

Dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante a permanência em uma Casa de Saúde Indígena na região Amazônica/Brasil

Difficulties faced by indigenous people during the stay in an Indigenous Health Center in the Amazon region/Brazil

Domingas Machado da Silva

Faculdades Integradas do Tapajós. Santarém, PA, Brasil.
E-mail: domingaslegal@yahoo.com.br

Eloane Hadassa de Sousa Nascimento

Faculdades Integradas do Tapajós. Santarém, PA, Brasil.
E-mail: eloane.h@hotmail.com

Luana Almeida Santos

Faculdades Integradas do Tapajós. Santarém, PA, Brasil.
E-mail: luanah.orix@gmail.com

Nádia Vicência do Nascimento Martins

Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação. São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: stm.martins@hotmail.com

Maria Teresa de Sousa

Universidade Estadual do Pará. Santarém, PA, Brasil.
E-mail: enfateresa@hotmail.com

Maura Cristiane Silva Figueira

Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação. Campinas, SP, Brasil.
E-mail: mauracsf@gmail.com

Correspondência

Maura Cristiane Silva Figueira
Rua Marajó, 46, Santana. Santarém, PA, Brasil. CEP 68015-040.

Resumo

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASI) foi instituída pelo Ministério da Saúde reestruturando a Atenção Básica à Saúde Indígena, seguindo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Este estudo visa identificar as dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante o período de permanência na Casa de Saúde Indígena (Casai) em Santarém (PA), na região amazônica. Trata-se de um estudo qualitativo exploratório, cuja abordagem ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas com 15 indígenas de cinco etnias, assistidas pela Casai (Mawayana, Tunayana, Wai-wai, Tiriyo e Katwena), com auxílio de um tradutor que dominava os dialetos. Utilizamos a análise de conteúdo emergindo em categorias temáticas: as dificuldades enfrentadas durante o período de adaptação na Casai/Santarém, o sentimento em deixar a terra indígena e as perspectivas quanto às melhorias no período de permanência. Consideramos que, apesar das crescentes mudanças e avanços na saúde indígena no Brasil, necessita-se de melhorias que possam atender de fato às peculiaridades de saúde próprias de cada etnia.

Palavras-chave: Saúde Indígena; Acesso aos Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde.

Abstract

The National Policy of Health Care to the Indigenous Peoples (PNASI) was established by the Ministry of Health restructuring the Primary Care to Indigenous Health, following the principles and guidelines from the Unified Health System (SUS). This study aims to identify the difficulties faced by the indigenous peoples during the stay in the Indigenous Health Center (Casai) in Santarém (PA), in the Amazon region. It is an exploratory qualitative study, whose approach was through semi-structured interviews, recorded and transcribed, with 15 indigenous people from five ethnic groups, assisted by the Casai (Mawayana, Tunayana, Wai-wai, Tiriyo and Katwena), with help from a translator acquainted with the dialects. We used the content analysis arising from thematic categories: the difficulties faced during the adaptation period in the Casai/Santarém, the feeling about leaving the indigenous land and the perspectives regarding the improvements during the stay. We consider that, despite the increasing changes and advances in indigenous health in Brazil, improvements that can truly meet the health peculiarities of each ethnic group are necessary.

Keywords: Indigenous Health; Access to Health Services; Unified Health System.

Introdução

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASI) foi instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002, reestruturando a Atenção Básica à Saúde Indígena, tendo como objetivo assegurar o acesso à atenção integral à saúde, seguindo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), estando em conformidade com a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, propiciando a superação de fatores que tornam as populações indígenas mais vulneráveis a agravos em saúde de maior prevalência na população em geral, buscando o reconhecimento da medicina tradicional como direito dos povos indígenas à sua cultura (Brasil, 2002a).

