



SAÚDE INDÍGENA URBANA: INTERFACE ENTRE AÇÕES ESTATAIS E NÃO ESTATAIS

Marina Bennemann de Moura¹; Lilian Denise Ma²; Viviane Sousa³

RESUMO: A população indígena no Brasil corresponde a aproximadamente 800.000 indivíduos ou 0,4% da população brasileira. Apesar de a maioria residir em terras indígenas (TI), parte expressiva desta vive hoje nas cidades. A atenção a saúde da população indígena merece destaque, pois os indicadores de saúde dessa população são sempre piores do que os dos demais segmentos populacionais. O presente texto teve por objetivo qualificar os atendimentos de saúde aos artesãos indígenas em Maringá e analisar a saúde indígena em uma perspectiva urbana. Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, de natureza quantitativa. Os sujeitos da pesquisa foram os indígenas registrados na Associação Indigenista de Maringá (Assindi) e, destes, os que possuíam registro de atendimento no sistema gestor do município em âmbito hospitalar e na atenção básica. Os cenários investigados foram a Assindi e os serviços públicos de saúde do município, dois no âmbito hospitalar e todos da atenção básica. A análise dos dados orientou-se pela construção de um quadro geral quanto ao perfil dos sujeitos, a descrição dos atendimentos ocorridos e a análise da inserção da saúde indígena no sistema de saúde de Maringá. Conclui-se que não há uma 'atenção diferenciada' aos artesãos indígenas, mesmo em meio a muitas dificuldades próprias desta população; ainda, os dados apontam para a necessidade de que essa temática saia da marginalidade das políticas públicas e entre em discussão na pauta de todos os espaços de assistência e de formação em saúde, viabilizando indistintamente o direito à saúde como um direito constitucional de todos os brasileiros.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção a saúde; Diversidade cultural; Saúde indígena.

1 INTRODUÇÃO

Apesar da saúde dos povos indígenas ser um tema recorrente, a mesma passou a ter maior atenção após mudanças na legislação brasileira, como a criação da Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), em 1999. Esta tem o propósito de garantir aos povos indígenas o acesso integral a saúde, para o qual, segue os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), visando contemplar a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de cada povo indígena. Com essa política, espera-se reduzir a disparidade existente entre indicadores de saúde da população indígena da não indígena, assim como reconhecer seu direito cultural e a eficácia de sua medicina (Brasil, 2002). Como a PNASPI foi estruturada para atender as terras indígenas (TI) esta política não se aplica as cidades que não contemplam TI, falha essa reconhecida pela

¹ Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá-UEM, Maringá – Paraná. Bolsista PIBIC/CNPq - Fundação Araucária - UEM. marinabenn@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá-UEM, Maringá – Paraná, tutora do PET-Enfermagem. ldmai@uem.br

³ Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá-UEM, Maringá – Paraná. Bolsista do PET-Enfermagem. vivi_agito@hotmail.com

própria política, ao mencionar a inexistência de uma legislação específica que regulamente a atenção a saúde aos indígenas que vivem em área urbana.

A 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, em 2006, já apontava para essa discussão, quando foi proposto que todas as instâncias governamentais, desde o governo federal até os governos municipais, deveriam criar ou ampliar as políticas públicas de atenção à saúde indígena, realizando estudos sócio-econômicos sobre os indígenas que, por opção ou necessidade, moram fora das aldeias (BRASIL, 2006). Assim, é importante compreender que os indígenas são sujeitos pertencentes a diferentes culturas, tradições, línguas e cosmologias (AMARAL, 2010), independente do local onde residam. Nesse sentido, ao reconhecer a necessidade de formulação de uma política nacional que estabeleça critérios diferentes de atenção a saúde para a população indígena, questiona-se se as cidades que, apesar de não abrigar comunidade ou TI, mas que recebem ou tem indígenas residentes, também não necessitariam de uma política ou protocolo para regulamentar a atenção a saúde dessa população. Partindo-se do pressuposto de que, mesmo deixando sua comunidade, os indígenas mantêm o pertencimento a sua cultura indígena específica, reitera-se que eles também deveriam ser alvos de uma “atenção diferenciada” que, na prática, não acontece. Haja vista a ausência de documentos formais que incorporem ou estabeleçam como deve ser a atenção a saúde a indígenas urbanos.

