

# **O INDÍGENA EM UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE DE MANAUS**

## ***THE INDIGENOUS IN A HOSPITAL OF HIGH COMPLEXITY MANAUS***

Rosiane Pinheiro Palheta<sup>1</sup>

**RESUMO:** O artigo resulta de pesquisa realizada no âmbito do Programa de Apoio à Iniciação Científica- PAIC da Fundação Hospital Adriano Jorge. Discute a questão do atendimento ao indígena em uma instituição de alta complexidade de Manaus. O objetivo do estudo foi analisar o atendimento aos indígenas que passam pela Fundação Hospital Adriano Jorge a partir da realidade dos profissionais e dos serviços prestados entre os anos de 2010 a 2015. Foram utilizados os dados dos prontuários específicos dos atendimentos feitos pelo Serviço social do hospital totalizando o número de 24 prontuários atendidos pela FHAJ durante o período de 2010 à 2015, onde foram coletadas informações acerca de idade, sexo, etnia e outros dados que identifiquem perfil e características de pacientes indígenas. A necessidade de pesquisas sobre o tema entre os profissionais de saúde é evidenciada pela intensa demanda aos povos indígenas no interior das políticas públicas. Tal demanda exige que os profissionais estejam aptos para o atendimento coerente com as necessidades e a realidade dos povos indígenas, usuários potenciais

---

<sup>1</sup> Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Pará (1999), mestrado em Planejamento do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Pará (2004) e doutorado em Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2013). Atualmente é coordenadora do Programa de Apoio à Iniciação Científica -PAIC e membro do Comitê de Ética em Pesquisa CEP da Fundação Hospital Adriano Jorge. Assistente social da Equipe de Consultório na Rua da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus.

dessas políticas que neste caso se referem à realidade da atenção de alta complexidade na rede de saúde de Manaus.

**Palavras-chave:** Saúde, Questão indígena e Alta complexidade.

**ABSTRACT:** *The article is the result of research Conducted under the Program to Support the Initiation scientifically PIC of Adriano Jorge Hospital Foundation. Discusses the issue of care to the indigenous in the high complexity of Manaus institution. The aim of the study was to analyze the assistance to indigenous people who pass by Adriano Jorge Hospital Foundation from the reality of professionals and services between the years 2010 to 2015 data from specific records of calls made Were used for transplantation sector Hospital liver. 24 records Were identified, Attended by FHAJ During the period 2010 to 2015, where it collected information about age, gender, ethnicity and other data Identifying profile and characteristics of indigenous Patients. The need for research on the subject Among health professionals is evidenced by the strong demand for indigenous peoples Within the public policies. This demand requires que professionals are fit for service consistent with the needs and the reality of potential users indigenous peoples of These policies Which in this case Refers to the reality of highly complex care in Manaus health network.*

**Keywords:** *Health, indigenous issues, high complexity.*

## INTRODUÇÃO

A questão indígena é um tema desafiador, complexo e necessário, sobretudo aos profissionais que atuam na área das políticas públicas nas regiões da Amazônia onde o número de indígenas nas áreas urbanas e rurais é significativamente expressivo.

Desafiador porque é uma temática que, do ponto de vista da investigação científica e por sua natureza exige do pesquisador o mergulho, nem sempre fácil, nas questões

***Serviço Social & Realidade, Franca, v. 26, n. 1, 2017.***

antropológicas e de caráter ético que envolve a burocracia institucional da pesquisa que em muitos casos inviabiliza ou limita a investigação científica junto aos povos indígenas.

Complexo porque o tema exige um olhar antropológico e a compreensão das questões históricas e sociológicas, políticas e econômicas envolvidas na questão indígena brasileira. A necessidade de pesquisas sobre o tema entre os profissionais de saúde é evidenciada pela intensa demanda aos povos indígenas no interior das políticas públicas. Tal demanda exige que os profissionais estejam aptos para o atendimento coerente com as necessidades e a realidade dos povos indígenas, usuários potenciais dessas políticas que neste caso se referem à realidade da atenção de alta complexidade na rede de saúde de Manaus.

## **1. METODOLOGIA**

Foi realizada pesquisa documental cuja fonte de coleta de dados foi a Fundação Hospital Adriano Jorge a partir dos prontuários dos pacientes bem como informações da Casa de Saúde do Índio (CASAI), que é a instituição que faz a interlocução entre o hospital e os indígenas.

Utilizou-se ainda dados dos prontuários específicos dos atendimentos feitos pelo setor de transplante de fígado do hospital. Foram identificados 24 prontuários, atendidos pela FHAJ durante o período de 2010 à 2015, onde foram coletadas informações acerca de idade, sexo, etnia e outros dados que identifiquem perfil e características de pacientes indígenas.

***Serviço Social & Realidade, Franca, v. 26, n. 1, 2017.***

Foram feitas entrevistas com profissionais de saúde, que lidam diretamente com esta população, especialmente da Casa de Saúde do Índio (CASAI), que revelam elementos da interlocução entre aquela instituição e as instituições que recebem o indígena para tratamento de saúde em alta complexidade.

As dificuldades de durante a coleta de dados foram determinantes para a decisão de utilizar os dados das fichas cadastrais da CASAI além dos dados das fichas sociais dos usuários indígenas que passam pela instituição e disponíveis no programa IDOCTOR. Outro fator de dificuldade encontrado foi à falta de informações suficientemente preenchidas nos prontuários, para identificação precisa destes pacientes. As informações foram compiladas e dispostas em gráficos e tabelas para a explicitação dos resultados aqui apresentados.

