

Proposta de Grupo de Trabalho sobre Saúde Indígena

Justificativa

O Brasil conta hoje com uma população indígena estimada de aproximadamente 900 mil pessoas, pertencentes a mais de 305 etnias e falantes de mais de 274 diferentes línguas (IBGE, 2010; ISA, 2018). Destes, cerca de 40% vive em cidades, enquanto o restante está em aldeias e comunidades fora da área urbana, sendo grande parte em alguma das 673 terras indígenas, em diferentes estágios de demarcação, que representam 13,2% do território nacional (ISA, 2018).

As ações de Atenção Primária à Saúde (APS) e a articulação com a atenção de média e alta complexidade para as populações que vivem em aldeias e terras indígenas são de responsabilidade da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), responsável por executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, através do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), inserido no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002; ISA, 2018). O atendimento à população indígena que não vive em aldeias é de responsabilidade dos municípios, que em grande parte não estão preparados para realizar um atendimento diferenciado, considerando as características culturais e o perfil demográfico e epidemiológico desta população.

A demanda por uma organização do sistema de saúde capaz de dar conta das especificidades dessa população surge da mobilização dos povos indígenas para que seja reconhecido que há singularidades em seu modo de viver, além de particularidades como o fato de viverem em territórios que não respeitam limites municipais e estaduais e o perfil epidemiológico, o que deve caracterizar as ações que devem ser realizadas (BRASIL, 2002). Deve-se ressaltar ainda que, até a criação do SasiSUS em 1999, as ações de saúde indígena não envolviam continuidade, baseando-se em um modelo de equipes volantes, sob responsabilidade da Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Já sob a gestão da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), no SasiSUS, estabeleceu-se um modelo baseado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) para a territorialização das ações de APS. Neste início do Subsistema, a execução das ações nos DSEI ficaram sob a responsabilidade de Organizações não Governamentais (ONGs), municípios, associações indígenas e outras instituições, através de convênios estabelecidos com a FUNASA, modelo considerado insatisfatório para a gestão adequada dos desafios a serem enfrentados. Apesar das mudanças implementadas com a criação da SESAI, em 2010, mantendo-se o modelo de territorialização por DSEI, diversos desafios ainda são enfrentados para a qualificação da atenção a todos os povos indígenas, estejam eles em aldeias ou não.

Assim, atualmente, as ações de atenção à saúde para os povos indígenas que vivem em aldeias são coordenadas pela SESAI e executadas por 34 DSEI, unidades de ação que se estruturam em torno dos territórios ocupados pelos povos indígenas, alguns deles estendendo-se por 5 estados (DSEI Litoral Sul), outros com território maior que muitos estados brasileiros (DSEI Alto Rio Negro,

Altamira, entre outros). Os DSEI se caracterizam como uma rede interconectada de serviços responsável pela APS, enquanto os demais níveis da rede de saúde são compartilhados com os municípios e estados. Cabe aos Distritos oferecer ações de prevenção de doenças, cuidados de saúde, monitoramento de condições de nutrição e alimentação, bem como de saúde ambiental, de educação em saúde, remoções de emergência e outras ações que contribuam para o bem-estar dos grupos étnicos atendidos, além de articular ações diferenciadas nos serviços de média e alta complexidade (GARNELO, PONTES, 2012).

Para a realização das ações em saúde indígena de forma diferenciada, respeitando e valorizando a diversidade culturais e de formas de pensar, é preciso desenvolver competências específicas para o trabalho em contextos interculturais, ou seja, em cenários em que diferentes culturas, visões de mundo, determinações do processo saúde-doença e atenção à saúde co-existam (MENÉNDEZ, 2003). Nesse contexto, a sobreposição de diferentes práticas envolve conflitos que necessitam de intermediação antropológica no acompanhamento dos programas de saúde. (CONFALONIERI, 1989). Nesse mesmo sentido, a reflexão sobre as noções e comportamentos ligados aos processos de saúde e de doença no âmbito das sociedades indígenas têm que ser considerados como integrantes da cultura destes, sendo que a biomedicina clássica precisa considerar estes aspectos para uma abordagem culturalmente competente (LANGDON, WIIK, 2010). Desta forma, o desenvolvimento de uma maior competência cultural ao cuidar de comunidades e pessoas com diferentes culturas é uma das características da Medicina de Família e Comunidade (MFC), o que deve ser conduzido na busca de aproximação entre ciências da saúde e antropologia e na superação do etnocentrismo (TARGA, OLIVEIRA, 2012). Do mesmo modo, reconhecer a diversidade cultural, respeitá-la e valorizá-la no contexto da APS favorece a compreensão sociocultural dos indivíduos, das famílias e das comunidades, pois se sabe que o contexto exerce influência decisiva na forma de expressão das doenças e na busca por tratamento (KNAUTH, OLIVEIRA, CASTRO, 2014). Assim, mais do que conhecer as crenças do outro, o trabalho do MFC pode ser o de criar espaços de diálogo entre vários saberes e fazeres, mapeando diferenças e buscando objetivos conjuntos (TARGA, OLIVEIRA, 2012).