É o caso do município de Maringá-PR, que não abriga terra ou aldeia indígena, mas, corroborando com dados sobre o êxodo das aldeias, identifica a presença de indígenas residentes em seu espaço urbano, além de, historicamente, receber grupos indígenas de diferentes etnias que vivem no Paraná para a comercialização de seu artesanato. Esses artesãos indígenas, que antes passavam a sua permanência na cidade em estado de abandono em ruas e calçadas, a partir de 2001, passaram a ser hospedados na Associação Indigenista de Maringá (Assindi), criada em 23 de março daquele ano, motivada pela inquietação de uma cidadã maringaense frente a esse fato. A presença desses artesãos na Assindi e a recorrente necessidade de atendimentos de saúde dos mesmos suscitaram o interesse pelo presente estudo, cujo foco são os atendimentos realizados a essa população transitória pelos serviços públicos de saúde, na cidade de Maringá, tanto em nível hospitalar quanto de atenção básica.

A pesquisa justifica-se como uma oportunidade de, após nove anos de existência da Assindi e de sua interface com os serviços de saúde, produzir dados que permitam conhecer a realidade da atenção à saúde indígena no município, especialmente diante da existência de uma premissa ética e legal de uma atenção diferenciada à população indígena. O estudo de uma população-alvo específica e previamente delimitada, como é o caso dos artesãos indígenas da Assindi, e que traduz características culturais comuns entre si, sejam indígenas desta ou daquela etnia, ou moradores de TI ou das cidades, pode ser capaz de identificar diferenças significativas e apontar indicativos para a formulação de políticas públicas claras e definidas, de forma a que o modelo biomédico de saúde hegemônico seja capaz de incorporar tais diferenças.

Assim, o presente trabalho teve como objetivos qualificar os atendimentos de saúde aos artesãos indígenas, em Maringá, e analisar a saúde indígena em uma perspectiva urbana.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, de natureza quanti-qualitativa. Os sujeitos da pesquisa foram os artesãos indígenas hospedados na Assindi, uma vez que a mesma tem como prática o encaminhamento informal à unidade em que será realizado o atendimento de saúde necessário e que também mantém um registro nominal dos artesãos indígenas que nela se hospedam. O critério de escolha dos sujeitos de pesquisa foi que o nome do artesão indígena constasse nesta lista geral da Assindi. O período de

investigação inicialmente previsto seria de 2001 a setembro de 2010, convergindo com o ano de criação desta, porém, foi verificada a inexistência de qualquer registro desses encaminhamentos, além do fato de que apenas em 2007 teve início o registro dos nomes dos artesãos hospedados em livro próprio. Por isso, o período de investigação passou a ser de 2007 até final de 2010, procedendo-se, então, o levantamento dos nomes dos artesãos registrados na Assindi neste respectivo período, bem como das variáveis idade, sexo e etnia. De posse dessa relação, passou-se a busca dos atendimentos junto aos serviços de saúde, onde foram coletadas informações nos prontuários quanto ao diagnóstico, tratamento, período de hospitalização, orientações, cuidados prestados e possíveis dificuldades nesses atendimentos. Essa metodologia de busca justifica-se pela impossibilidade de conhecimento prévio da condição de indígena como critério de busca, pois os prontuários são encontrados pelo nome do indivíduo atendido e não por outro caráter pessoal ou a forma como o usuário se auto-declara.

Assim, os cenários investigados foram a própria Assindi, como um elemento importante na articulação entre atendimentos e usuários, e os serviços públicos de saúde do município de Maringá que, em âmbito hospitalar, foram o Hospital Municipal (HM) e o Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM) e, na atenção básica, as unidades do Alvorada, Jardim Olímpico, Ney Braga, Quebec e Vila Esperança. Convém destacar que inicialmente apenas a UBS Quebec seria consultada, por ser considerada pela Secretaria Municipal de Saúde a unidade de referência à Assindi, no entanto, como o sistema gestor de prontuários é o mesmo para todos os estabelecimentos e as informações que nele constam pode ser vistas de qualquer unidade de atendimento, o sistema apontou a existência de prontuário com nomes pesquisados em outras UBS, as quais passaram também a compor os serviços investigados.

Toda a coleta de dados ocorreu nos meses de setembro de 2010 a fevereiro de 2011. Finalizada essa etapa, a análise dos dados orientou-se pela construção de um quadro geral quanto ao perfil dos sujeitos, a descrição dos atendimentos ocorridos e a análise da inserção da saúde indígena no sistema de saúde de Maringá.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Assindi e sua população-alvo

A Assindi não é uma organização indígena, mas, uma entidade filantrópica que conta com cinco residências e uma casa abrigo, em uma área de um alqueire de terra, situada na Rodovia BR 376, KM 170, Lote 72, Gleba Patrimônio Maringá, no município de Maringá, norte do Paraná.

