acontece.

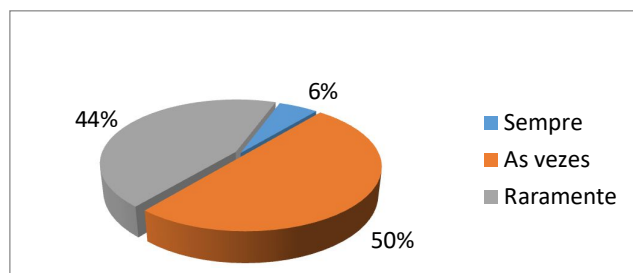
Gráfico 8 – Média dos usuários que acreditam que acontece um choque cultural com o tratamento medicamentoso oferecido no HCSA (2017).



Elaborado pela autora.

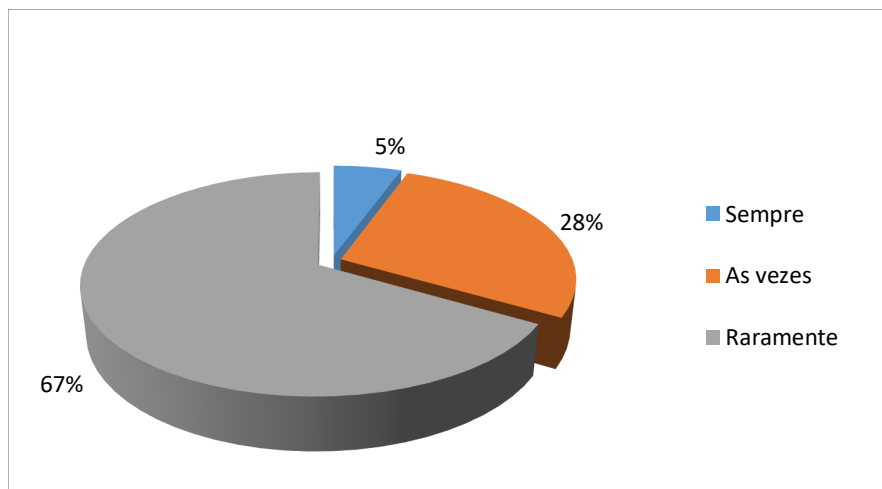
O gráfico 8 trata da questão do tratamento medicamentoso que é aplicado no HCSA em pacientes indígenas, neste caso, corroborando com as informações anteriores, constata-se que 100% dos indígenas entrevistados acreditam que exista um choque cultural em relação a medicina não indígena e à medicina indígena, desses 100%, 56% acreditam que isso ocorra sempre e 44% acreditam que isso ocorra em alguns momentos.

Gráfico 9 – Média de usuários indígenas que acreditam que as práticas tradicionais indígenas são respeitadas (2017).



Elaborado pela autora.

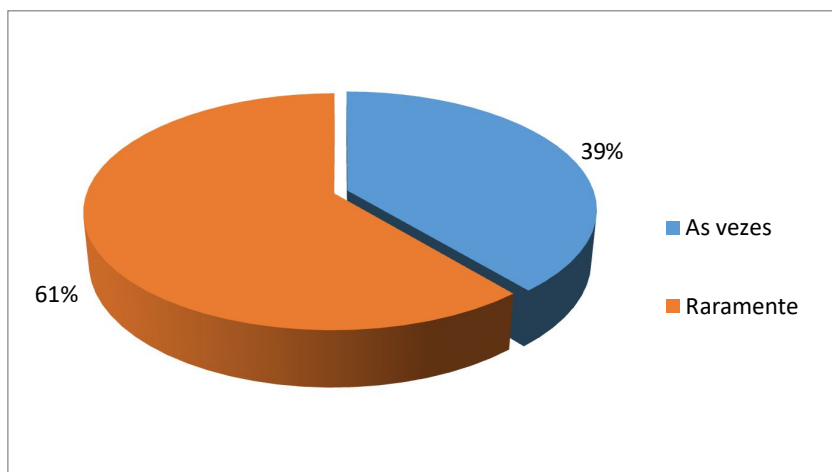
Gráfico 10 – Média de usuários indígenas que acreditam receber um atendimento humanizado no HCSA (2017).



Elaborado pela autora.

Com relação a essas questões podemos concluir que as práticas tradicionais indígenas não são respeitadas (gráfico 9), uma vez que 44% dos entrevistados declararam que isso raramente acontece, já 50% acreditam que isso ocorra em alguns momentos (as vezes) e apenas 6% acreditam que ocorra um respeito as práticas tradicionais. Isso nos leva a crer que, como elucidado no gráfico 10, o atendimento aos indígenas no HCSA não é humanizado, fato expressado por 67% dos entrevistados. Nesse ponto, apenas 5% afirma ter recebido um atendimento humanizado, enquanto que 28% mostram uma oscilação nessa questão, sendo bem atendidos algumas vezes e outras não.

Gráfico 11 – Média dos usuários indígenas que acreditam receber assistência psicológica e cultural adequadas no HCSA (2017).



Elaborado pela autora.

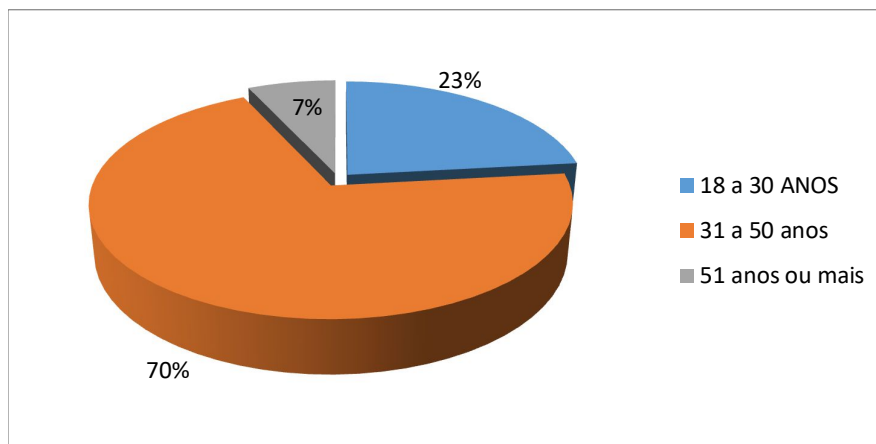
Por fim chegamos a conclusão, através da análise do gráfico 11 que assim como o choque cultural, o desrespeito às práticas tradicionais e a falta de um atendimento humanizado, a questão da assistência aos indígenas no HCSA também deixa a desejar na opinião dos entrevistados. Para 61% deles a assistência é insuficiente, enquanto que para 39% deles a eficiência só ocorre em alguns casos. De acordo com os dados apresentados pelos entrevistados indígenas, de uma maneira geral, podemos dizer que existem diversas falhas no atendimento do HCSA em relação a esse tipo de paciente.

4.3 - Análise dos dados obtidos através de questionários aplicados aos funcionários do HCSA.

O mesmo questionário aplicado aos usuários indígenas foi também aplicado aos funcionários do HCSA, com uma pergunta a mais (somente para funcionários). Foram entrevistados 43 funcionários no decorrer do ano de 2017. Desses 70 % tinham idade entre 31 e 50 anos, 23% entre 18 e 30 anos e 7% com mais de 51 anos (gráfico 12). Também observamos que 72% dos entrevistados são eram mulheres e 28% homens (gráfico 13).

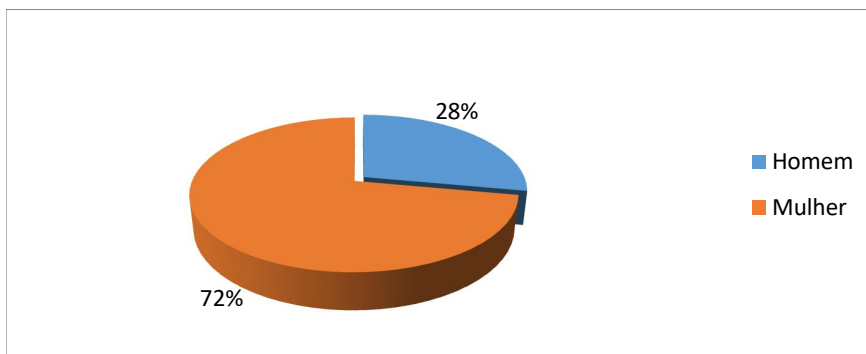
A estratégia de aplicar o mesmo questionário foi desenvolvida com o intuito de dar a possibilidade de que os dados fossem cruzados para obtermos uma síntese das opiniões às quais iremos discutir mais adiante no item 3.3.