De uma forma geral, as graduações em saúde apresentam limitação na formação para atuação em contextos interétnicos e interculturais, sendo raras as experiências de inserção de estudantes em áreas indígenas, bem como é muito escassa a abordagem de temas de saúde pública no contexto indígena nos currículos, como saúde dos povos originários, o papel da SESAI e a organização do SasiSUS. Reflexo desta ausência é o despreparo para lidar com especificidades que vão para além das questões que dizem respeito à recuperação da saúde, estrito senso, como por exemplo, organizações sócio-culturais que implicam práticas e saberes próprios de cuidados com o corpo individual e coletivo, o que resulta na frágil preparação de profissionais de saúde para o trabalho com os povos indígenas (DIEHL; PELLEGRINI, 2014). Além dos cursos da área de saúde geralmente não discutirem os desafios para atuação no contexto intercultural, ao inserirem-se nestes contextos a maioria dos trabalhadores da saúde indígena não recebe nenhum tipo de treinamento

específico para lidar com estas questões, apesar do surgimento de alguns cursos de especialização nos últimos anos.

Outra característica importante da atenção à saúde dos povos indígenas é a situação geográfica. Muitas comunidades indígenas brasileiras localizam-se em regiões remotas da Amazônia e do Centro-oeste, o que implica em dificuldades de acesso e deficiências de infraestrutura e de recursos disponíveis, o que contribui para a descontinuidade na execução de ações e sérias dificuldades de provimento profissional. As equipes de saúde indígena dessas regiões trabalham em regime de imersão (por exemplo, para cada 30 dias trabalhados em área, 15 dias de folga) sem que haja embasamento legal sólido para este regime de trabalho. O trabalho na saúde indígena em áreas remotas apresenta ainda outros desafios, como a dificuldade de comunicação, que muitas vezes é realizada apenas por rádio, o sistema precário de transporte em embarcações sem condições de segurança, o uso de pistas de pouso clandestinas, a inexistência de consultórios para atendimento e equipamentos nas aldeias, entre outros.

Os contatos com a população não indígena acontecem de forma muito heterogênea e são resultado da diversidade de processos históricos vividos pelas comunidades. Enquanto temos populações indígenas do Nordeste com contato com não indígenas desde o início do período colonial, ainda temos comunidades indígenas isoladas em alguns locais da região amazônica. No processo de contato, há modificações em seus hábitos e condições de vida, havendo transição para novos perfis de adoecimento. Segundo Confalonieri (1989), esses contatos favoreceram o surgimento de doenças antes incomuns em certas comunidades, pois, de uma situação inicial de equilíbrio por convívio secular com processos infecciosos virais de caráter endêmico e baixa letalidade, iniciam-se surtos de infecções introduzidas, com altas morbidade e mortalidade, e repercussões na organização social. Esse processo é seguido por outros tipos de infecções, tais como as cutâneas, tuberculose e malária. Segue-se então o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas próximas do que é vivido pela população urbana (CONFALONIERI, 1989). A modificação dos hábitos alimentares e a exposição a poluentes e produtos industrializados culminam em um aumento de vulnerabilidade dos povos indígenas, que acabam tornando-se reféns do arsenal terapêutico alopático, uma vez que há pouco conhecimento tradicional para tratar doenças introduzidas a partir do contato. Essa situação de vulnerabilidade também se expressa no surgimento de doenças mentais que hoje são extremamente preocupantes na população indígena, como o alcoolismo e o suicídio, resultantes da desintegração social e marginalidade econômica decorrentes do descaso historicamente conduzido pelo Estado brasileiro.