Com a criação dessa política específica, a população indígena deve ser assistida de forma integral e hierarquizada dentro dos princípios que regem o SUS, tendo acessibilidade aos serviços de saúde, desde a atenção primária até o nível de assistência terciária.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2012), os serviços de Atenção à Saúde Indígena estão organizados em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) – unidades gestoras descentralizadas do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi) –, que estão divididos estrategicamente por critérios territoriais, organizando os serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integradas e hierarquizadas com complexidade crescente e articuladas com a rede do SUS. Além dos DSEIs, a estrutura de atendimento conta com postos de saúde localizados nas aldeias, com os polos-base e as Casas de Saúde Indígena (Casai), criadas em áreas estratégicas dos DSEIs ou em centros urbanos de referência para receber pacientes indígenas encaminhados para exames e tratamentos de casos de média e alta complexidade (Brasil, 2002a, 2012; Cardoso, 2014).

De acordo com a PNASI, essas Casas de Saúde devem estar em condições de receber, alojar e alimentar os pacientes e acompanhantes encaminhados, prestar assistência de enfermagem em período integral, marcar consultas, exames complementares

ou internação hospitalar e deverão ainda ser adequadas para promover atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e demais atividades para os pacientes e acompanhantes (Brasil, 2002a).

De acordo com Popyguá (2007), o poder público no Brasil tem dificuldades de dialogar com os povos indígenas e reconhecer na prática suas diferenças. Os programas do governo fazem para os indígenas as mesmas exigências que fazem para as organizações não indígenas, não reconhecendo as formas próprias de organização social, as formas de representação, o jeito de expressar seus sentimentos e os costumes.

Conforme o censo realizado pelo IBGE,¹ foram registradas 817.963 pessoas autodeclaradas indígenas, estando presentes nas cinco regiões do Brasil, sendo que a região Norte é a que concentra o maior número de indivíduos, 342,8 mil, e o menor, no Sul, 78,8 mil. Estão organizadas em etnias e línguas distintas, dentre elas as etnias que são assistidas na Casai Santarém (PA), foco deste estudo. São as: Tiriyó, Wai-wai, Tunayana, Hiskaryana, Mawayana, Katwena, Xerew, Karyjana, Kayana, Kaxuyana, Zoé, Munduruku e Kayapó.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2002a, 2012) preconiza que devem ser definidos procedimentos de referência, contrarreferência e incentivo às unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados, com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas (como os relativos às restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérprete, visita de terapeutas tradicionais, instalação de redes, entre outros) e que a Casai deverá estar em condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso.

Na carta dos Mundurukus enviada ao governo brasileiro em 8 de junho de 2013 (CIMI, 2013), as lideranças indígenas enfatizam, entre outros assuntos, o valor do contexto familiar para a construção do cará-

ter dos indígenas, assim como, ensinando-os quanto à importância de preservar a natureza, das práticas culturais e preparando-os para viver no mundo:

Todos os Mundurukus possuem o conhecimento guardado em si. Conhecimento esse repassado oralmente pelos antepassados para não desaparecer o valor cultural e os conhecimentos milenares. Todas as pessoas idosas são dotadas de conhecimentos. Nós, Mundurukus, somos assim, damos valor ao que está a nossa volta (CIMI, 2013).

Considerando esse aspecto dos laços familiares, evidenciados na carta, torna-se necessário pensar sobre a inclusão da família como suporte necessário e eficaz no processo saúde-doença do cuidar em saúde indígena. Não menos importante, acena-se para a ambiência e as relações interpessoais para o processo de recuperação da saúde do indivíduo como um todo, evidenciando-se por caracterizar os povos indígenas pelas peculiaridades de cada etnia.

Diante do contexto, tivemos a seguinte indagação: quais as dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante o período de permanência na Casai/Santarém?