## **2. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A política de saúde indigenista é orgânica parte da política indigenista do país sendo um Subsistema dela, portanto, segue os mesmos princípios e diretrizes consubstanciados no Sistema Único de Saúde (SUS) excetuando-se as particularidades, especificidades de uma política diferenciada para os povos indígenas. Nesse sentido, ela também é herdeira de todos os problemas que permeiam as políticas de saúde do SUS.

A história da política de saúde para os povos indígenas é marcada por profundas mudanças de seu arcabouço prático administrativo que tem sido influenciada graças a maior participação dos povos indígenas na construção de uma política indigenista

*Serviço Social & Realidade, Franca, v. 26, n. 1, 2017.*

diferenciada e condizente com a realidade das populações indígenas no Brasil.

De acordo com Garnelo e Langdon (2004) a política de saúde indígena pode ser caracterizada como uma política setorial na interface entre aquela executada pelo governo para a população brasileira e a política indigenista, direcionada a grupos étnicos que vivem no território nacional brasileiro. Nessa dinâmica interativa da atual política de saúde indígena deve-se levar em conta a relação entre Estado e sociedade civil, dentre as quais, as organizações indígenas que encabeçam lutas etno políticas na busca de concretizar seus direitos constitucionais.

Marques (2003) ao estudar a política de atenção à saúde indígena no distrito Sanitário Especial de Cuiabá traça um histórico da política de saúde para os indígenas e descreve que o SPI foi extinto em 1967 após denúncias de corrupção, pelo regime militar. A autora cita a instauração de um processo cujo resultado foi um relatório de cinco mil páginas, que trazia provas de corrupção administrativa e de massacres de povos indígenas, as notícias de genocídio estouraram na imprensa nacional e internacional, denúncias de corrupção e de violências cometidas contra os povos indígenas que envolviam latifundiários, mineradoras e empreiteiras.

Os problemas envolviam o massacre, vendas de terras indígenas e introdução intencional de doenças como varíola, tuberculose, sarampo e gripe. “O relatório apontou, ainda, que dos 700 funcionários do SPI existentes na época, 134 eram acusados de praticar crimes contra os índios” (Marques, 2003: 25-26). O resultado desta investigação levou à extinção do SPI e criou a Fundação Nacional do Índio.

***Serviço Social & Realidade, Franca, v. 26, n. 1, 2017.***

Esta agência foi substituída pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI) que tentou sistematizar o atendimento em áreas indígenas criando equipes volantes de saúde. O autor caracteriza esse modelo como de pouca eficácia e descreve as dificuldades dentre as quais:

A falta de planejamento e de integralidade das ações; política de remuneração não contempladora de tempo integral; carência crônica de infra-estrutura e recursos; falta de articulação com outros níveis de atenção, ausência de um sistema de informações de saúde e o preparo inadequado de quadros para atuação em comunidades culturalmente distintas (MARQUES 1989: 442).

As reformulações da política de saúde indígena na década de 80 fazem parte da Reforma Sanitária e compartilham dos mesmos princípios e problemas encontrados na rede de atenção básica dirigida a outros segmentos da sociedade.

Entre os anos de 1991 e 1994 houve uma fase de incertezas sobre a execução da política de saúde indigenista que ora passou das mãos da FUNAI para o Ministério da Saúde e vice-versa em grande parte devido a falta de condições operacionais do ministério da saúde e inconstitucionalidade em relação a FUNAI com destaque para problemas como a falta de infraestrutura adequada, de profissionais preparados para trabalhar com a especificidade cultural dos povos indígenas e de recursos financeiros adequados.

***Serviço Social & Realidade, Franca, v. 26, n. 1, 2017.***

Neste período foi aprovada no congresso nacional a Lei Arouca (Subsistema de Saúde Indígena, Lei<sup>2</sup> 9.836 de 23 de setembro de 1999) que inseriu definitivamente a temática da saúde indígena no âmbito do SUS, legislando sobre a estruturação de um subsistema do SUS, destinado a suprir necessidades sanitárias dos grupos étnicos no Brasil, sob a égide do Ministério da Saúde.

Em 1992, após alguns conflitos sobre as responsabilidades pela organização dos serviços de saúde entre a Fundação Nacional de Saúde e Fundação Nacional do Índio, acontece a II Conferência de Saúde Indígena que aprovou o modelo de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI<sup>3</sup>) como política pública é visto como alternativa para garantir uma atenção diferenciada aos povos indígenas.

Os autores apontam alguns problemas sobre a questão da execução da política de saúde por organizações não-governamentais no Estado do Amazonas, dentre eles a

---

<sup>2</sup> Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. (Art 19F)

<sup>3</sup> “A noção de Distrito Sanitário indígena está centrada na organização da prestação de serviços de saúde pertinentes a cada realidade étnica, de forma que as ações decorrentes sejam eficazes para determinada população indígena, sendo fundamental a participação das diversas instâncias organizativas indígenas na formulação das políticas do setor. As experiências deveriam apontar os problemas no nível organizativo, cuja resolução deveria ser encontrada no local.” (Athias e Machado, 2001).

rotatividade de pessoal, descontinuidade das ações, dificuldade de articulação com os níveis de referência dos órgãos estaduais e municipais de saúde, tendência à pulverização e descoordenação dos serviços intra distritais além de conflitos internos éticos, pois ao *“incorporar a execução de políticas públicas, as conveniadas são lançadas num dilema ético, pois assumem recursos e responsabilidades do Estado, passando a partilhar a rigidez burocrática das estruturas de governo e as contradições do neoliberalismo, que forçou a adoção de modelos de atenção à saúde contrários aos princípios de universalização e de publicização do SUS”* (Garnelo e Sampaio 2005: 1218).