Gráfico 12 - Média de idade dos funcionários questionados no HCSA (2017).



Elaborado pela autora.

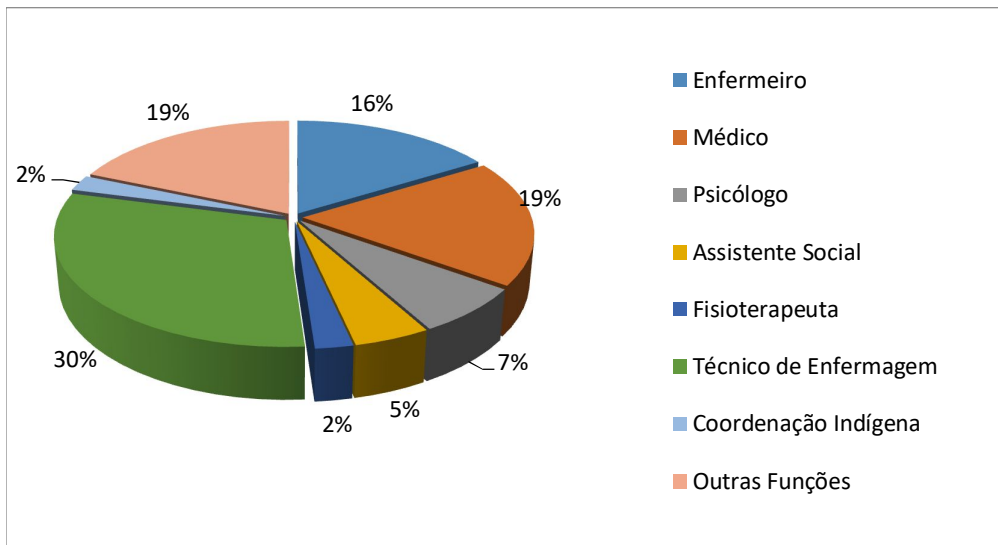
Gráfico 13 - Média do sexo dos funcionários questionados no HCSA (2017).



Elaborado pela autora.

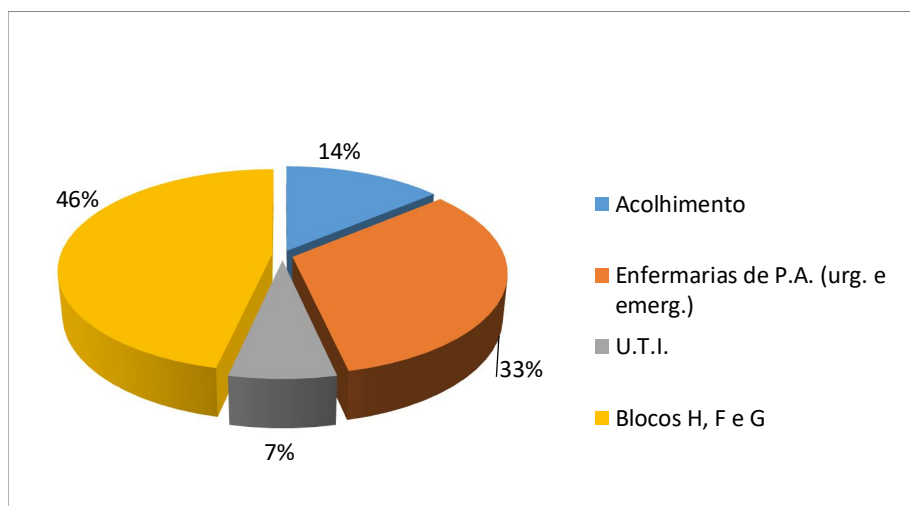
Com relação à categoria de trabalho dentro do HCSA o gráfico 14 nos mostra que os Técnicos de enfermagem foram os mais entrevistados somando 30% dos questionários aplicados, médicos e funcionários com funções diversas somam 19% cada, enfermeiros somam 16% seguidos de psicólogos (7%), assistentes sociais (5%), coordenação indígena (2%) e fisioterapeutas (2%).

Gráfico 14 – Categoria de trabalhos dos funcionários do HCSA entrevistados (2017).



Elaborado pela autora.

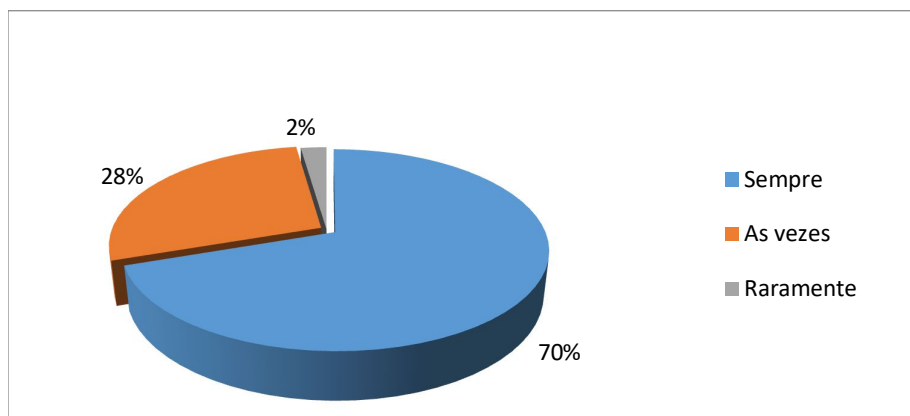
Gráfico 15 – Setor de lotação dos funcionários do HCSA entrevistados (2017).



Elaborado pela autora.

Dentro desse quadro de categorias de trabalho 46% deles estão lotados (gráfico 15) nos Blocos H, F e G (internação); 33% no Pronto Atendimento (urgência e emergência), 14% no acolhimento (triagem) e 7% na U.T.I.

Gráfico 16 - Dificuldade do atendimento aos indígenas com relação à língua falada de acordo com os funcionários do HCSA (2017).

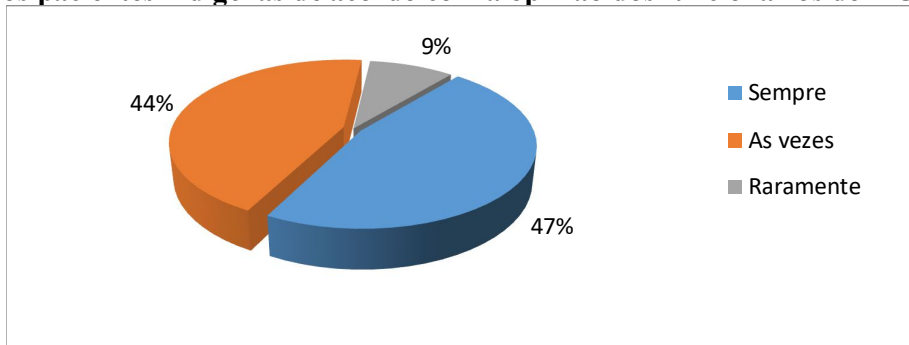


Elaborado pela autora.

De acordo com os funcionários do HCSA 70% deles atestam a dificuldade de atendimento aos pacientes indígenas por conta da diferença linguística (gráfico 16), 28% deles alegam que essa dificuldade só acontece em alguns momentos e apenas 2% dizem não haver esse tipo de dificuldade. Da mesma forma, com relação à comunicação (gráfico 17) 91% deles declaram ter também algum tipo de dificuldade nessa questão com os indígenas, sendo que 47% responderam que isso acontece sempre, 44% às vezes e mais uma vez somente 9% dizem que

não há esse tipo de dificuldade.

Gráfico 17 - A comunicação como grande dificuldade de relação entre a equipe médica e os pacientes indígenas de acordo com a opinião dos funcionários do HCSA (2017).