Esta abordagem justifica-se por proporcionar o relato das dificuldades enfrentadas pelos indígenas, com a perspectiva de oferecer informações aos gestores para minimizar os impactos relacionados com o deslocamento dos indígenas do seu ambiente natural, para ocupar outro ambiente diverso daquele cotidiano, auxiliando, assim, no planejamento de estratégias de ação que minimizem os impactos nos deslocamentos das aldeias e a permanência na unidade de referência.

A PNASI do Brasil conferiu o suporte teórico para a pesquisa.

Objetivo

O estudo tem como objetivo identificar as dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante o período de permanência na Casai/Santarém (PA).

¹ Disponível em: <<http://indigenas.ibge.gov.br/>>. Accessed on: 7 Dec. 2016.

Método

Esta pesquisa é caracterizada como qualitativa, exploratória e descritiva, pois conforme Bicudo (2011), permite compreender as características dos fenômenos investigados. Procedendo dessa maneira, sustenta raciocínios articulados importantes para a tomada de decisão política, educacional e de pesquisa científica. Tais pesquisas examinam a compreensão subjetiva das pessoas a respeito de sua vida diária (Pope; Mays, 2009).

O modelo assistencial de atenção aos povos indígenas do Brasil tem como base os DSEIs, formados por meio de projetos elaborados com as comunidades, sob a supervisão dos Núcleos Interinstitucionais de saúde Indígenas (Nisi) e outros profissionais especializados em saúde indígena. Sendo assim, os DSEIs devem ser caracterizados em: base territorial definida por critérios etnogeográficos, epidemiológicos, acesso a serviços (saúde, transporte, comunicação, administrativo e econômico). Ressaltando que as Casais são elementos indissociáveis do DSEI e/ou gerência regional, sendo ligadas aos seus conselhos e/ou ao Nisi (Brasil, 1993).

Conforme Oliveira e Rosa (2014), há certa instabilidade e intermitências na condução das políticas de saúde indígena, com as frequentes mudanças de órgãos, associadas às limitações institucionais, além do desafio no contexto Estado-sociedade no componente socioeconômico e cultural. Apesar da descentralização na saúde indígena com os DSEIs, as políticas destinadas a essa população ainda constituem uma estratégia vertical que, por vezes, não considera as peculiaridades locais; como o caso do Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão (DSEI-MA).

O local de estudo foi a Casai/Santarém, pertencente ao Distrito Sanitário Indígena Guamá - Tocantins (DSEI Guatoc). O polo-base Santarém-Pará presta assistência em saúde a etnias demandadas das reservas indígenas Nhamundá/Mapuera e Cuminaapanema e ainda às etnias munduruku e kayapó, situadas na área de abrangência do polo-base Itaituba - Pará, pertencentes ao Distrito Sanitário Rio Tapajós.

A equipe de trabalho da Casai/Santarém é composta pelos seguintes membros: um diretor, quatro enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, quatro agentes administrativos, três cozinheiras, dois motoristas e um intérprete.

Os sujeitos de pesquisa foram convidados a participar de forma voluntária, confirmada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) redigido em língua portuguesa e traduzido no dialeto indígena de cada etnia, para facilitar a compreensão e evitar qualquer tipo de manipulação tendenciosa para aquisição do aceite em participar do estudo.

Após o aceite, a coleta de dados ocorreu no mês de setembro de 2014 por meio de entrevistas realizadas diretamente com os participantes, utilizando um roteiro com as questões norteadoras redigido em português. Com intuito de diminuir a barreira linguística, tivemos o auxílio de um tradutor indicado pela Casai na abordagem daqueles indígenas que não compreendessem a língua portuguesa.

Resguardando a identidade dos participantes da pesquisa, foram utilizados os nomes populares de peixes típicos da região: pirarucu, tucunaré, tambaqui, pescada, filhote, lambari, pirapitinga, mapará, dourada, curimatã, caratinga, acari, surubim, matrinhã e aruanã, preservando a confidencialidade das informações.