Os Pólos base são a primeira referência para as equipes multidisciplinares de saúde nas aldeias, onde cada pólo cobre um conjunto de aldeias num total de 351 pólos que se caracterizam em dois tipos de acordo com a complexidade de suas ações: tipo I e tipo II.

No tipo I localiza-se em terras indígenas e no tipo II nos municípios de referência. O segundo tipo funciona como apoio técnico e administrativo a equipe multidisciplinar não executando atividades de assistência à saúde que fica a cargo de um estabelecimento do SUS no município. No tipo I além de todas essas atividades executa também assistência à saúde como imunizações, coleta e análise de dados, capacitação e supervisão dos agentes de saúde dentre outros.

Athias e Machado (2001) fazem uma análise do processo de distritalização nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas de Pernambuco e do Rio Negro no Amazonas e apontam a diversidade e o potencial existente com relação ao território de um distrito, mas para os

***Serviço Social & Realidade, Franca, v. 26, n. 1, 2017.***

autores a questão da definição de um território distrital tem sido um dos pontos mais conflitantes do processo de distritalização nas áreas indígenas.

Um território distrital, em nossa concepção, vai além de uma base física relacionada ao solo, constituindo uma extensão definida em termos de organização social dos grupos indígenas, portanto, um território econômico, político, cultural e, sobretudo, epidemiológico. Em virtude da incompreensão de uma geopolítica indígena e da falta de conhecimento mais aprofundado acerca da epidemiologia, a discussão dos territórios distritais torna-se ainda mais importante no sentido de garantir serviços eficientes de saúde” (Athias e Machado, 2001: 430).

Uma visão mais global sobre o êxito da implantação do modelo de saúde indígena no sentido de atender os princípios da política de saúde indígena brasileira, de acordo com Langdon (2004) não existe. A III Conferência de Saúde Indígena foi realizada com o objetivo de avaliar esse Subsistema de Saúde Indígena a partir dos DSEIs, porém não se efetuiu.

A situação de saúde dos povos indígenas amazônicos precisa ser entendida em seu contexto histórico e político, o que significa pensar na trajetória de violência, exclusão, etno-genocídio, escravidão e discriminação que tem acompanhado a historiografia indígena brasileira.

No Brasil, a atual política de saúde indígena é um desafio para os profissionais de saúde que devem estar

***Serviço Social & Realidade, Franca, v. 26, n. 1, 2017.***

adequando suas ações e serviços à diversidade dos povos indígenas, de modo que não se resume a medidas que facilitem o acesso aos serviços de saúde no plano lingüístico, geográfico ou na formação de agentes indígenas de saúde (AIS) e de outros profissionais mas que envolva sobretudo, o cuidado e o tratamento específico e diferenciado às demandas dos povos indígenas.

Na visão de Buchillet (2004), isso implica uma nova concepção de saúde pública baseada no entendimento, no respeito e na consideração das dimensões políticas, sociais e culturais ligadas à saúde e à doença.

A diversidade presente nas práticas de saúde no Amazonas tendo como referência os povos indígenas segue a tendência dos dados oficiais do país. Na Amazônia Legal, composta pelos estados do Amazonas, Acre, Amapá, Pará, Rondônia, Tocantins, Mato Grosso e parte Oeste do Maranhão, está presente a região com maior população indígena do Brasil representando 60% da população indígena brasileira.

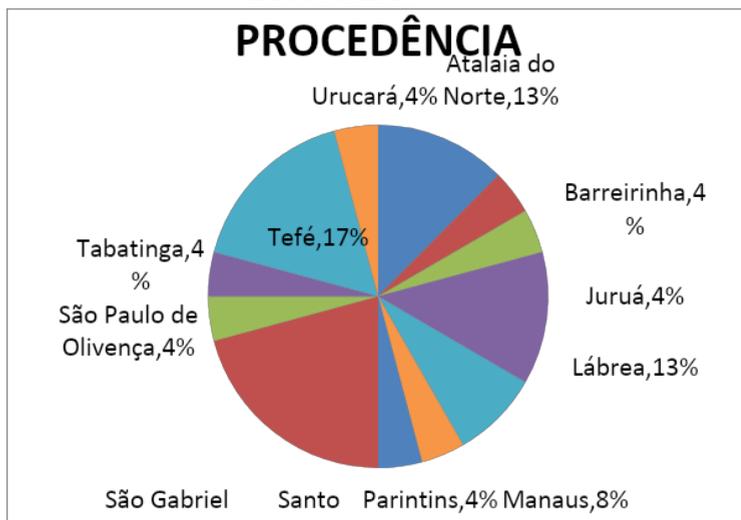
De acordo com dados do IBGE, de 2010, há 383.383 indígenas, sendo 309.431 na área rural e, 74.525, na área urbana.

O IBGE divulgou dados sobre os 10 municípios, com maior contingente de população indígena, segundo o Censo 2010. Cinco destes municípios tinham mais de 10.000 indígenas residentes, sendo quatro deles, localizados no estado do Amazonas: São Gabriel da Cachoeira (29,0 mil), São Paulo de Olivença (15,0 mil), Tabatinga (14,9 mil) e Santa Isabel do Rio Negro (10,9

mil). Dentre as capitais, apenas São Paulo passou dessa margem, chegando a 13,0 mil indígenas.

O gráfico I evidencia a procedência dos indígenas atendidos na FHAJ e revela que a maioria da população é de outros municípios, apenas 8% é da cidade de Manaus revelando a importância da CASAI como interlocutora no atendimento e acompanhamento dos indígenas e ao mesmo tempo, a importância dos hospitais de referência para o atendimento diferenciado e específico a esta população.