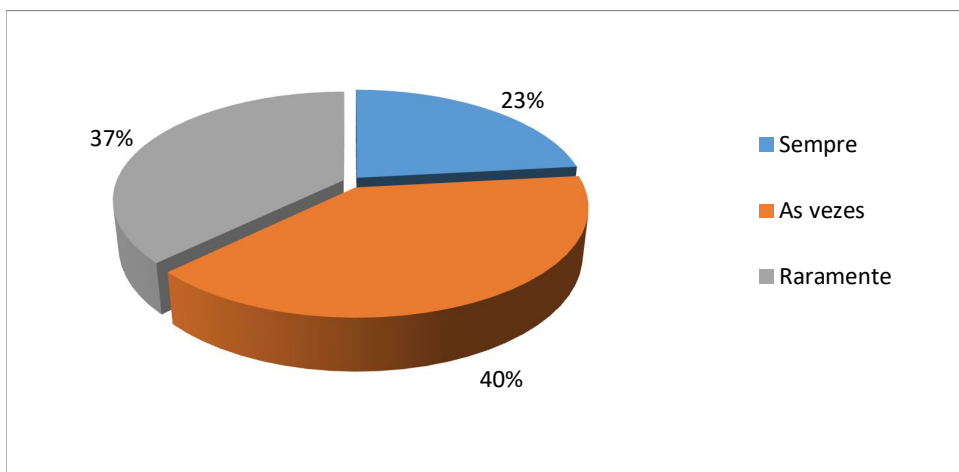


Elaborado pela autora.

Ao analisar a dificuldade que os funcionários têm ao lidar com as diferenças culturais com os indígenas (gráfico 18), podemos concluir que 40% considera que as vezes tem dificuldade de lidar com essa questão e 23% admitem que sempre encontram esse tipo de dificuldade, entretanto 37% dos entrevistados não sentem dificuldade de tratamento diário com os usuários indígenas desse ponto de vista.

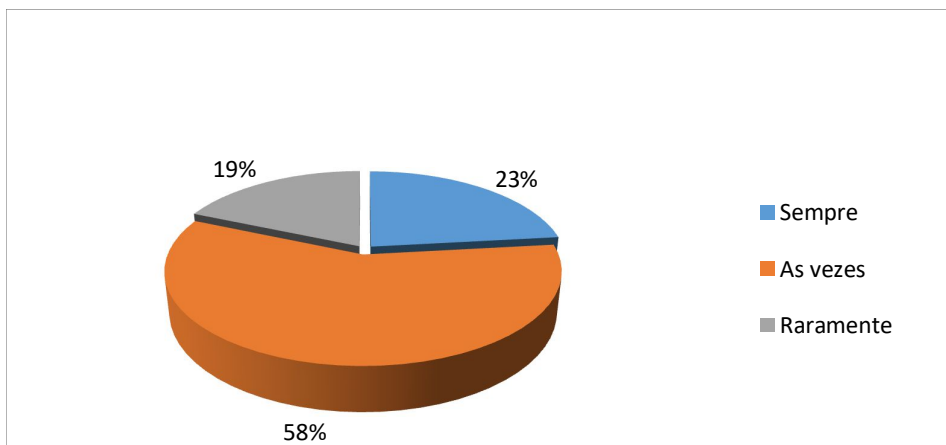
Todavia esses números mudam quando analisada a questão do choque cultural sofrido pelos indígenas quando são medicados (gráfico 19). Nesse caso 58% concluem que às vezes esse choque cultural acontece de fato na hora da medicação, 23% acreditam que isso acontece sempre, enquanto que 19% dizem que isso raramente acontece.

Gráfico 18 - Dificuldade em lidar com as diferenças entre e as culturas indígena e não indígena de acordo com os funcionários do HCSA (2017).



Elaborado pela autora.

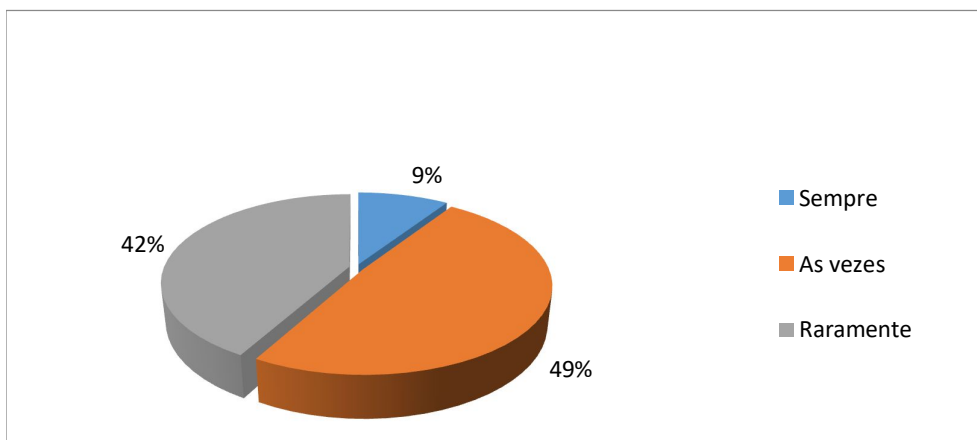
Gráfico 19 - Média dos funcionários que acreditam que acontece um choque cultural com o tratamento medicamentoso oferecido no HCSA (2017).



Elaborado pela autora.

Quando o assunto tratado foi o respeito às práticas tradicionais indígenas (gráfico 20) temos que de alguma forma 91% dos funcionários entrevistados acham as práticas tradicionais não são respeitadas, uma vez que 42% deles reconhecem que isso raramente ocorre e 49% dizem que só ocorre esse respeito em algumas situações e somente 9% dos questionados confirmam a existência do respeito as práticas tradicionais indígena o tempo todo.

Gráfico 20 - Média de funcionários do HCSA que acreditam que as práticas tradicionais indígenas são respeitadas (2017).

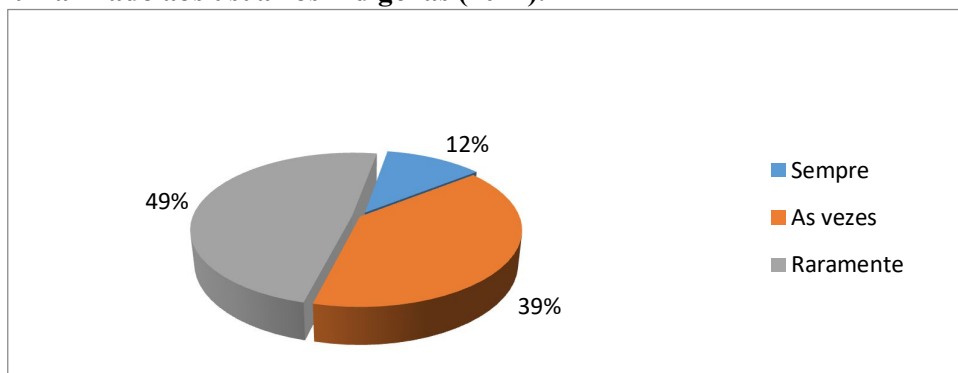


Elaborado pela autora.

Ao perguntar para os funcionários do HCSA sobre como acontece o atendimento, ou seja, se o atendimento é humanizado (gráfico 21), foi possível observar que a maioria deles, 49% admitem que esse tipo de atendimento raramente acontece. Outros 39% acreditam que às vezes o atendimento seja humanizado e 12% confirmam que o atendimento é sempre

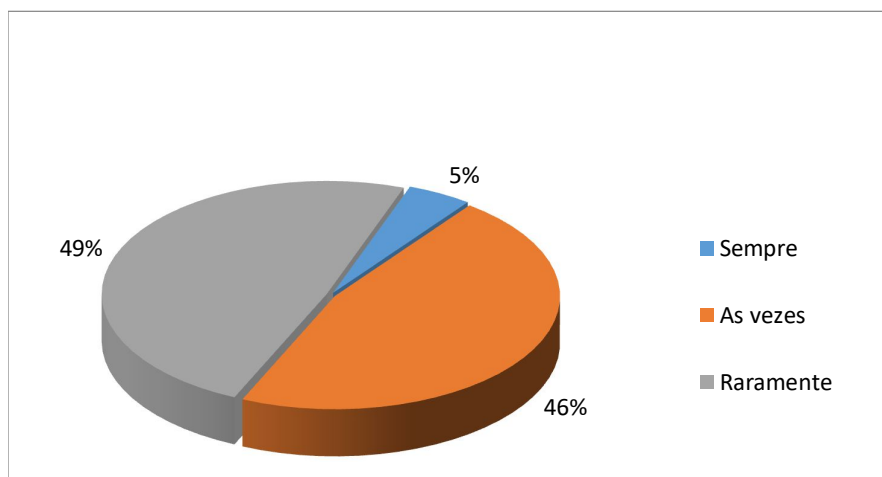
humanizado.