As entrevistas foram gravadas e transcritas para o português com o apoio do tradutor da língua nativa. Foram entrevistados 15 indígenas adultos por qualquer que fosse seu diagnóstico e/ou motivo da permanência na Casai/Santarém. O número de sujeitos da pesquisa foi determinado pela riqueza do conteúdo coletado.

O formulário de entrevistas semiestruturado foi dividido em dois momentos, sendo o primeiro composto por perguntas fechadas: idade, sexo, ocupação dentro da comunidade indígena (atividades de trabalho), período de permanência na Casai/Santarém até o período de retorno para a terra indígena e o motivo do deslocamento da Atenção Básica (ou da aldeia procedente) para Atenção de Média e Alta Complexidade (Casai/Santarém).

O segundo momento foi composto por perguntas abertas, organizadas de acordo com os objetivos propostos pela pesquisa:

- (1) Há dificuldades durante o período de permanência na Casai/Santarém? Se sim, quais as dificuldades enfrentadas?
- (2) Qual o sentimento em ter que deixar a sua terra indígena, a família e vir para a Casai/Santarém?
- (3) Qual a sua opinião em relação ao que poderia ser melhorado ou modificado para que não haja dificuldade durante o período de permanência na Casai/Santarém?

Atendendo à resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere aos princípios éticos, foi necessário o parecer favorável do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), Protocolo nº 827.490 de setembro de 2014 e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, Protocolo nº 751.016 de agosto de 2014, além da autorização da Coordenação da Casai/Santarém.

Para a análise dos dados empíricos, utilizamos a análise do conteúdo de acordo com Minayo (2014). Realizamos leituras exaustivas das entrevistas, deixando-nos impregnar pelo conteúdo, considerando os objetivos e os referenciais teóricos, identificando os temas centrais e aspectos relevantes. Baseados nos objetivos do estudo, no material empírico coletado e no referencial teórico proposto, destacamos três categorias temáticas: **Categoria 1** - as dificuldades enfrentadas durante o período de permanência na Casai/Santarém; **Categoria 2** - O sentimento em deixar a terra indígena; e **Categoria 3** - as perspectivas quanto às melhorias no período de permanência na Casai.

Resultados e discussão

Nesta pesquisa, foram entrevistados quinze indígenas, sendo oito do sexo feminino (55%) e sete do sexo masculino (45%). Quanto à idade, três tinham de 18 a 28 anos, seis, de 29 a 39 anos, um, de 40 a 49 anos, e cinco, de 50 a 60 anos.

As principais ocupações dos sujeitos nas aldeias de procedência são: pescador, professor, artesões, agricultor, agente indígena de saúde (AIS) e merendeira.

Os entrevistados pertencem às seguintes etnias: dez Wai-wai, um Mawayana, um Tiriyó, dois Katwena e um Tunayna.

Os motivos da vinda desses índios das aldeias e acolhidos na Casai/Santarém foram: referências especializadas aos serviços de média e alta complexidade, exames especializados, procedimentos hospitalares e retorno para acompanhamento/tratamento. O período de permanência dos entrevistados na Casai variou de no mínimo 3 dias e, no máximo, 170 dias.

Categoria 1 – As dificuldades enfrentadas durante o período de permanência na CASAI Santarém – Pará / Brasil

As principais dificuldades relatadas pelos indígenas durante o período de permanência foram: marcar consultas; longa espera por procedimentos hospitalares; dificuldade financeira para comprar medicamentos; alimentação diferente das tradicionais indígenas; barreira linguística; estrutura física da Casai, como expressadas nas opiniões a seguir:

Eu esperei muito para fazer operação (Pescada).

Eu vim fazer tratamento só que mesmo assim a gente compra remédio, a Casai não dá remédio pra gente. Eles dão receita, o médico dá receita só que a gente compra com o dinheiro, cadê o convênio? (Pirarucu).

Estou fazendo exame. [...] é muita dificuldade para mim ter que ficar na Casai porque eu mesmo estou pagando consulta, é muito cara (Surubim).