Assim, o perfil epidemiológico das populações indígenas é singular. A mortalidade infantil ainda é cerca de 3 vezes maior que a da população geral brasileira e suas causas são sensíveis à atenção primária, em sua maioria diarreia e infecções respiratórias. A incidência de tuberculose é, em média, 3 vezes a da população em geral. Os casos de malária aumentaram exponencialmente nos últimos anos. Doenças negligenciadas, como leishmaniose, filariose, entre outras, tem incidência expressiva nesta população. Surtos de doenças imunopreveníveis ainda são comuns, apesar da existência, desde os anos de 1990 de um calendário vacinal diferenciado. Em alguns grupos

étnicos, como os Xavante e os Suruí, entre outros, a ocorrência de doenças crônicas não-transmissíveis tem crescido rapidamente nos últimos anos, já sendo comprovada uma maior vulnerabilidade e morbidade desses povos a essas doenças.

Algumas das questões apontadas são de difícil solução, outras, entretanto, podem melhorar sensivelmente com algumas estratégias, como a implementação de serviços de telessaúde, a aproximação com as universidades, o estabelecimento de protocolos adaptados às realidades locais, a realização de programas de residência e aperfeiçoamento em áreas indígenas, o desenvolvimento de processos de educação permanente e continuada, entre outras.

Por essas e diversas outras especificidades do trabalho em saúde com populações indígenas, pela necessidade de formação de profissionais para esta área tão singular e tão desprivilegiada e por compreender que a MFC é a especialidade mais adequada à assistência na atenção primária à saúde, sobretudo de populações específicas e em contextos nos quais a prevenção quaternária e a inserção comunitária se faz tão fundamental, acreditamos que existe necessidade de aprofundamento e articulação em torno desta temática na Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Proposta de Trabalho

Nossa proposta inicial é de que o Grupo Trabalho se organize em torno de quatro objetivos:

1. Articulação de profissionais de saúde, sobretudo daqueles que atuam em áreas da saúde indígena, além de outras instituições de ensino, pesquisa e assistenciais que se articulam com os temas das populações indígenas, estabelecendo uma interlocução multiprofissional e interinstitucional;
2. Aprofundamento de temas que concernem à saúde indígena para capacitação, tanto dos membros do grupo de trabalho, quanto de demais profissionais que participarem dos encontros e congressos da SBMFC ou que usufruam dos materiais por ela produzidos;
3. Promoção de espaços de discussão e análise, dentro e fora das escolas médicas, que aproximem a formação e o trabalho médico e multiprofissional com populações indígenas, bem como apoiar a formação de agentes indígenas de saúde e a formação de profissionais indígenas médicos e não-médicos, em prol do restabelecimento da soberania indígena de cuidado e cura.
4. Produção de materiais, sínteses e posicionamentos que subsidiem o trabalho médico e multiprofissional com populações indígenas, bem como a formação em saúde indígena dentro das escolas médicas.

Para tanto, propomos inicialmente reuniões mensais com os membros do GT, além de reuniões presenciais nos congressos da SBMFC, sob coordenação dos membros: Sarah Barbosa Segalla e Luiz Otávio de Araújo Bastos.

Este documento foi construído coletivamente pelo grupo de interesse na criação deste Grupo de Trabalho, que conta com:

Ana Paula de Melo Dias - MFC, preceptora no programa de residência em MFC da SMS-RJ, professora na Faculdade de Medicina de Petrópolis, supervisora do PMMB pelo Grupo Especial de Supervisão do Amazonas (GES-AM) no DSEI Alto Rio Negro

Bruna Teixeira Ávila - MFC, Professora do UNIPE em João Pessoa/PB e supervisora do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) pelo Grupo Especial de Supervisão de Roraima (GES-RR) no DSEI Yanomami

Bruno Costa Sicuro de Moraes - MFC, docente Universidade Federal da Integração latino-americana (UNILA), supervisor do PMMB pelo GES-AM no DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes

Camila Boff – MFC na prefeitura de Florianópolis

Camila Zamban de Miranda - MFC, professora da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), campus Diamantina/MG, e tutora do PMMB pelo Grupo Especial de Supervisão do Amazonas (GES-AM)

Cecília Malvezzi – MFC na prefeitura de São Carlos e professora da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

Clayton de Carvalho Coelho - Médico do Projeto Xingu/EPM/UNIFESP, especialista em Saúde da Família e Comunidade (UFMG), especialista em pneumologia sanitária (ENSP/FIOCRUZ), docente dos Cursos de Especialização em Saúde Indígena UAB/UNIFESP e UNASUS/UNIFESP