Gráfico 21 - Média de funcionários que acreditam que o HCSA oferece um atendimento humanizado aos usuários indígenas (2017).



Elaborado pela autora.

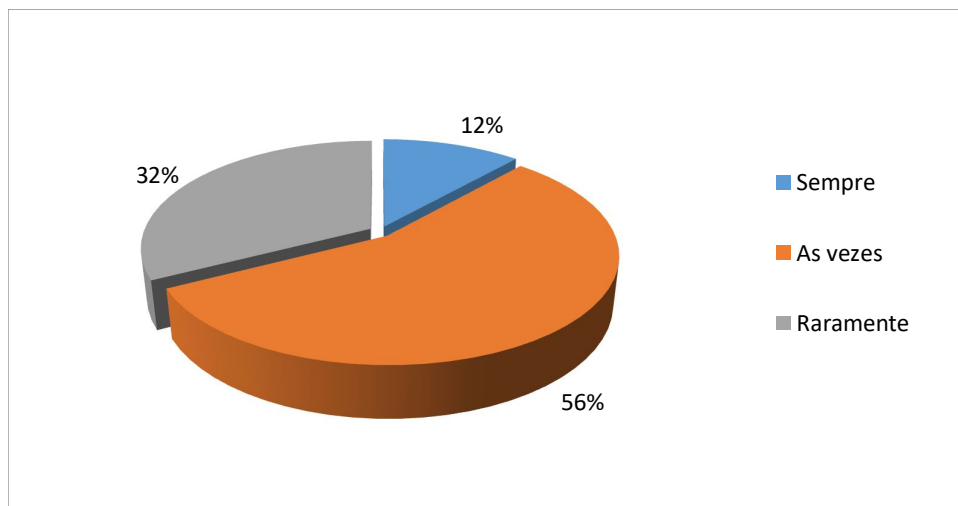
Gráfico 22 - Média dos funcionários que acreditam que o HCSA oferece assistência psicológica e cultural adequadas aos usuários indígenas (2017).



Elaborado pela autora.

Analisando a questão dos funcionários que acreditam que o HCSA oferece uma assistência psicológica e cultural temos que a grande maioria, 49% demonstram total falta de assistência, outros 46% apontam que esse tipo de assistência acontece às vezes e apenas 5% declararam que o HCSA oferece uma assistência de qualidade para os indígenas.

Gráfico 23 – Media de pacientes indígenas que oferecem resistência ao tratamento dado no HCSA (2017).



Elaborado pela autora.

No entanto, apesar da demonstrada falta de assistência psicológica e cultural nos deparamos com dados no gráfico 23 que mostram que mesmo com tudo isso 32% dos pacientes indígenas não oferecem resistência ao tratamento, 56% às vezes e somente 12% apresentam resistência sempre.

4.4 - Dificuldades e soluções no atendimento à criança indígena. Análise dos dados, observações e apontamentos.

No decorrer da pesquisa, quando ainda estávamos na fase de coleta de dados e compilação dos mesmos, sempre que conversávamos com alguém contando sobre o tema e sobre a pesquisa que estávamos desenvolvendo, a maioria das pessoas tinham e passavam uma visão totalmente contrária das respostas que obtivemos nesse trabalho.

Em um estudo realizado por Marinelli et al. (2012) sobre a assistência à população indígena e as dificuldades encontradas por enfermeiros, constataram-se entre as dificuldades a falta de treinamento específico para o trabalho com indígenas, dificuldade de comunicação, barreiras geográficas, aceitação do profissional por parte dos indígenas e condições de trabalho não satisfatórias. Da mesma forma, os autores identificaram que essas dificuldades enfrentadas por enfermeiros também podem ser enfrentadas pelos indígenas, pois, ao se deslocarem de suas aldeias também sofrem com a questão da adaptação. Nesse período, a cultura indígena, com seus hábitos e valores, pode ser vista como uma barreira para adaptação e relacionamento entre os indígenas e os profissionais de saúde (Teixeira, 2008).

Em levantamento sobre a situação dos indígenas nos estados brasileiros realizado pelo Conass (2014) para a construção de uma proposta de integração do cuidado com esse grupo populacional às redes prioritárias de atenção à saúde, apresentaram-se relatos sobre a atenção especializada ambulatorial e hospitalar, tais como a dificuldade de acesso e, nas situações em que a vaga é conseguida, é preciso enfrentar a falta de transporte, pelo fato de os indígenas levarem toda a família quando em tratamento fora do domicílio, o que exige abrigo e alimentação para todos.

De acordo com Pontes, Garnelo e Rego (2014), a internação em hospitais ou permanência nas CASAI'S gera, também, a ruptura de regras dietéticas, bastante restritivas que alguns grupos indígenas mantêm. Entre outros aspectos, os hábitos alimentares dos indígenas também se diferem dos não indígenas. Aqueles têm um elo de respeito e equilíbrio com a natureza, pois reconhecem que dela provém seu alimento, ervas medicinais, até os instrumentos utilizados para caçar. Contudo, conforme Geniole, Kodjaoglanian e Vieira (2011) destacam, a identidade cultural é elaborada constantemente, através de um processo dinâmico de mudança.

De acordo com o Manual de atuação na saúde indígena (Brasil, 2012), os índios têm mudado seu modo de vida de forma drástica nos últimos anos. Essas mudanças interferem significativamente na saúde dos indígenas, principalmente nas doenças relacionadas às mudanças na alimentação, sendo introduzidos alimentos industrializados, além da diminuição de atividade física, resultando em doenças crônicas degenerativas e demais enfermidades (Gugelmin; Santos, 2006)

Para grande parte das pessoas nós vivemos em um Estado completamente indigenista, onde os indígenas são preservados e muito bem tratados e possuem diversos privilégios. Entre as coisas que ouvimos estão coisas como dizer que os indígenas atrapalham o desenvolvimento econômico de Roraima, porque não trabalham e não usam a terra. Ouvimos que se um indígena fica doente, prontamente órgãos como a CASAI, SESAI, FUNAI, FUNASA, entre outros, estão sempre disponíveis para atender, resgatar, alimentar, salvar os indígenas em qualquer momento.

Entretanto, apesar de uma notável aversão aos indígenas no estado de Roraima, de uma maneira geral, iniciamos essa pesquisa porque estávamos quase todos os dias no HCSA, que é, obviamente, só uma ponta de um iceberg em um grande oceano de problemas com relação à questão indígena no Brasil e em Roraima. No caso observávamos diariamente que havia um despreparo e uma total falta de preocupação do poder público com relação ao tema aqui tratado.

Quando então, enfim, encontramos os resultados, chegamos a uma conclusão muito diferente daquela que a maioria das pessoas pensam e o mais interessante disso foi que os dados não só comprovaram o que já pensávamos ao iniciar o trabalho, como também, ao analisar

separadamente os dados produzidos nos questionários aplicados aos indígenas e aos funcionários, observamos que na maior parte dos questionamentos o resultado foi o mesmo.

Iniciando pela questão da linguagem, colocamos essa pergunta por sabermos da imensa diferença entre as línguas maternas indígenas e a língua portuguesa e também porque acreditávamos que isso se constituía como uma barreira no atendimento, por falta de intérpretes adequados e também pela falta de cursos e aperfeiçoamento de funcionários, sem falar da falta de material humano para cuidar da questão.

Nesse caso o gráfico 5 nos mostra que 56% dos indígenas acham que a questão da língua sempre é uma barreira, porém os funcionários (gráfico 16) acham isso um problema maior ainda, uma vez que 70% deles dizem sempre ter dificuldades com a questão da linguagem. Aparentemente isso pode ser considerado sem muita importância, porém, nos preocupa o fato de que muitas vezes o médico, o enfermeiro, entre outros, realizam o atendimento sem nem ao menos falar com o(a) paciente.