Como se observa na fala dos índios, apesar da cobertura assistencial do SUS desde a Atenção Primária até a Atenção Terciária, e, ainda, especificamente com o Sasi, continuam as dificuldades no acesso integral à saúde conforme preconizado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Persiste a situação na qual os usuários não encontram espaço para o encaminhamento de suas demandas em momentos de dor e sofrimento agudo (Azevedo; Costa, 2010).

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.

Pode-se ressaltar que essas dificuldades enfrentadas por enfermeiros também podem ser enfrentadas pelos indígenas, pois, ao se deslocarem de suas aldeias referenciados às Casais, passam por um período de 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, incluindo a otimização das ferramentas de gestão, em especial a regulação e o planejamento, 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, sobrecarregando as Casais.

De acordo com Pontes, Garnelo e Rego (2014), a internação em hospitais ou permanência na Casai gera, também, a ruptura de regras dietéticas, bastante restritivas que alguns grupos indígenas mantêm, conforme observado nos discursos que se seguem:

Quando eu moro na aldeia eu me alimento bem, a alimentação para mim é saudável na minha aldeia. Na Casai não, porque quando eu fico na minha aldeia me sinto bem, porque eu mesmo tenho que caçar e pescar, aqui na cidade é tudo pago (Surubim).

[...] porque é diferente aqui na cidade, a alimentação, é porque eu não me alimento bem, eu não

gosto de comer carne, sopa, essas coisas da cidade, da Casai. Quando eu estiver na minha aldeia aí tem peixe, aí eu como, me alimento bem, aqui não, porque eu estou querendo voltar para minha aldeia, para eu poder me alimentar bem, comer peixe e comida do mato (Pirarucu).

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, 2008), os índios têm mudado seu modo de vida de forma drástica nos últimos anos, seja pela limitação dos territórios, sedentarismo, diminuição dos recursos naturais, seja pela introdução de novos costumes, alimentação, remédios, mudança na estrutura familiar, rompimento de tabus alimentares e ritos de passagem.

As 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 comorbidades (Gugelmin; Santos, 2006).

Sobre o dialeto, observa-se que a barreira linguística se torna um obstáculo para a compreensão fidedigna do que o paciente refere sobre sua saúde, por mais que haja tradutor. Em seu estudo, Pereira (2012) reconhece a impossibilidade de uma tradução integral, pois ela exige a compreensão de dialetos e símbolos de difícil compreensão. Dentre outras implicações, a variabilidade linguística desses povos e a vitalidade da língua nativa, diante do português majoritário, fazem com que muitas comunidades indígenas adotem o português como segunda língua, enquanto outras permanecem em suas convicções de transmitirem o idioma nativo aos seus filhos. Entretanto, a dificuldade de uma tradução de forma integral resulta em equívocos,

esbarrando naquilo que é intraduzível, diante do vocabulário técnico da área de saúde e o idioma em questão.

[...] *para contar o que tenho ao técnico é muito difícil pra mim, a língua portuguesa* (Pirapitinga).

No que se refere à infraestrutura, seguem os relatos:

[...] *é muito lotado aqui, é muito quente também* (Pirarucu).

Olha! Vocês estão vendo, aqui na Casai falta ventilador, os banheiros não funcionam bem, a Casai é pequena, e muito calor também aqui, tem que melhorar essa Casai (Lambari).

Nesses relatos, é possível observar que os indígenas não estão satisfeitos com a ambiência da Casai, assim como também a representação de que é necessário melhorar a estrutura física para melhor acomodação desses usuários.

Categoria 2 – O sentimento em deixar a terra indígena

Os sentimentos mais relatados foram: preocupação com familiares, tristeza pelo distanciamento da aldeia e a saudade do convívio familiar, como se observa nos seguintes relatos:

[...] *por isso que deixei minha aldeia pra lá, eu deixei minha família, eu tô querendo voltar pra lá o mais rápido possível, porque eu já fiquei muito tempo aqui* (Tucunaré).