As cinco casas são ocupadas por estudantes da Universidade Estadual de Maringá e por alunos do ensino profissionalizante, com seus respectivos cônjuges e filhos, que, à época da pesquisa, somavam 18 moradores fixos. A casa abrigo hospeda os índios artesãos das TI do Centro Norte do Paraná, principalmente de Ivaí, Faxinal, Mococa, Queimadas, Barão de Antonina, São Jerônimo, Apucarantina, Laranjinha e Pinhalzinho.

Em suma a Assindi divulga a arte e cultura indígena, além de oferecer aos artesãos indígenas alimentos, abrigo, encaminhamentos para atendimento médico hospitalar em Maringá, enxoval básico para recém nascido, atendimento com cestas básicas para os artesãos e estudantes universitários e encaminhamentos para cursos no SENAC, SENAI e curso supletivo.

A partir dos dados coletados foi possível verificar 415 indígenas distintos, que vêm em grupos de 30 a 50 pessoas entre adultos e crianças, permanecendo por um período aproximado de 15 a 20 dias para vender seus artesanatos. Contando que os grupos se repetem, foi verificado que o fluxo total de indígenas nesses quatro anos foi de aproximadamente 1.377 sujeitos, com uma média de 350 indígenas por ano.

Os dois grupos étnicos principais que vem a Maringá e que permanecem na Assindi são os Kaingang e os Guarani. Como é próprio dessas duas etnias, os artesãos nunca saem sozinhos para comercializar, e sim em família, característica que pode ser percebida pelo elevado número de crianças presentes nos grupos. Tal fato não se encontra isento de problemas, sendo um deles a ausência das crianças na escola durante esse período, uma vez que deixam a aldeia para acompanhar a família, e outro aspecto preocupante é a ocorrência ou o agravamento de doenças que demandam atendimento especializado em serviços de saúde.

Os atendimentos em serviços de saúde

Dos 415 indígenas pesquisados foram encontrados apenas nove prontuários. Destes, quatro foram em nível hospitalar e cinco de atenção básica. Quanto ao sexo, cinco foram do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Três prontuários não apresentavam a idade do indivíduo e nos demais a idade variou entre 2 e 29 anos. Apenas um prontuário apresentou a cidade de origem do indígena.

Dos nove atendimentos, três foram diagnosticados como infecção de vias aéreas superiores (IVAS), um como trabalho de parto associado à parasitose e um como politraumatismo decorrente de atropelamento, com sugestivo de hálito etílico. Os demais casos foram uma emergência odontológica para extração de dente, na qual o usuário saiu correndo antes de realizar a extração; um atendimento por cefaléia; um devido a sialorréia excessiva e feridas na boca, gengivas aumentadas e hiperemiadas, tendo sido encaminhado a outro hospital, porém sem comparecimento; e, um prontuário não apresentava informações suficientes para a identificação do motivo do atendimento.

Estes diagnósticos encontrados convergem com a maior prevalência dos mesmos na população indígena em geral, conforme os dados do IBGE. No caso, 55% das ocorrências envolveram IVAS, presença de parasitose e de alcoolismo. Algumas remetem a uma situação aguda, que demanda o atendimento no momento da ocorrência. Outras, porém, reportam a condições prévias já existentes antes da vinda à Maringá. Essas condições remetem à reflexão sobre o sistema de saúde vigente nas aldeias de origem, pois trata-se de uma população transitória sujeita ao sistema de saúde urbano e cuja TI é suprida pela PNASPI, com recursos financeiros e humanos para o efetivo atendimento às necessidades e especificidades da população local. Porém, essa pesquisa vem corroborar para a constatação de que o aspecto legal por si só não é a garantia de eficiência e qualidade da assistência prestada, quando não vem acompanhada de outras condições adequadas que viabilizem uma vida saudável.