Corroborando com esses dados está um fato indissociável desse primeiro, ou seja, sem a língua a comunicação é falha entre as partes. Isso foi confirmado (se juntarmos aqueles que responderam “sempre” e “às vezes”), por 100% dos indígenas (gráfico 6) e por 91% dos funcionários (gráfico 17). Esses dados mostram que quando os indígenas chegam no HCSA o atendimento já é precarizado.

Seguindo nessa linha de análise quando perguntamos sobre a dificuldade de lidar com as diferenças culturais entre indígenas e não indígenas, analisando os dados, temos que a porcentagem de indígenas que indicam esse problema pode chegar a 95% (gráfico 7), enquanto que a de funcionários chega a 63% (gráfico 18). Essa diferença pode se explicar pelo fato de que são os indígenas que saem de suas comunidades para serem atendidos no HCSA. Contudo de fossem os funcionários que se deslocassem até os indígenas, sem dúvida esses dados seriam inversos, ou seja, haveriam mais funcionários do que indígenas alegando problemas com as diferenças culturais.

Dentro dessa questão das diferenças culturais, podemos somar mais dois fatos que dialogam com elas. O primeiro deles diz respeito ao tratamento medicamentoso recebido pelos indígenas (gráficos 8 e 19) e o segundo fato tem haver com a falta de respeito com as práticas tradicionais indígenas (gráficos 9 e 20). Em ambos os casos, mais uma vez a maioria dos indígenas e também dos funcionários questionados concordaram que o tratamento medicamentoso provoca um choque cultural, assim como ambos admitem que não existe praticamente um respeito às práticas tradicionais indígenas.

Nesse contexto, podemos concluir que o HCSA não possui estratégias efetivas para o

acolhimento e o tratamento de crianças indígenas. Indo mais além podemos notar também a falta de estudo da medicina indígena pelos profissionais e administradores da saúde brasileira. Ao pensar que Roraima é um estado essencialmente indígena, ou seja, que possui a maior população indígena do país isso não é apenas um fato digno de se observar, mas sim, um grande problema a ser resolvido.

Para finalizar a análise, ainda vamos colocar dois pontos importantes em pauta, o primeiro deles é sobre o atendimento humanizado (gráficos 10 e 21). No decorrer da pesquisa acreditávamos que os indígenas responderiam que o atendimento não era humanizado e que os funcionários, por sua vez, não admitissem tal fato. Todavia quando coletamos os dados pudemos concluir que as duas opiniões se somam, o que significa dizer que ambos atestaram que o atendimento não é humanizado, o que na verdade só acaba por confirmar as outras informações obtidas.

Já no caso da assistência psicológica e cultural (gráficos 11 e 22), como já imaginávamos, analisando os dados anteriores, da mesma forma tanto os funcionários como os indígenas declararam a falta desse tipo de recurso no HCSA. Ainda sim, com todas essas dificuldades, poucos pacientes indígenas oferecem resistência ao tratamento oferecido.

Em um quadro geral de análises e observações é possível concluir que são inúmeros os problemas com relação ao atendimento aos indígenas no HCSA. Dentre esses problemas podemos destacar a questão da linguagem, comunicação, diferenças culturais, o tratamento medicamentoso como choque cultural, falta de assistência psicológica, falta de respeito às práticas tradicionais indígenas, atendimento desumanizado, entre outros problemas que não entraram no eixo temático dessa pesquisa.

Isso nos dá a certeza da ausência de políticas públicas voltadas as questões indígenas em órgãos que servem toda a população. Durante a observação de campo percebemos a necessidade de um melhor preparo dos profissionais envolvidos nessa causa, certamente não por culpa deles e sim pelo descaso do Estado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Esta pesquisa teve como intuito compreender as políticas de saúde indígena no contexto hospitalar, levando em consideração as características peculiares das relações entre profissionais da saúde e os indígenas de áreas distantes. Buscamos respostas para entender a dinâmica das relações intersubjetivas no que se refere as práticas de atender e cuidar dos pacientes Indígenas.

As políticas públicas voltadas a saúde indígena ainda apresentam muitas lacunas. Desde que foram criadas sempre deixaram muitos empecilhos para que suas diretrizes fossem realmente eficazes, mesmo sabendo que houveram muitas conquistas ao longo dos anos, ainda existem muitas lacunas para que as políticas de saúde indígena sejam aplicadas de forma mais concreta.

Neste trabalho observamos inúmeros problemas relacionados ao assunto, como por exemplo a falta de políticas que envolvam os profissionais da área da saúde indígena para melhor atender as necessidades de culturas diferentes da que estão acostumados a lidar, ou então o problema relacionado a falta de estrutura para um atendimento mais especializado, o que evidencia o descaso do Estado em não cumprir as exigências das políticas de saúde indígena já existentes.

As práticas indígenas na maioria das vezes não são consideradas no processo dos cuidados tradicionais da medicina ocidental. O que percebemos durante a pesquisa foi a total falta de preparo dentro da unidade hospitalar, os profissionais de saúde do HCSA tem muitas dificuldades em relação aos indígenas atendidos na unidade, a questão da língua e a maneira com a qual os indígenas lidam com as vestimentas, geram algumas dessas dificuldades. Outra questão é o choque cultural, que muitas vezes os profissionais não sabem lidar e acabam impondo um padrão de comportamento do qual eles julgam ideal.

As dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde envolvidos no atendimento aos indígenas no HCSA, juntamente com as dificuldades encontradas pelos indígenas, apontam alguns problemas estruturais e organizacionais que geram obstáculos a efetivação do cuidado integral e humanizado, ou seja, a falta da efetivação de uma política pública voltada aos profissionais para que os mesmos possam compreender um pouco mais sobre a língua e os costumes dos povos indígenas. A implementação de políticas como essas, seria um passo para um atendimento diferenciado.

Dentre as principais dificuldades reveladas neste estudo, vivida por parte dos profissionais e também por parte dos indígenas entrevistados, a barreira linguística é listada como o principal problema no processo do atendimento. Em conversas diretas com os médicos, enfermeiros, assistentes sociais e técnicos de enfermagem, notou-se que de fato essa é a maior dificuldade enfrentada. Suas principais queixas são relativas a insuficiência de comunicação, e ao fato de que mesmo a unidade dispondo de uma coordenação indígena 24 horas, há uma deficiência de intérpretes que não atende à demanda de vários troncos linguísticos falados por vários etnias atendidas diariamente no HCSA. Isso se aplica também as dificuldades encontradas pelos indígenas

Em relação a atenção diferenciada, ou seja, aquela que atende o mínimo das necessidades de um grupo específico, a pesquisa mostra que os profissionais muitas vezes nem sabem que existem políticas de saúde que tratam sobre esse assunto, e nem mesmo tem a curiosidade de entender como funciona, apresentando um desconhecimento que reflete na maneira em que cuidam dos pacientes. O que percebemos durante a pesquisa é que esse ponto reflete também nas dificuldades encontradas pelos funcionários do HCSA em entender a resistência dos indígenas a tratamentos convencionas não indígenas, ou seja, a resistência ao tratamento medicamentoso muitas vezes imposto para aos indígenas.

Da mesma forma, foi possível perceber que para além das dificuldades com a comunicação e com a aceitação (por parte dos indígenas) do procedimento medicamentoso do hospital não indígena ainda tem a questão do problema relacionado ao fato de que os funcionários apresentam muitas dificuldades em aceitar os comportamentos culturais dos indígenas, impondo os modelos biomédicos como superiores ou melhores dos que os costumes tradicionais indígenas, ou seja, negando a existência de outras práticas de medicina.

Também foi possível identificar e analisar que há qualidades negativas e positivas que sucedem o encontro entre pacientes indígenas e não indígenas. Observou-se que as enfermarias coletivas aparecem como lugar gerador de constrangimento e reforço de estereótipos, onde os pacientes não indígenas se recusam a compartilhar o mesmo quarto com os indígenas, e utilizam diversos recursos de origem higienista. Por outro lado este mesmo lugar configura como caridoso cujo sentimento de consternação é impregnado pela visão romântica, em que os pacientes não indígenas se apresentam como salvadores da aflição dos indígenas durante o processo de hospitalização. Nesse contexto, os pacientes não indígenas aparecem mediando as tensões da relação paciente indígena versus profissional da saúde.