[...] *só que às vezes a gente tem filho estudando, a gente não pode deixar ele sozinho, pra mim deixar a aldeia é muito difícil* (Matrichã).

[...] *eu não quis vir pra cá porque eu tenho família, filha, filho, eu tenho casa lá, aqui eu não gosto muito de ficar na cidade, mas vou ficar aqui porque eu vou fazer tratamento* (Mapará).

O sentimento é porque estou muito longe da minha aldeia, às vezes eu fico triste, lá na aldeia eu vou ficar alegre né? Porque na minha aldeia mesmo sou assim, aqui na cidade agora eu estou triste de estar longe da minha aldeia (Pirapitinga).

Como se percebe, a família tem um papel fundamental na recuperação e manutenção da saúde, pois os laços afetivos, segundo Borges e Franco (2012), promovem melhores resultados na recuperação do indivíduo.

De acordo com Becker et al. (2009), os processos de saúde e doença precisam ser examinados dentro de seus contextos históricos, sociais e culturais. Mesmo com os avanços da medicina, não se pode interferir nos aspectos étnicos e culturais, desvalorizando os saberes e práticas locais.

Os locais fora da aldeia deveriam ser readequados com características que não se distanciem tanto dos costumes locais. Dessa forma, a medicina ocidental e a indígena deveriam estar articuladas para que os objetivos sejam alcançados com segurança e bem-estar tanto do paciente como da família durante a fase de tratamento (Lorenzo, 2011).

Categoria 3 – Perspectivas quanto às melhorias no período de permanência na Casai/Santarém

A Casai seria maior ainda, para poder pegar mais gente, para a gente ficar mais distante assim, mais um pouco de espaço, porque não dá pra dormir porque é muito quente,[...] aí quando a gente precisa ir ao banheiro a gente espera o outro também, aí às vezes acaba a água, na minha aldeia não, quando estou lá aí eu fico bem. É rio mesmo lá, aqui não tem vento, é muito quente, a Casai tem que melhorar (Pescada).

A Casai seria bom assim grande. Está muito pequena, não tá bom. Como estou operada, sinto muita quentura aqui dentro, de noite a gente não dorme bem, os banheiros estão ruim (Filhote).

Para a Casai melhorar, tem que ser mais grande, porque quando a gente tá aqui, a gente não somos

parentes, porque nós somos diferentes etnias, outros são katwenos, waianos. No caso a gente se comunica, mas a gente mora bem juntos, assim perto, só que a gente não gosta porque em nossa casa é diferente, porque os outros moram em outra aldeia, a gente mora noutra aldeia, a Casai seria melhor ter o quarto pra cada um (Pirarucu).

É notório o conflito intercultural, já que esse processo de mudança na rotina interfere, significativamente, no processo saúde-doença, tornando-os mais vulneráveis aos agravos à saúde. Sendo assim, Nascimento et al. (2011) destacam a necessidade de compreenderem o contexto em que esse usuário está inserido, valorizando sua cultura e sua crença, para que o cuidado em saúde se estabeleça plenamente.

Pontes, Garnelo e Rego (2014) destacam que a incompreensão dessas diferenças culturais, por parte de profissionais de saúde e gestores, pode ser expressa, por exemplo, na inadequação cultural quando da organização de serviços oferecidos na Casai, tais como: a mistura de pessoas de diferentes etnias, entendida como uma situação de risco à saúde, bem como a desconsideração das dietas e restrições alimentares tradicionais das famílias enfermas.

Aspectos relacionados à infraestrutura e ambiência também são citados:

[...] aqui é diferente para tomar banho, tem água diferente, lá na minha aldeia só tem rio mesmo, a gente vai banhar direto. Aqui não tem, é diferente mesmo, se acabar a água, a gente não pode banhar. Aqui também a comida é diferente, só no horário mesmo de manhã toma café, meio-dia almoço. Lá na aldeia a gente tem comida direto, aqui é diferente da minha aldeia (Pirapitinga).