**Gráfico I**  
**Procedência**



Fonte: Pesquisa de campo, 2015

Os dados da pesquisa confirmam os números do IBGE quanto ao contingente da população indígena no Estado do Amazonas. De acordo com a procedência, a

***Serviço Social & Realidade, Franca, v. 26, n. 1, 2017.***

maioria (21%) é oriunda do município de São Gabriel da Cachoeira, diluindo dentre os outros municípios os outros casos encontrados dentre eles Manaus. Sabe-se o número de indígenas da cidade de Manaus ainda deve ser maior, porém este número aparece de forma menos intensa por um lado, devido à ausência de registro nos prontuários como fora colocado anteriormente e por outro lado pela essa questão pode ser explicada pela não declaração da condição de ser índio pelos próprios indígenas devido a inúmeros fatores estigmatização e exclusão social.

Essa é uma realidade das populações indígenas que migram para o município de Manaus em busca de melhores condições de vida, emprego, estudo dentre outro motivos, porém eles são quase invisíveis para os legisladores e executores das políticas públicas que os vê como parte integrada da população em geral sem a necessidade de um tratamento diferenciado.

Esse quadro tem raízes na lógica integracionista da formação nacional e das políticas desenvolvimentistas para a Amazônia. O fenômeno da migração indígena, especialmente aos eventos de migração dirigidos às cidades exigem maior aprofundamento de análise e ainda são pouco estudados. (Teixeira Et all, 2009).

Os autores alertam que apesar dos dados censitários demográficos constituírem fonte obrigatória de estudo sobre migração indígena, eles apresentam limitações que devem ser levadas em consideração e uma delas é a dificuldade de trabalhar com unidades menores de análise como municípios ou bairros.

A determinação dos deslocamentos das populações indígenas para as cidades amazônicas deve ser pensada como reflexo das transformações econômicas e sociais no

cotidiano dos povos indígenas que ficaram excluídos dos serviços sociais básicos e das benesses da vida urbana.

Os determinantes da migração têm sido pouco estudados e a falta de informação e dados tem contribuído para o aumento do preconceito e estigma em relação aos índios que vivem em áreas urbanas.

A migração indígena para os centros urbanos ocorre de maneiras muito diversas, desde o traslado de grupos familiares para bairros onde já há um contingente grande de índios organizados politicamente até casos de migração de indivíduos para a cidade em busca de empregos, tratamento de saúde, educação ou um novo estilo de vida. Em outras situações a própria organização social indígena se configurou para formar grandes aldeias urbanas, como é o caso de alguns grupos Tikuna no Alto Solimões, no estado do Amazonas (Baines, 2001:1).

Entretanto, alguns estudos sobre a presença indígena na cidade têm sido muito importantes na historiografia brasileira, podemos citar o “caboclisto” de Cardoso de Oliveira, 1964 e diversos trabalhos derivados do tema e orientados pelo autor sobre os índios do Alto Rio negro, Sateré Maué (Lazarin).

Mais recentemente podemos destacar os trabalhos que se voltaram ao estudo do acesso da população indígena ao sistema único de saúde (Mainbourg, 2008), sobre a estagnação dos indígenas (Almeida, 2009) e sobre os índios urbanos (Bernal, 2009), todos realizados sobre a cidade de Manaus.

***Serviço Social & Realidade, Franca, v. 26, n. 1, 2017.***

Em relação à estigmatização dos indígenas na cidade, está relacionada com o senso comum em que se acredita que aqueles índios que passaram a viver nas áreas urbanas, deixaram de ser índios posto que ao abandonarem seus espaços tradicionais de moradia, abandonaram, por conseguinte, sua cultura e sua identidade.

Rodrigues e Silva (2009) apoiado em Barth (2000) respondem que a "estigmatização produz território étnico" na medida em que a vivência de relações cotidianas adotam estratégias e ações de caráter identitário e político de maneira a assegurar sua inserção na vida social, ou seja, os indígenas ao aprofundarem suas relações com a sociedade se organizam e reconstróem suas identidades.

### **3. PERFIL DOS PACIENTES INDÍGENAS**

A política de saúde indígena é um Subsistema da saúde no Brasil, portanto, segue os mesmos princípios e diretrizes consubstanciados no Sistema Único de Saúde, SUS excetuando-se as particularidades e especificidades de uma política diferenciada para os povos indígenas. Nesse sentido, ela também é herdeira de todos os problemas que permeiam as políticas de saúde e do Sistema Único de Saúde.

A história da política de saúde para os povos indígenas vem sendo marcada por profundas mudanças de seu arcabouço prático administrativo que tem sido influenciada graças à maior participação dos povos indígenas na construção de uma política indigenista diferenciada e condizente com a realidade das populações indígenas no Brasil.

*Serviço Social & Realidade, Franca, v. 26, n. 1, 2017.*

De acordo com Garnelo (2004) a política de saúde indígena pode ser caracterizada como uma política setorial na interface entre aquela executada pelo governo para a população brasileira e a política indigenista, direcionada aos grupos étnicos que vivem no território nacional brasileiro.