Evelin Gomes Esperandio – MFC na prefeitura do Rio de Janeiro, supervisora do PMMB pelo GES-AM no DSEI Alto Solimões

Fernanda Pereira de Paula Freitas – MFC, professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) campus Macaé, tutora do PMMB pelo GES-RR

Fernanda Suemi Silva Yamaguti - MFC na prefeitura de Florianópolis, supervisora do PMMB pelo GES-AM no DSEI Alto Solimões

Franchesca Fripp dos Santos - MFC na prefeitura do Serro-MG, tutora do PMMB pelo Grupo Especial de Supervisão do Acre (GES-AC).

Henrique Schlossmacher Passos – médico indigenista, especialista em saúde indígena, supervisor do PMMB pelo GES-RR no DSEI Leste

Lia Haikal - Parteira e supervisora do PMMB pelo GES-AC

Luiz Otávio de Araújo Bastos - MFC, médico do DSEI Yanomami e Ye'kuana

Marco Antonio Silva dos Santos - MFC, especialista em saúde indígena, médico da ESF indígena Pankararu, UBS Real Parque, em São Paulo-SP

Marcus Vinicius Marcelini Silveira Ribeiro - MFC, professor na Universidade Nove de Julho, supervisor do PMMB pelo GES-AM no DSEI Manaus

Mariana Fagá – MFC, professora da UFSCar

Mariana Maleronka Ferron - MFC, professora da Faculdade de Medicina do Einstein, São Paulo-SP

Nilson Massakazu Ando - MFC, coordenador do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) da Petrobras – Amazonas, tutor do PMMB pelo GES-AM.

Oswaldo Leal – MFC, professor da Universidade Federal do Acre (UFAC)

Raíssa de Araújo Ferreira Cardoso - MFC, preceptora no programa de residência em MFC da UFRJ/ENSP, supervisora do PMMB pelo GES-AM no DSEI Alto Rio Negro

Rodrigo Silveira - MFC e professor do curso de medicina da UFAAC

Sarah Barbosa Segalla – MFC, preceptora da residência de MFC da Faculdade de Ciências Médicas de João Pessoa-PB, mestranda em Saúde Coletiva na UFPB, supervisora do PMMB pelo GES-AM no DSEI Vale do Javari

Seyna Ueno Rabelo Mendes - MFC e Hansenóloga, professora na Universidade Federal do Tocantins (UFTO)

Vicente Rocha Furtado - médico indigenista, especialista em Saúde da Família (UFSC), especialista em Saúde Indígena (UNIFESP) e Pneumologia Sanitária (ENSP/FIOCRUZ), supervisor do PMMB pelo GES-AM no DSEI Parintins, consultor do ISPN no subprograma de Saúde PBACI Awá e Guajajara TI Caru e Rio Pindaré/MA.

Willian Fernandes Luna – MFC, especialista em Saúde Indígena, professor da UFSCar

Referências Bibliográficas

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.

CONFALONIERI, Ulisses E. C.. O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 441-450, Dec. 1989. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1989000400008&lng=en&nrm=iso. Acessado em julho de 2019.

DIEHL EE, PELLEGRINI, MA. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. *Cad Saude Publica*. 2014;30(4):867–74.

GARNELO, L.; PONTES, A.L. (org). Saúde Indígena: Uma introdução ao tema. Brasília: Coleção Educação para Todos. Série Vias dos Saberes. N. 5, 2012
INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico Brasileiro. Rio de Janeiro; 2010.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. Povos Indígenas do Brasil. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Quantos_s%C3%A3o%3F. Acessado em julho de 2019.

KNAUTH, Daniela Riva; OLIVEIRA, Francisco Arsego de; CASTRO, Rodrigo Caprio Leite. Antropologia e Atenção Primária à Saúde. In: Duncan, Bruce B. et al. *Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*. Artmed, Porto Alegre, 2014. p66 a 68.

LANGDON, Esther Jean; WIIK, Flávio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto , v. 18, n. 3, p. 459-466, June 2010

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a14v08n1.pdf>. Acessado em agosto de 2019.

TARGA, L. V.; OLIVEIRA, F. A. Cultura, saúde e o médico de família. In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores. *Tratado de medicina de família e comunidade - princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. v. 1, p. 52 - 59.