[...] a gente está aqui sofrendo, não tem água na torneira, o banheiro não funciona bem, a Casai tem que melhorar ainda bastante (Curimatã).

A Casai tem que ser bem adequada, porque quando eu fiquei doente, fiquei deitado na rede, tudo junto, é muito barulho também, as crianças, os índios não aguentam, a Casai tem que melhorar [...] quem é prioridade tem que ficar no quarto só

ele (Caratinga).

Outras perspectivas de melhorias referem-se ao agendamento das consultas, exames e à aquisição dos medicamentos necessários ao tratamento:

É difícil pra marcar consulta, [...] a gente mesmo paga às vezes. A Casai não paga, entendeu? É isso, tem que melhorar, a Casai tem que dar apoio pra gente fazer essas coisas, exames, enfim (Pirarucu).

[...] a Casai tem que comprar também remédio para gente [...] a gente tem direito, a gente não tem também dinheiro para comprar remédio. A Casai tem que melhorar, a casa de saúde tem que melhorar também, ficamos todos juntos e os banheiros não funcionam bem. O quarto é só um grande, é muito calor também (Acarí).

Aparece nesses discursos a insatisfação dos indígenas com as condições físicas da Casai para sua acomodação e a de seus acompanhantes, compreendendo assim que a ambiência representa papel fundamental na inclusão terapêutica dessa população. Fato também observado no estudo realizado por Pontes, Garnelo e Rego (2014), em que as condições da Casai eram inadequadas para hospedagem de pacientes e familiares, o que representa não ser uma realidade exclusiva da Casai/Santarém, mas de outras Casais no Brasil, necessitando, dessa forma, um olhar diferenciado para essa temática.

Considerações finais

Este estudo possibilitou a identificação das dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante o período de permanência na Casai e proporcionou discussões com as coordenações locais, sendo apresentados os resultados em reunião, visando readequações em alguns pontos citados pelos indígenas, de acordo com a realidade de cada etnia. Esses achados promoverão, talvez em médio e em longo prazo, discussões a respeito da política de saúde indígena nos diversos níveis, assim como novas abordagens para melhorar o atendimento dessa clientela durante sua permanência fora das aldeias.

As principais dificuldades relatadas na Casai/Santarém foram: marcação de consultas, longa espera por procedimentos hospitalares (consultas, exames e cirurgias); dificuldade financeira em comprar medicamentos ou realizar consultas e exames particulares; alimentação diferenciada em relação à tradicional; barreira linguística e cultural; de adaptação em relação à estrutura física da Casai e a convivência com diferentes etnias; impacto da mudança ambiental na rotina.

Essas dificuldades não foram comparadas entre as etnias, pois notou-se que tais dificuldades eram sentidas por todas que participaram da pesquisa, assim como também pela desproporção do número de participantes de cada etnia, não podendo ser estendida para as outras etnias não participantes nesta pesquisa. Assim, sugerimos a realização de outros estudos com o mesmo enfoque que ampliem e promovam debates sobre essa temática.

Sobre as perspectivas de melhorias, sugeriram o que poderia ser modificado na Casai: a estrutura física, preservar a privacidade de cada etnia em quartos separados; apoio financeiro para comprar a medicação; agilidade na marcação de consultas, encaminhamentos às referências; e alimentação de acordo com o hábito alimentar dos indígenas.

Contudo, apesar das crescentes mudanças e avanços da saúde indígena no Brasil, há a necessidade de melhorias que possam atender de fato às peculiaridades de saúde das etnias. Outro fator a considerar é a estrutura física da Casai/Santarém, que diverge da preconizada pela Política Nacional de Saúde Indígena.