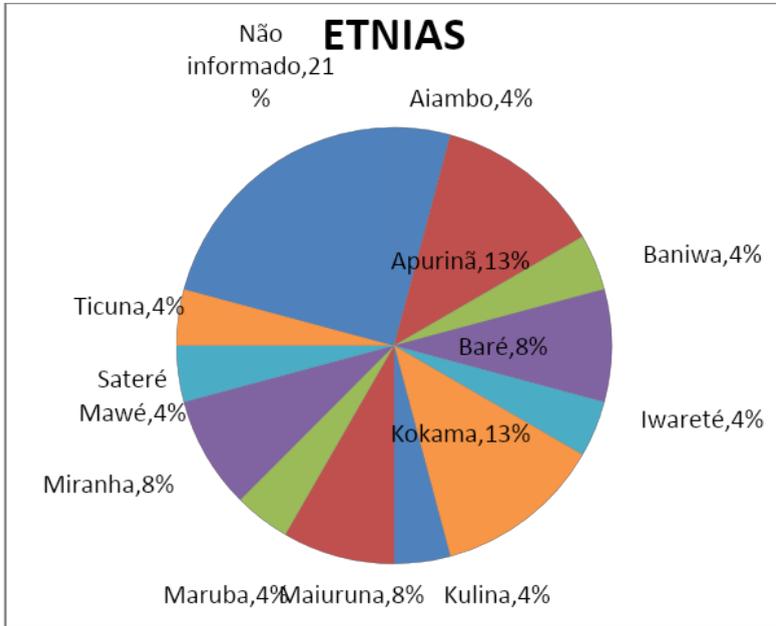
Nesse sentido há um nexo entre a política implementada pelo SUS e o subsistema de saúde indígena embora haja interstício nas práticas entre uma política e a outra que repercute, sobretudo no cotidiano dos indígenas que necessitam dos serviços de saúde.

O município de Manaus concentra todas as instituições da atenção de média e alta complexidade, ou seja, os serviços de pronto atendimento, os prontos socorros e os hospitais. As áreas indígenas apenas concentram a atenção básica da saúde.

Isso significa que para os indígenas que buscam um tratamento especializado necessitam se dirigir a cidade de Manaus. Do mesmo modo, os profissionais de saúde que trabalham com a saúde indígena, precisam se dirigir até os municípios para executar as ações que não são realizadas nas aldeias.

Dessa forma os hospitais devem estar preparados para lidar com as questões étnico-culturais apresentadas pelos povos indígenas que vivem na região e que são usuários considerados em muitos casos, usuários do sistema únicos de saúde. A diversidade pode ser observada no gráfico II sobre as etnias identificadas na pesquisa.

## Gráfico II Etnias



Fonte: Pesquisa de campo, 2015

A lógica do sistema saúde envolve a rede de referência e contra-referência dos Estados e Municípios que devem estar estruturados para receber o paciente indígena que é referenciado dos pólos e quando um município não tem condições de atender, é transferido para as CASAI (Cada do Índio) e desta para os hospitais.

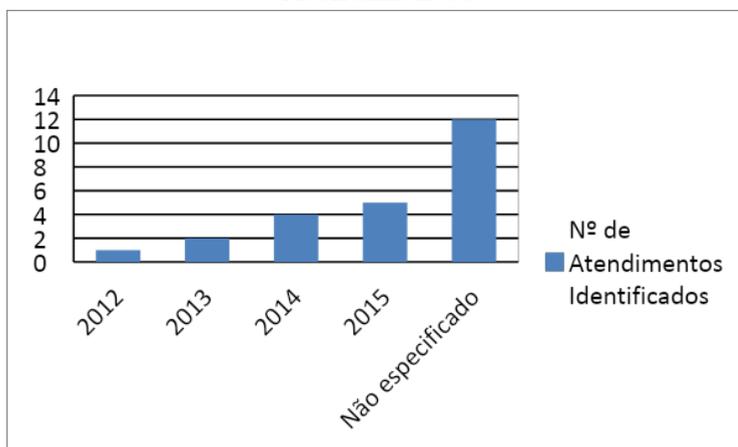
Entre 2010 e 2015 foram identificados 24 prontuários de pacientes indígenas que foram atendidos e acompanhados na FHAJ. Sabe-se que há um número bem maior de atendimentos de acordo com os prontuários da CASAI, entretanto, as dificuldades de identificação no

***Serviço Social & Realidade, Franca, v. 26, n. 1, 2017.***

prontuário e nos dados disponibilizados pelo SAME restringiram uma aproximação da realidade do atendimento ao paciente indígena.

Foram identificados apenas 01 paciente no ano de 2012, 02 em 2013 e aumentando gradativamente nos anos seguintes. Observa-se que os pacientes identificados sem o ano de atendimento não especificado é em número bem maior, o que revela que não há um cuidado no trato com os registros dos pacientes indígenas que entram na instituição trazendo conseqüências para a qualidade das ações como dificuldades no desenvolvimento de pesquisas e, por conseguinte, a elaboração de programas e projetos para a melhoria do atendimento a este público.

**Gráfico III**  
**Atendimentos**



Fonte: Pesquisa de campo, 2015

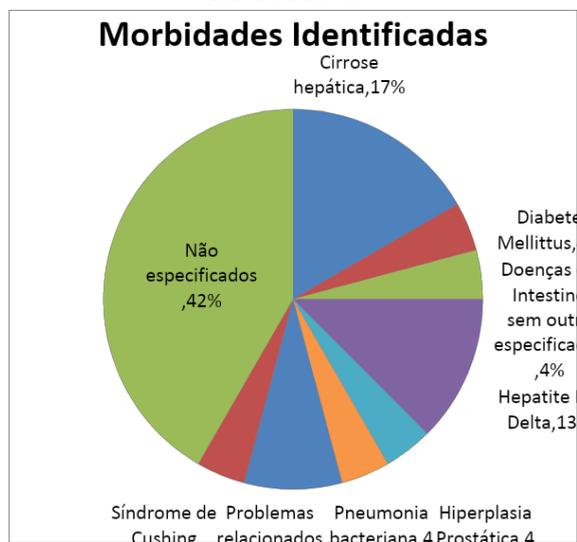
A falta de identificação dos pacientes indígenas nos prontuários é confirmada na fala de uma das entrevistadas que diz:

São pacientes que são tratados como todos os pacientes do SUS. Algumas especificidades em relação à alimentação, porque aí, o acompanhante recebe alimentação, café da manhã, almoço e jantar, o que não é o caso dos demais, a maioria, dos outros pacientes, o acompanhante só recebe almoço e jantar. Não tem café da manhã. E assim, tem um contato direto com a CASAI, o serviço social liga quando acontece, alguma coisa e chama quando necessita de intérprete, que os médicos e as enfermeiras não estão conseguindo entender o que o paciente fala ou o acompanhante, aí a gente aciona a CASAI, pra que traga um interprete, pra que ele venha aqui, pra que fique acompanhando. Essa é a única diferenciação, mas ele é atendido como um paciente do SUS normal. (Entrevistada 1, pesquisa de campo: 2015)

A entrevistada refere-se ao cotidiano do atendimento hospitalar e algumas dificuldades enfrentadas pelos pacientes em situação de internação e pela equipe multidisciplinar. Os dados do gráfico II sobre as principais morbidades apresentadas pelos pacientes indígenas corroboram ainda mais com o problema de falta de prioridade e atendimento diferenciado ao paciente indígena.

Na maior parte dos casos identificados (42%) não estão especificados quais foram os problemas de saúde que levaram à procura pelo hospital, 30% dos casos identificados (17% cirrose hepática e 13% Hepatite B e Delta) se relacionam diretamente com problemas de fígado. Infere-se que esta situação pode estar relacionada ao fato de que a maioria dos instrumentos com informações mais qualificadas foram identificadas no serviço de transplante, os outros casos, se diluem em diversos outros problemas de saúde, a maior parte identificada foi encontrada nos prontuários da Casa de Saúde do Índio onde contavam maiores informações sobre os pacientes indígenas.

**Gráfico III**  
**Morbidades**



Fonte: Pesquisa de campo, 2015

*Serviço Social & Realidade, Franca, v. 26, n. 1, 2017.*

De acordo com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) nos artigos 4º, 5º e 6º algumas atribuições específicas do Ministério da Saúde sobre a gestão dos hospitais na saúde indígena dentre os quais:

Estabelecer financiamento específico, de fonte federal, para a atenção à saúde indígena nos hospitais e na contratualização dos hospitais é de responsabilidade do gestor do SUS prever metas e compromissos específicos para a atenção à saúde indígena, respeitando seus direitos normatizados em Lei e suas especificidades socioculturais, conforme pactuação com o subsistema de saúde indígena; prestar atendimento ao indígena, respeitando seus direitos normatizados em Lei e suas especificidades socioculturais de acordo com o pactuado com o subsistema de saúde indígena.

De acordo com a Nota técnica do Conselho Nacional de Saúde (CONASS) salvo exceções, a relação entre Secretarias Estaduais com os Distritos Indígenas ou é frágil ou inexistente fazendo com que a questão da saúde indígena não se incorpore à pauta de planejamento de saúde e não se configure como prioridade de atenção e não seja objeto de protocolos que poderiam melhorar acesso e resolutividade. (Nota técnica da Saúde indígena, 2014:7).

Tem algumas policlínicas que eu costumo acompanhar, quando eu não tenho nada na FHAJ, que tem dificuldades assim na prioridade, de priorizar o paciente indígena, mesmo eu chegando à unidade e falando que é paciente indígena, que veio numa rota de 04h da manhã, para realizar atendimento às 07h, e assim a gente tem essa dificuldade deles tentarem ajudar o próprio indígena. Que às vezes ele é atendido numa consulta,

que ele sai da CASAI 04h da manhã, ele só é atendido, 10h, 11h às vezes até meio dia, devido a quantidade e a demanda de pacientes por dia. Eles não gostam muito de priorizar o paciente indígena. (Pesquisa de campo, entrevistada 2, 2015).

A entrevistada relata a realidade do acesso ao atendimento nas unidades de alta complexidade do Estado do Amazonas, das quais poucas conseguem dar prioridade ao paciente indígena e em relação ao atendimento específico e diferenciado essa questão fica ainda mais complexa.

Este debate está centrado na própria legislação nacional da saúde indígena, Lei nº 9.836/99, conhecida como Lei Arouca, que está alicerçada nos princípios e diretrizes da política de saúde do SUS com poucas alterações às necessidades e especificidades dos povos indígenas defendendo apenas, genericamente, que esta deve “contemplar a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

A questão que se coloca é que não basta apenas reconhecer os direitos mas como efetivá-los nas práticas de saúde, sejam elas desempenhadas por indígenas e não indígenas. Do mesmo modo o problema é como garantir o respeito à organização social, costumes, crenças e tradições como determina a Constituição Federal no artigo 231.

***Serviço Social & Realidade, Franca, v. 26, n. 1, 2017.***

Segundo Confalonieri (1989) a questão da especificidade dos cuidados em saúde indígena guarda em si algumas questões importantes como a transculturação, situação geográfica e dinâmica do perfil epidemiológico que são determinantes para o atendimento ao índio brasileiro. Segundo o autor o impacto entre os sistemas tradicionais indígenas que implicam em visões cosmológicas e as práticas de cura e o sistema oficial de saúde gera conflitos que conceituam a transculturação que seriam minimizados com a presença da figura do antropólogo nas equipes de saúde dentro das comunidades indígenas.

Cruz (2008) ao realizar uma análise crítica sobre o específico e o diferenciado no Distrito Sanitário Especial Indígena tomando como para a discussão o pólo base de Amarante no Maranhão, a autora faz algumas considerações consistentes.