Considerando o total de 1.377 indígenas hospedados na Assindi e circulantes em Maringá, de 2007 a 2010, esse número de nove atendimentos pode representar ser pequeno, cerca de 0,65% do total. No entanto, há de se ter em conta algumas variáveis não quantificáveis observadas durante a coleta, e que provavelmente modificam esse número em uma curva ascendente. Primeiro, houve a comunicação verbal de membros da Assindi quanto a vários encaminhamentos feitos aos serviços de saúde, especialmente da atenção primária, porém, sem qualquer registro escrito. Segundo, constatou-se a perda de fichas com registro de atendimentos em uma UBS que, notoriamente, haviam sido realizados, situação agravada pela eventual subnotificação desses registros, justificada por serem atendimentos geralmente muito rápidos e com muita dificuldade de comunicação em função da língua indígena e ausência de intérprete, além de inconsistências quanto a dados pessoais, como nome completo e data de nascimento, acirradas pela ausência de documentos de identificação, que são deixados na aldeia. E, terceiro, houve momentos em que a equipe de saúde da família da UBS dirigiu-se até a Assindi para realizar consultas e cuidados, sem o devido registro dessas ações formais.

Lapidando caminhos para a atenção à saúde indígena urbana

Anais Eletrônico

VII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar
CESUMAR – Centro Universitário de Maringá
Editora CESUMAR
Maringá – Paraná - Brasil

Algumas características definidoras no tocante à saúde indígena em Maringá destacaram-se na pesquisa. A grande mobilidade dos artesãos pela cidade; a vinda em família, com a presença maior de mulheres e de muitas crianças; dificuldades exacerbadas de comunicação; ausência de documentos de identificação e a inconstância de dados pessoais, como nome e idade. Quanto aos serviços, estes são procurados pela proximidade do local onde se encontram no momento da venda do artesanato, o que limita a eficácia da determinação prévia de uma UBS de referencia e aponta para a necessidade de que todo e qualquer serviço de saúde esteja apto a prestar o cuidado, respeitando a diversidade cultural e as necessidades dessa população; há perda de registros e subnotificação dos atendimentos realizados; há o predomínio de agravos na área materno-infantil e baixa adesão ao tratamento ou encaminhamentos.

A inserção do usuário indígena no SUS deve ocorrer de forma idêntica a todos os demais usuários, sim, quanto aos princípios constitucionais e elementares do sistema, como acesso, equidade, resolubilidade e integralidade. Mas, também deve ser alvo de uma 'atenção diferenciada', ao ver suas especificidades contempladas no Plano Municipal de Saúde, estar a mercê de profissionais sensíveis e qualificados, e ter a definição clara de diretrizes viáveis para o enfrentamento de suas principais dificuldades. No caso dos artesãos de Maringá, uma dessas possibilidades pode ser estabelecer um canal de diálogo aberto com as UBS das TI de origem, já que estas são previamente conhecidas, criando mecanismos de referencia e contra-referencia, com ações como o envio de documentação pré-natal quando da presença de mulheres gestantes no grupo, de orientações e demandas com o neonato ou a puérpera, a continuidade de tratamento em casos crônicos, entre outras.

4 CONCLUSÃO

Os atendimentos aos artesãos indígenas realizados nos serviços públicos de saúde de Maringá não apresentaram qualquer indicativo de uma 'atenção diferenciada' a essa população. Porém, já há dados e experiências que justifiquem a formulação de uma política de saúde indígena em Maringá, com diretrizes claras, definindo mecanismos de articulação com as TI de origem e uma política de formação de recursos humanos aptos e sensíveis a esses usuários. Uma potencialidade é a interrelação entre diferentes segmentos e sujeitos, tanto da esfera governamental quanto da sociedade civil.

Cientes dos limites desse trabalho, como a definição de apenas uma fonte dos nomes ou de apenas duas instituições hospitalares, há outras perspectivas de estudos sobre saúde indígena, tendo como sujeitos indígenas residentes em área urbana, profissionais ou gestores de saúde, por exemplo. Apesar disso, conclui-se que os dados apontam para a necessidade de que essa temática saia da marginalidade das políticas públicas e comece a entrar em discussão na pauta de todos os espaços de assistência e de formação em saúde, viabilizando indistintamente o direito à saúde como um direito constitucional de todos os brasileiros.

REFERÊNCIAS

AMARAL, W.R. do. **As trajetórias dos estudantes indígenas nas universidades estaduais do Paraná: sujeitos e pertencimentos**. 2010. Tese (Doutorado) – Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2010.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena** relatório final. Rio Quente: GO, 2006.

Anais Eletrônico

VII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar
CESUMAR – Centro Universitário de Maringá
Editora CESUMAR
Maringá – Paraná - Brasil