Reforçamos a importância de que a tomada de decisão seja compartilhada com os indígenas, principalmente sobre as disposições orçamentárias e de gestão desses serviços, cumprindo o direito ao controle social e participativo dos povos indígenas, para melhorar a assistência e a prevenção dos agravos.

Referências

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na estratégia de saúde da família. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, 2010.

BECKER, S. G. et al. Dialogando sobre o processo saúde/doença com a antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 62, n. 2, p. 323-326, 2009.

BICUDO, M. A. V. *Pesquisa qualitativa segundo a visão fenomenológica*. São Paulo: Cortez, 2011.

BORGES, V. O.; FRANCO, A. L. e S. Família no Programa de Saúde da Família: uma inquietação em sua abordagem. *Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 9, n. 55, p. 19-23, 2012.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 3 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Segunda Conferência Nacional de Saúde para os povos indígenas*: relatório final. 1993. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/pgconfparaosindigenas.htm>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2002a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 254, de 6 de fevereiro de 2002. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 fev. 2002b. Seção 1, p. 46.

BRASIL. Ministério Público Federal. *Manual de atuação: saúde indígena: grupo de trabalho saúde indígena*. Brasília, DF: 6ª CCR/MPF, 2008. Disponível em: <<http://bit.ly/2fovFI6>>. Acesso em: 3 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai). *Conheça a secretaria – SESAI*. 2012. Disponível em: <<http://portalsaude>>.

saude.gov.br/index.php/conheca-a-secretaria-sesai>. Acesso em: 25 nov. 2015.

CARDOSO, M. D. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 860-866, 2014.

CIMI - CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. *Carta dos Mundurukus ao governo brasileiro explicita conhecimentos milenares e reafirma demandas*. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://bit.ly/2ghKuQj>>. Acesso em: 24 out. 2016.

CONASS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *A integração da saúde indígena no SUS: uma proposta da gestão estadual*. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<http://bit.ly/2g2KH6e>>. Acesso em: 24 out. 2016.

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

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.

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: <<http://bit.ly/2g4pCZY>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

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: <<http://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/93>>. Acesso em: 6 maio 2014.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NASCIMENTO, F. F. et al. Cuidado à saúde da comunidade indígena Tremembé: olhar dos profissionais de saúde. *Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 8, n. 51, p. 138-143, 2011.

OLIVEIRA, R. N. C.; ROSA, L. C. S. Saúde indígena em tempos de barbárie: política pública, cenários e perspectivas. *Revista de Políticas Públicas*, São Luís, v. 18, n. 2, p. 481-496, 2014. Disponível em: <<http://bit.ly/2ggnuoq>>. Acesso em: 14 maio 2016.

PEREIRA, P. P. G. Limites, traduções e afetos: profissionais de saúde em contextos indígenas. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 511-538, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132012000300004>. Acesso em: 20 abr. 2014.

PONTES, A. L. de M.; GARNELO, L.; REGO, S. Reflexões sobre questões morais na relação de indígenas com os serviços de saúde. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 22, n. 2, p. 337-346, 2014.

POPYGUÁ, T. V. Cultura é aquilo que a gente cultua. In: BRASIL. Ministério da Cultura. *Prêmio Culturas Indígenas*. São Paulo: Sesc, 2007. p. 13-14. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/106378185/Catalogo-Premio-Culturas-Indigenas-2006-Edicao-Angelo-Creta>>. Acesso em: 21 abr. 2015.

POPE, C.; MAYS, N. (Org.). *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

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.

Contribuição dos autores

Sousa foi a orientadora responsável pela pesquisa, participando de todas as fases; Silva e Nascimento participaram da coleta e análise de dados e redação do texto deste artigo; Nascimento participou na organização do projeto para submissão ao CEP e Conep; Figueira realizou a análise dos dados, redação do artigo e revisão crítica.

Recebido: 03/03/2016

Aprovado: 20/10/2016