No discurso oficial o modelo de DSEI com o adjetivo “novo” ela concorda que existem três características que o diferenciam das ações indigenistas anteriores quais sejam: Reconhecimento formal e respeito aos tratamentos realizados nas culturas indígenas; Participação indígenas em todas as etapas da implementação da política e por último, vinculação a todas as ações do SUS.

Todavia, a autora considera essa mudança uma ambigüidade haja vista que se reconhece o respeito à diferença ao mesmo tempo em que se retira a responsabilidade do órgão indigenista oficial passando para outro órgão que não trata exclusivamente dos interesses dos povos indígenas. Em suas palavras:

***Serviço Social & Realidade, Franca, v. 26, n. 1, 2017.***

É possível afirmar que, antes da década de 90, a FUNAI já realizava atendimento indigenista de saúde em nível local, nas aldeias, através da atuação de profissionais de saúde e mesmo de índios, como monitores. Dispunha também de um local destinado ao alojamento dos índios que precisavam de atendimento de saúde fora das aldeias, as Casas de Índio que são semelhantes às CASAIS (2004:178).

Segundo Cruz, o modelo adotado pela FUNASA em relação ao período em que estava vinculado à FUNAI propõe-se a inserir e ampliar a participação dos índios na execução das ações de saúde na estrutura operacional “nova” que considera uma reprodução de muitas coisas que eram realizadas pela FUNAI.

Por outro lado há a questão da identidade que ainda não está muito clara na visão dos profissionais de saúde que é a definição de ser índio.

Então acho assim, que eles, o povo indígena em si, já perderam muito a cultura deles, a gente já entrou demais na vida deles né e alguns indígenas, eu acredito, como os que eu trabalhei aqui em Manaus, eles tiram vantagem da condição de indígena, dentro da cidade. Eles usam isso. Para adquirir coisas, para adquirir, para ter benefícios. Eles saem da comunidade deles, vem viver na cidade, e aí eles ficam brigando para ter os mesmo direitos, como um indígena. Só que eles já saíram de lá, eles vieram embora, né. Então são essas coisas eu acho. A maioria não tem mais a cultura indígena em si. Eles até tentam assim, manter de uma

certa forma né, mas é muito diferente já.  
(Entrevistada 2, Pesquisa de campo:  
2015)

Ao se referir à postura dos profissionais de saúde diante de um indígena, principalmente os médicos, eles retratam a questão da identidade e estigmatização do indígena para os não indígenas, principalmente nas cidades. Para a sociedade nacional ainda prevalece de forma muito marcante a idéia do índio com arco e flecha e numa realidade ainda estanque e vinculada a data anterior à 1500.

Alguns estudos sobre a presença indígena na cidade têm sido muito importantes na historiografia brasileira, como o “caboclisto”, de Cardoso de Oliveira, 1964, e diversos trabalhos derivados do tema e orientados pelo autor.

Mais recentemente podemos destacar os trabalhos que se voltaram ao estudo do acesso da população indígena ao Sistema Único de Saúde (MAINBOURN, 2008), sobre a estagnação dos indígenas (ALMEIDA, 2009) e sobre os índios urbanos (BERNAL, 2009), todos realizados sobre a cidade de Manaus.

Em relação à estigmatização dos indígenas na cidade, está relacionada com o senso comum, em que se acredita que aqueles índios que passaram a viver nas áreas urbanas, deixaram de ser índios, posto que ao abandonarem seus espaços tradicionais de moradia, abandonaram, por conseguinte, sua cultura e sua identidade.

Rodrigues e Silva (2009) apoiado em Barth (2000), respondem que a “estigmatização produz território étnico”, na medida em que a vivência de relações cotidianas

***Serviço Social & Realidade, Franca, v. 26, n. 1, 2017.***

adotam estratégias e ações de caráter identitário e político, de maneira a assegurar sua inserção na vida social, ou seja, os indígenas ao aprofundarem suas relações com a sociedade, se organizam e reconstroem suas identidades.

O autor ilustra essa assertiva com o caso de Manaus onde identificou mais de 27 Associações que atuam com as questões indígenas na cidade, dentre elas: a Associação Comunitária Wotchimaücü (ACW), dos Tikuna, na Zona Leste de Manaus, que se constituiu sua referência empírica de pesquisa. O objetivo da Associação, além de fortalecer a cultura, é fomentar formação política e gerar renda, revitalizar a língua e a identidade na comunidade.

Conclui que embora o espaço social construído na cidade de Manaus não seja, exatamente, aquele vivido em seu território de origem, a articulação associativa é um exemplo de que os índios que vivem na cidade podem desenvolver um modo de vida diferente, mas preservando sua identidade coletiva.

A presença de indígenas, em Manaus, não é marcada pela ruptura ou perda das referências de seus espaços anteriores. Ao contrário do que se pensa, além de se firmar vínculos, ela garante a reprodução social e cultural do ser índio no espaço urbano (PEREIRA, 2009).

O contato com a sociedade envolvente tem levado os indígenas a transformar seus modos de organização, mantendo suas formas tradicionais de áreas rurais, mesmo vivendo em áreas urbanas, reconstruindo sua própria identidade (TOLEDO ET alii, 2008).

Entretanto ainda existe muito no ideário da sociedade nacional o perfil do indígena como aquele que vivia no passado como coloca com outra entrevistada:

***Serviço Social & Realidade, Franca, v. 26, n. 1, 2017.***

“Porque se trata de índio né... médicos que falam: “isso é índio? Isso não é índio não. Índio de tênis, índio de celular, que isso não. Essa índia? “Índia mais bonita do que a minha filha, do que a minha mulher. Fica com ironia assim eu acho que não é legal” (Entrevistada 3, Pesquisa de campo: 2015).