Esperamos que as reflexões que iniciamos possam indicar a potencialidade das noções de sujeito na saúde indígenas, no que diz respeito ao processo de cuidados às crianças indígenas. Não foi nosso objetivo fornecer definição de conceitos, mas sim de mostrar como a falta de políticas voltadas para os profissionais da saúde afetam o bem estar do indígena em tratamento.

Além disso, como se trata de um trabalho que envolve uma complexidade social, por tratar de questões relacionadas a direitos sociais e interpretações culturais, optamos por priorizar alguns temas em detrimento de outros, a fim de dar conta, neste momento, dos objetivos aqui propostos. Mas há certamente outros ainda a serem explorados. Enfim, ao contrário das respostas que se poderia esperar de um trabalho desta natureza, o que constatamos é que nossas perguntas iniciais geraram novas indagações sobre o atendimento da criança indígena na HCSA e que a abordagem foi de alguma maneira relevante para futuros estudos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Alfredo Wagner B.de. **“Universalização e localismo Movimentos sociais e crise dos padrões tradicionais de relação política na Amazônia”**. Cese Debate, n.º 3, Ano v 1, maio de 1994,p. 21-41.

ALMEIDA, Fábio Vaz Ribeiro de. **O índio sabe, o índio faz: os dilemas da participação indígena nas políticas públicas**. In: SOUZA, C. N. I; ALMEIDA, F.V.R; LIMA, A. C. S; MATOS, M. H. O. (Orgs) Povos Indígenas: Projetos e desenvolvimento. Brasília: Paralelo 15. Rio de Janeiro: LACED, 2010. p. 177-185.

ARAMBURU, Mikel. **Aviamento, modernidade e pós-modernidade no interior amazônico**. RBCS nº 25, jun 1994.

AMABILE, A. E. N. **Políticas Públicas**. In: CASTRO, C. L. F; GONTIJO, C. R. B; AMABILE, A. E. N (Orgs). Dicionário de políticas públicas. Barbacena: Ed. UEMG, 2012. p. 390 – 391.

ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. **Estado Federativo e Políticas Sociais: determinantes da descentralização**. Rio de Janeiro: Revan. São Paulo: Fabesp, 2000.

AVELAR, Lúcia. **Participação Política**. AVELAR, Lúcia; CINTRA, Antônio Octávio (Orgs.). Sistema Político Brasileiro: uma introdução. 2 ed. Rio de Janeiro: Konrad-Adnauer-Stiftung; São Paulo: Unesp, 2007.p.261-279

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; LUNARDI, Valéria Lerch. **O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador**. 2006.

BAHIANA, Luís Cavalcanti. **O Norte na organização regional do Brasil**. In: Geografia do Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística., v. 3, 1991. p. 15-23.

BALSEMAO, Adalgiza. **Competências e rotinas de funcionamento dos Conselhos de Saúde no Sistema Único de Saúde do Brasil**. In: ARANHA, Marcio Iorio (org.). Direito sanitário e saúde publica/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão e Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BAINES, S G - **O movimento político indígena em Roraima: identidades indígenas e nacionais na fronteira Brasil-Guiana**¹ Cad. CRH vol.25 no.64 Salvador Jan./Apr. 2012

CONASS - Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: 2009.

BASTA, C.P; ORELLANA, Y. D. J; ARANTES, Rui. **Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados**. In: GARNELO, Luzia; Pontes, A. L. (Orgs). Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012.p. 60-106.

BECKER, K. Bertha. **Amazônia**. 6ª edição. São Paulo: Ática, 1998, P. 7-21.

BECKER, B.;Stenner, C. **Um Futuro para Amazônia**. São Paulo: Oficina de Texto, 2008.

BECKERMAN, Stephen. **A Amazônia estava repleta de gente em 1492?** Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi, 1991. (Coleção Emília Sneath). p. 143-159.

BEHRING, E. R.; Boschetti, I. **Política Social: Fundamentos e História.** São Paulo: Cortez, 2006.

BOTTOMORE, T. **Infraestrutura.** Dicionário do pensamento marxista. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. [verbetes: base (infra-estrutura) e superestrutura]. p. 27 – 28.

BRAGA, B. et al. **Introdução a Engenharia Ambiental: o desafio do desenvolvimento sustentável.** 2 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005. 318 p.

BRAVO, M. I. de S. **Questão da Saúde e Serviço Social: as práticas profissionais e as lutas no setor.** Tese de Doutorado. Departamento de Serviço Social PUC/SP, 1991

_____, M. I. de S. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** São Paulo: Cortez, 2000

_____, M. I. de S. **A Política de Saúde no Brasil,** In: MOTA, Ana Elizabete; [et. al.], Organizadores. Serviço Social e Saúde, Formação e Trabalho Profissional. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL, Lei nº 6.001/BR, de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 21 dez. 1973.

_____, Senado Federal. Constituição da república federativa do Brasil. Brasília: **Senado,** 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). **Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990.**

_____. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8080, 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. **Diário Oficial da União.** Seção 1, p. 1. Brasília, DF, 24/09/1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar / **Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde.** – Brasília, 2001.

_____. Decreto nº 5.051/BR, de 19 de abril de 2004, que promulga a Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre Povos Indígenas e Tribais. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, p. 99, 20 abr. 2004.

_____. Decreto nº 6.040, de 07 de fevereiro 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. **Diário Oficial da**

União, Seção 1, p. 316. Brasília, DF, 8/2/2007.

_____. Lei nº 11.445, de 5 de janeiro de 2007. Estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico; altera as Leis n 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 8.036, de 11 de maio de 1990, 8.66, de 21 de junho de 1993, 8.987, de 13 de fevereiro de 1995; Revoga a Lei nº 6.528, de 11 de maio de 1978; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 8/01/2007a.

_____. Lei nº 11.977, de 7 de julho de 2009. Dispõe sobre o Programa Minha Casa, Minha Vida - PMCMV e a regularização fundiária de assentamentos localizados em áreas urbanas; altera o Decreto-Lei nº 3.365, de 21 de junho de 1941, as Leis nºs 4.380, de 21 de agosto de 1964, 6.015, de 31 de dezembro de 1973, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 10.257, de 10 de julho de 2001, e a Medida Provisória nº 2.197-43, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1, p 2. Brasília, DF, 8/7/2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2010.

_____. Lei nº 12.314, de 19 de agosto de 2010. Altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, 8.745, de 9 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, e 8.029, de 12 de abril de 1990, que dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da administração pública federal; revoga dispositivos da Lei nº 10.678, de 23 de maio de 2003; e dá outras providências. **Diário Oficial da União** - Seção 1, p. 2, Brasília, DF, 20/8/2010a.

_____. Portaria nº 634. de 22 de outubro de 2010. Coordenar a elaboração e promover a divulgação do Plano Nacional de Saneamento Básico. Designar os seguintes membros para integrar o Grupo de Trabalho Interinstitucional, incumbido de coordenar a elaboração e promover a divulgação do Plano Nacional de Saneamento Básico. **Diário Oficial da União**. 2010b.

_____. Constituição (1988). Constituição da Republica Federativa do Brasil. Brasília: promulgada em 5 de outubro de 1988. Atualização do texto Paulo Roberto Moraes de Aguiar. Brasília: **Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas**, 578 p, 2011.

_____. **Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai)**. Conheça a secretaria – SESAI. 2012.

_____. Decreto nº 8.065, de 7 de agosto de 2013. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão. **Diário Oficial da União**. Seção 1, p. 1. Brasília, DF, 08/08/2013.

_____. Portaria Interministerial nº 1.947, de 27 de novembro de 2014. Institui Grupo de Trabalho Interministerial com a finalidade de promover o acesso das populações indígenas à construção ou reforma de habitações, no âmbito do **Programa Minha Casa Minha Vida** - P M, 2014.

_____. Decreto de 15 de abril de 2005. Homologa a demarcação administrativa da Terra Indígena Raposa Serra do Sol, localizada nos Municípios de Normandia, Pacaraima e Uiramutã, no Estado de Roraima. **Diário Oficial da União**, seção 1, p. 11. Brasília, DF, 18 abr. 2015.

CAMPOS, G. W. de S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CARVALHO, Ana Luiza Alves de. **A importância de processo de humanização na política e saúde: uma análise sobre a UTI do Hospital Unimed em Natal/RN**. BS thesis. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2015.

CASTRO, Luiz Antônio Cunha. "A humanização como ferramenta no atendimento diferenciado na Unidade Matricial de Saúde." 2017.

COELHO, E. M. B. **Políticas Públicas em Questão: o dilema do diálogo (im) possível**. Revista de Políticas Públicas, São Luís, v.7, n. 2, p. 201-219, jul./dez. 2003.

COHN, A. **Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil**. In: LAURELL, A. C. (Org.); revisão técnica de COHN, A.; tradução de CONTRERA, R. L. Estado e políticas sociais no neoliberalismo. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1997

COHN, A et al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 2010

CUNHA, Manuela; CASTRO, Eduardo Batalha Viveiros de. **Amazônia: etnologia e história indígena**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1993.

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. A integração da saúde indígena no SUS: uma proposta da gestão estadual. Brasília, DF, 2014. Disponível em: . Acesso em: 24 out. 2017.

CHIARI, Juliana. **Avaliação de Políticas Públicas**. In: CASTRO, C. L. F; GONTIJO, C. R. B; AMABILE, A. E. N (Orgs). Dicionário de políticas públicas. Barbacena: Ed. UEMG, 2012. p. 42-45.

C M V. **Diário Oficial da União**. Seção 1, pag. 27. 01/12/2014. Disponível: <http://grafica.ufes.br/sites/grafica.ufes.br/files/publicacao_diaria/DO1_2017_12_01.pdf>. Acesso: 18/12/2017.

DE PAULA, Luis Roberto; VIANNA, Fernando de Luiz Brito. **Mapeando políticas públicas para povos indígenas**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; LACED/Museu Nacional/UFRJ, 2011.

DUARTE, M. R. T; GOMES, C. A. T. **Estrutura social**. In: **Dicionário de políticas públicas**. CASTRO; C. L. F; GONTIJO, C. R. B; AMABILE, A.E. N. (Orgs). Barbacena: EdUEMG, 2012. P. 182 -186.

FARAGE, Nádia. **As Muralhas dos sertões: os povos indígenas no Rio Branco e a colonização**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; ANPOCS, 1991.

FUNASA - Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos

Povos Indígenas. - 2ª edição - Brasília: **Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde**, 2002.40 p

_____. Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira / Renato Minoru Yamamoto (organizador); promovido pela Sociedade Brasileira de Pediatria. - Brasília: **Fundação Nacional de Saúde**, 2004.

_____. Educação profissional básica para agentes Indígenas: modulo introdutório. Brasília: **Fundação nacional de saúde**, 2005

_____. Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena / **Fundação Nacional de Saúde**. - Brasília: Funasa, 2009.

_____. **Boletim informativo especial**. Vol 8. Abril de 2009a.

_____. Portaria nº 1.541 de 17 de Dezembro de 2007. Estabelece critérios de priorização de obras de saneamento em áreas indígenas e manutenção das obras implantadas. **Diário Oficial da União**, seção 1, p. 50, Brasília, DF, 17 de dez. 2007.

FLEURY, Sonia; OUVERNEY, Assis Mafort. **Política de Saúde: uma política social**. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz: 2008. p. 1- 42.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GARNELO, Luiza. **Características e desenvolvimento da política indigenista no Brasil**. In: GARNELO, L; PONTES, A. L. (Orgs.) Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012. p.18-58.

GEDIEL, J A (org.) - **Direitos em conflito : movimentos sociais, resistência e casos judicializados: estudos de casos** - v.1- Curitiba : Kairós Edições, 2015.

GENIOLE, L. A. I.; KODJAOGLANIAN, V. L.; VIEIRA, C. C. A. (Org.). **A saúde da família indígena**. Campo Grande: UFMS, 2011.

GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz: 2008. p. 1- 42.

GUIZARDI, Francini Lube, et al. **Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 2004, vol. 14, p. 15-39.

GUGELMIN, S. A.; SANTOS, R. V. **Uso do índice de massa corporal na avaliação do estado nutricional de adultos indígenas Xavante, Terra Indígena Sangradouro – Volta Grande, Mato Grosso, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1865-1872, 2006.

HECK E; LOEBENS f; CARVALHO P. **Amazonia indígena conquistas e desafios** – Estudos

Avançados – volume 19 n53 São Paulo/SP disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142005000100015

HOLZ, Sheila; Monteiro, T. V. de Andrade. **Política de habitação social e o direito a moradia no Brasil**. In: X COLOQUIO INTERNACIONAL DE GEOCRÍTICA, 2008. Disponível em: < <http://www.ub.edu/geocrit/-xcol/158.htm>>. Acesso em: 11 dez. 2017.

HOWELLET, Michael; RAMESH, M; PERL. **Política Pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora**. ed. Campus, Rio de Janeiro, 2013.

LACERDA, Paula (Org.). **Mobilização social na Amazônia: a ‘luta’ por justiça e por educação**. Rio de Janeiro: E-Papers, 2014. Disponível em: <<http://laced.etc.br/site/arquivos/Mobilizacao.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2017.

LANGDON, E. J. **A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica**. Antropologia em primeira mão. Vol. 12, p. 1-14. Florianópolis: Editora da UFSC, 1996.

LANGDON, E. J. **Diversidade cultural e os desafios da política brasileira de saúde do índio**. Saúde e sociedade, 16 (2):7-12, 2007.

LIMA, R. B.; SILVA, J. A.; PEREIRA, L. A. **Uma Análise sobre a Política Pública de Saúde no Brasil: Enfatizando o contexto neoliberal**. I Conferência Nacional de Políticas Públicas contra a pobreza e a Desigualdade. Natal, nov. 2010.

LORENZO, C. F. G. **Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena**. Revista Bioética, Brasília, DF, v. 19, n. 2, p. 329-342, 2011. Disponível em: . Acesso em: 20 abr. 2017

LUCIANO, G.S. **O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil hoje**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006. 232 p.

MARÉS, Carlos. **As novas questões jurídicas nas relações dos Estados nacionais com os índios**. In: LIMA, A. C. S; HOFFMANN, M. B (Orgs). Além da Tutela: bases para uma nova política indigenista III. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/LACED, 2002. p. 49-62.

MARINELLI, N. P. et al. **Assistência à população indígena: dificuldades encontradas por enfermeiros**. Revista Univap, São José dos Campos, v. 18, n. 32, p. 52-65, 2012. Disponível em: . Acesso em: 6 maio 2018

MARTINS, A L - **Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena**. Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública. Brasília, setembro de 2013.

MEDEIROS L, BATISTA S. **Humanização na formação interprofissional: uma análise documental**. JMPHC [Internet]. 17 set 2017 [citado 7 DE ABRIL 2018]; 8(3):61-2. Available from: <http://jmphc.com.br/jmphc/article/view/659>

MOYSES FILHO, J. **Planejamento e gestão estratégica em organizações de saúde**. Editora FGV, 2015.

OLIVEIRA, F. F. Participação. In: CASTRO, C. L. F; GONTIJO, C. R. B; AMABILE, A. E. N (Orgs). **Dicionário de políticas públicas**. Barbacena: Ed. UEMG, 2012. p. 370-373.

OLIVEIRA, S. Meio ambiente, saneamento e saúde: alguns indicadores In: ZHOURI, Andréa e LASCHEFSKI, Klemens (Orgs). **Desenvolvimento e conflitos ambientais**. Belo Horizonte: UFMG, p. 329, 2010.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Convenção nº 169 sobre povos indígenas e tribais e Resolução referente à ação da OIT / Organização Internacional do Trabalho**: Aprovada pelo Decreto Legislativo 143 de 20 de junho de 2012.

PAIM, J. **O que é o SUS**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2009.

_____, J. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos, 1997.

PAIM, J, et al. **Saúde no Brasil 1 O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Veja, vol. 6736, no 11, p. 15 – 35, 2012.