Dessa forma a pesquisa aponta que a presença do indígena nas instituições de saúde no Amazonas é quase invisível e isto fica claro nas falas das entrevistadas e no cotidiano de trabalho verificado no momento da coleta de dados onde foi difícil obter os dados levando em consideração apenas os prontuários disponíveis na fundação, o que exige dos gestores dos diversos níveis de governo, discutir meios para incorporar estratégias e ações para inclusão dos indígenas às políticas em desenvolvimento no SUS.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O atendimento aos indígenas nas instituições de alta complexidade em Manaus, de acordo com a pesquisa, é uma realidade ainda a ser construída. Primeiro porque nem os registros nos prontuários dos pacientes indígenas pesquisados há informações pertinentes a este público, em muitos casos nem sequer o registro de que se trata de um paciente indígena.

Essa situação é agravada pela ausência de programas e projetos ou até por fluxos de atendimento especializado ou diferenciado às populações indígenas que passam pela instituição.

A pesquisa permite concluir que em nível de atendimento do SUS, sobretudo nas instituições de alta

***Serviço Social & Realidade, Franca, v. 26, n. 1, 2017.***

complexidade, não se pode falar em atendimento diferenciado ou específico já que inexistem um atendimento direcionado ao paciente indígena gerando problemas que necessitam de um diálogo entre os níveis de atenção para minimizar os impactos da inserção do indígena nas instituições hospitalares.

As concepções que regem os dois mundos tornam difícil a materialização de uma política eficaz e eficiente para os povos indígenas, porque está alicerçada em princípios e racionalidades diferentes e o caminho encontrado pelos povos indígenas para transformar essa realidade tem sido o inverso.

O diálogo entre os níveis de atenção parece imprescindível para um trabalho conjunto e a superação de muitos problemas de acesso dos índios da cidade à saúde. Há um ponto de interseção desejável e necessário para incorporar os índios que, ainda, estão excluídos do direito à saúde.

A prática com demandas indígenas nas instituições de saúde, sobretudo, na Amazônia, requer, não apenas, conhecimento das múltiplas realidades das sociedades indígenas, mas a compreensão das teias sócio-históricas em que as políticas indigenistas foram forjadas.

## REFERÊNCIAS

ASSIS, Eneida (Org<sup>a</sup>). *Educação Indígena na Amazônia: Experiências e Perspectivas*. Belém: Associação de Universidades Amazônicas, UFPA, 1996. (Série Cooperação Amazônica, 16).

*Serviço Social & Realidade, Franca, v. 26, n. 1, 2017.*

ATHIAS; MACHADO. *A saúde indígena no processo de implantação dos distritos sanitários: Temas críticos e propostas para um dialogo interdisciplinar*. In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Mar-Abril, 2001.

BERGER, P.L. *A realidade da vida cotidiana*. In: BERGER, P.L.; LUCKMAM, T.A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento. Petrópolis: Vozes, 1973. P.35-46. (Antropologia, 5).

BORDA, O. F. *Aspectos teóricos da pesquisa participante: considerações sobre o significado e o papel da ciência na participação popular*. In: BRANDÃO, C.R. (Org.). Pesquisa participante. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1981. P. 42-62.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues (org). *Repensando a pesquisa participante*. Brasiliense, 1984.

BRASIL. *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira – LDB*. Brasília: MEC, 1996.

\_\_\_\_\_. *Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional nº 20, de 15.12.1998*. 21 ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

\_\_\_\_\_. *Sociedades Indígenas e a Ação do Governo*. Brasília: Presidência da República, 1996.

***Serviço Social & Realidade, Franca, v. 26, n. 1, 2017.***

CARDOSO, R.C.I. *Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método*. In: Ed. Paz e Terra, 1986. P. 95-105.

CONFALONIERI, Ulisses E. C. *O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: Por uma integração diferenciada*. In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Out/Dez Abril, 1989.

CRUZ, K. R. da. Distrito Sanitário Especial Indígena: o Específico e Diferenciado como Desafios. In: COELHO, Elizabeth Maria Beserra (Org). *Estado Multicultural e Políticas Indigenistas*. São Luís: EDUFMA/CNPq, 2008.

DARCY, Ribeiro. *Os índios e a civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno*. Petrópolis: Vozes, 1986.

DELAMARQUET, Sônia. *A questão indígena*. Belo Horizonte: Virgília, 1986.

GARMELO; SAMPAIO. *Organizações indígenas e distritalização sanitária: Os riscos de “fazer ver” e “Fazer crer” nas políticas de saúde*. In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, jul-ago, 2005.

GEERTZ, Clifford. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GIL, Antônio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*: Atlas, 1991.

***Serviço Social & Realidade, Franca, v. 26, n. 1, 2017.***

KOCKA, J. Objeto, *Conceito e interesse*. In: GERTZ, R.E. (Org.). Max Weber & Karl Marx. São Paulo: Editora HUCITEC, (1977) 1994. P.32-69.

KNELLER, George F. *A ciência como Atividade Humana*. Zahar, EDUSP, 1980.

MALINOWSKI, R.A. *A diary in the strict sense of the term*. New York: Harcourt, Brace and World, 1967.

MARQUES, Irânia Maria da Silva Ferreira. *A Política de Atenção À Saúde Indígena: Implementação do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá - Mato Grosso*. Dissertação de Mestrado, Fiocruz, 2003.

WEIGEL, Valéria. *Escola de branco em maloka de índio*. Manaus: Editora da Universidade do Amazonas, 2000.