PENALVA, A. M. S; Duarte, S. M. **Política habitacional no Brasil: uma nova abordagem para um velho problema**. Revista da Faculdade de Direito da UERJ, Rio de Janeiro Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/rfduerj/article/view/1375/1165>>. Acesso em: 11 dez. 2017.

PEREIRA, Carlos. **A política pública como caixa de pandora: organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos na Reforma Sanitária Brasileira-1985-1989**. Dados, v. 39, 1996.

PIANA, MC. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 233 p. ISBN 978-85-7983-038-9. 2009.

PINHEIRO, Roseni; ASENSI, Felipe Dutra. **Desafios e estratégias de efetivação do direito à saúde**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, , vol. 20, no 1, p. 15- 22, 2010.

PIOLA, S. F; BARROS, E. D.; NOGUEIRA, R. P.; SERVO, L. M.; DE SÁ, E. B; PAIXA, A. B. **Vinte anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira?** In: Políticas Sociais: acompanhamento e análise – Vinte anos da Constituição Federal. 17ª edição, p. 97-172. Brasília, Ipea, 2009.

PINTO, José Armindo. **Garimpagem: contribuição ao desbravamento e a ocupação da Amazônia**. Armin, RHAAG, Regiene (org). Conseqüências da garimpagem no âmbito social e ambiental. Belém: Buntstif/fase/katalyze, 1993.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG, v. 35, 2001.

PHILIPPI JR, A; AGUIAR, A. O. **Resíduos Sólidos: características e gerenciamento**. In PHILIPPI JR, A (editor), Saneamento, Saúde e Ambiente: fundamentos para um

desenvolvimento sustentável. Barueri – São Paulo: Manoele, 2005 (Coleção Ambiental, 2). p. 267- 321.

PHILIPPI JR, A; MALHEIROS, T.F. **Saneamento e Saúde Pública: Integrando homem e meio ambiente.** In: Saneamento, Saúde e Ambiente: fundamentos para um desenvolvimento sustentável. Arlindo Philippi Jr (editor), Barueri – São Paulo: Manoele, 2005 (Coleção Ambiental, 2). p. 3-32.

PROJETO CALHA NORTE- disponível em; <http://www.defesa.gov.br/programas-sociais/programa-calha-norte> Acessado em 03 de fevereiro de 2017.

ROCHA, Leandro Mendes. **A Política Indigenista no Brasil: 1930 – 1967.** Goiânia: UFG, 2003.

_____. Resolução nº 004/CNE-CEB, de 13 de julho de 2010, que define Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Básica. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, p. 824, 14 jul. 2010. Seção 1.

_____. Resolução nº 005/CNE-CEB, de 22 de junho de 2012, que define as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Escolar Indígena na Educação Básica. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, p. 7, Seção 1, 25 jun. 2012.

SANTOS; S. M. M. **Direitos, desigualdade e diversidade.** In: BOSCHETTE, Ivanete; BEHRING, E. R; SANTOS, S. M. M.; MIOTO, R. C. T. (Orgs). Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 64 – 86.

SANTOS, R. V., COIMBRA JR, C. E., COIMBRA JR, C. E. A., SANTOS, R. V., & ESCOBAR, A. L. (2003). **Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil,** 13-48.

SARCINELLI, A - **A Política De Saúde Indígena No Brasil Na Década De 1990 E O Sistema Único De Saúde: O Caso Das Aldeias Do Espírito Santo.** Dissertação apresentada ao Programa de PósGraduação em Atenção á Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. VITÓRIA/ES. 2009.

SARRETA, FO. **Educação Permanente em saúde para os trabalhadores do SUS** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SILVA E SILVA. Maria Ozanira da. **Avaliação de políticas e programas sociais: aspectos conceituais e metodológicos.** In: SILVA E SILVA. Maria Ozanira da (Org.). Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e pratica. São Paulo: Veras, p. 37-93. 2001.

SOARES, G B M. - **Breve Histórico Da Proteção Das Terras Indígenas Nas Constituições Brasileiras,** 2014. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/26927/disciplina-constitucional-das-terras-tradicionalmente-ocupadas-pelos-indios>.

SOUZA, C. Políticas públicas: **Uma revisão da literatura.** Sociologias [online]. 2006, n.16, pp.20-45. ISSN 1517-4522. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-45222006000200003>.

SOUZA, N C R de. **Novos Modelos de Gestão da Saúde em Pernambuco e rebatimentos na prática dos Assistentes Sociais nas Unidades de Pronto Atendimento, Pernambuco**, dissertação, 2012.

TEIXEIRA, C. C. **Fundação Nacional de Saúde: A política brasileira de saúde indígena vista através de um museu**. *Etnográfica*, Lisboa, v. 12, n. 2, p. 323-351, 2008.

TERENA, M. **O movimento indígena como voz de resistência**. In: VENTURI, G; BOKANY, V. (Orgs). *Indígenas no Brasil: demandas dos povos e percepções da opinião pública*. São Paulo: Perseu Abramo, 2013. p.49-64.

TREVISAN, A. P.; BELLEN, H. M. **Avaliação de Políticas Públicas: uma revisão teórica de um campo em construção**. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 42, p. 529-550, maio/jun. 2008.

ANEXOS

QUESTIONÁRIO

Este questionário enquadra-se numa investigação no âmbito de uma dissertação de Mestrado do NECAR (Núcleo de Estudos Comparados da Amazônia e do Caribe, da Universidade Federal de Roraima). Os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins académicos (dissertação de Mestrado), sendo realçado que as respostas dos inquiridos representam apenas sua opinião frente ao contexto do atendimento aos indígenas no HCSA (Hospital da Criança Santo Antônio).

O questionário é anônimo, não devendo por isso colocar a sua identificação em nenhuma das folhas nem assinar o questionário.

As respostas são objetivas. Por isso lhe solicitamos que responda de forma espontânea e sincera todas as questões, basta assinalar com um X a sua opção de resposta, caso não saiba ou não queira responder alguma pergunta, responda somente aquelas que julgar pertinente.

Obrigado pela sua colaboração.

Perfil dos profissionais e usuários entrevistados no Hospital da Criança Santo Antônio:

1. **Idade:** _____

2. **Sexo:** Feminino () Masculino ()

3. **Categoria:**

Usuário do HCSA (paciente/acompanhante):() Enfermeiro:() Médico:() Psicólogo:()

Assistente Social:() Fisioterapeuta:() Técnico em Enfermagem:()

Coordenação Indígena:() Outras Funções:()

4. **Setor de lotação:**

Acolhimento:() Enfermarias do Pronto Atendimento(urgência e emergência):()

Unidade de terapia Intensiva:() Blocos H, F e G: ()

Percepção dos profissionais e usuários para o cuidado e atenção diferenciada ao paciente indígena no Hospital da Criança Santo Antônio.

A) Você considera que a questão da língua é uma barreira para que o atendimento hospitalar ao indígena seja mais eficaz?

SEMPRE () ÀS VEZES () RARAMENTE ()

Vire a página e continue respondendo

B) Considera que a relação entre paciente e a equipe hospitalar têm como grande dificuldade a questão da comunicação?

SEMPRE () ÁS VEZES () RARAMENTE ()

C) E os aspectos culturais? Você sente alguma dificuldade em lidar com as diferenças entre e as culturas indígena e não indígena?

SEMPRE () ÁS VEZES () RARAMENTE ()

D) Em relação a essas diferenças, você considera que o tratamento medicamentoso, é um choque cultural em relação ao tratamento tradicional dos indígenas?

SEMPRE () ÁS VEZES () RARAMENTE ()

E) Você acha que as praticas tradicionais da população indígena são levadas em consideração pelas equipes dessa unidade de saúde?

SEMPRE () ÁS VEZES () RARAMENTE ()

F) O atendimento Humanizado aos indígenas é uma realidade nesse hospital?

SEMPRE () ÁS VEZES () RARAMENTE ()

G) Você acredita que a assistência aos indígenas na unidade, atende as necessidades psicologicas e culturais dos mesmos?

SEMPRE () ÁS VEZES () RARAMENTE ()

H) **(só para servidores)** Como profissional da saúde, você considera a resistência do paciente ao tratamento oferecido na unidade hospitalar um problema para o tratamento das crianças indígenas?

SEMPRE () ÁS VEZES () RARAMENTE ()