

SAÚDE INDÍGENA URBANA: INTERFACE ENTRE AÇÕES ESTATAIS E NÃO ESTATAIS

Viviane Sousa

Marina Bennemann de Moura

Lilian Denise Mai

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 à 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 quanti-qualitativa. 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 de Maringá, 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, pela descrição dos atendimentos ocorridos e pela 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.

THE HEALTH OF AMERINDIANS IN THE CITIES: INTERFACE BETWEEN STATE AND NON-STATE ACTIVITIES

ABSTRACT: The Brazilian Amerindian population is close to 800,000 subjects or 0.4% of the entire population of Brazil. Although most live on Indigenous Land (IL), many inhabit town areas. The health of indigenous populations should always be underscored since their rates are always worse than those of other segments of the population. Current descriptive, exploratory, quantitative and qualitative research qualifies health attention to indigenous artisans in Maringá PR Brazil and analyzes the Amerindians' health within an urban context. The subjects are the Brazilian Indian population enrolled at the Indigene Association of Maringá (Assindi) and, in a particular way, those who are registered for attention within the municipal management system for hospital and basic health attendance. Data analysis provided a general survey on the subjects' profile, a description of attendance and insertion of Amerindians within the health system of Maringá. Results show that there is no differential attention to indigenous artisans even within the context of the great difficulties undergone by these populations. Data indicate that the theme should be considered as central in public policies and should become a source of debate on assistance and health formation with the aim at underscoring the indistinct right to health as a constitutional right to all Brazilians.

KEYWORDS: Health attention; Cultural diversity; Health of the Brazilian Amerindian.

* Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá - UEM, Maringá – Paraná. Bolsista PIBIC/CNPq - Fundação Araucária - UEM; E-mail: vivi_agito@hotmail.com

** Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá - UEM, Maringá – Paraná. Bolsista PIBIC/CNPq - Fundação Araucária - UEM; E-mail: marinabenn@hotmail.com

*** Orientadora. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá - UEM, Maringá – Paraná, Tutora do PET-Enfermagem; E-mail: ldmai@uem.br

INTRODUÇÃO

A população indígena no Brasil corresponde a aproximadamente 800.000 indivíduos ou 0,4% da população brasileira e está distribuída em cerca de 220 povos que falam mais de 180 línguas (FUNAI, 2011). O Estado do Paraná conta com 23 terras indígenas (TI), que somam aproximadamente 11.447 indígenas das etnias Guarani, Kaingang e Xetá (BRASIL, 2006).

Apesar de a maioria dos indígenas residirem em TI, uma parte expressiva destes indígenas vive hoje nas cidades. Mata e Tada (2005), exemplificando os casos da Amazônia e Roraima, referem que não há um fator determinante, mas, sim, diversos fatores para que a população indígena se desloque aos centros urbanos, como: a busca por trabalho e escolarização, por atendimento de saúde ou por divergências internas.

Nessa aproximação entre áreas urbanas e povos indígenas, o cacique da TI Barão de Antonina, no município de São Gerônimo da Serra - PR, no ano de 1998, ao relatar sua impressão sobre as cidades durante o simpósio "As cidades e os povos indígenas: mitologias e visões," faz uma analogia das cidades vizinhas a sua TI, percebendo estas como a floresta atual aonde o índio vai à caça, já que sua verdadeira floresta de onde antigamente tiravam seu sustento foi invadida pelo branco, e não há mais condições de sobreviver dela, forçando-os a recorrer aos produtos das cidades para sua sobrevivência (MOTA, 2000).

Além das dificuldades enfrentadas por terem perdido grande parte de suas terras aos brancos, aliadas à longa luta pela sua demarcação, a atenção à saúde da população indígena também é preocupante, pois os indicadores de saúde dessa população são sempre piores do que os indicadores de saúde dos demais segmentos populacionais (BRASIL, 2002). De acordo com Coimbra Junior e Santos (2001, 2003) citado por IBGE (2009) as condições de saúde e doença dos povos

indígenas brasileiros são pouco conhecidas, entretanto se sabe que as doenças infecciosas e parasitárias são as maiores causas de morbidade e mortalidade entre esses povos. E que as doenças não transmissíveis também apresentam prevalência acentuada quando relacionadas à hipertensão e ao alcoolismo. Destaca-se que uma condição agravante desse quadro é a situação de desigualdade social e econômica em que vive grande parte dos indígenas.

Apesar de a 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 à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) em 1999. Essa tem o propósito de garantir aos povos indígenas o acesso integral à 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 e não indígena, assim como reconhecer seu direito cultural e a eficácia de sua medicina (BRASIL, 2002).

Como a PNASPI foi estruturada para atender as TI, essa política não se aplica às cidades que não contemplam TI, falha essa reconhecida pela própria política ao mencionar a inexistência de uma legislação específica que regule a atenção à saúde dos 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 socioeconômicos 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 à saúde para a população indígena, questiona-se se as cidades que, apesar de não abrigar comunidade ou TI, mas que recebem ou têm indígenas residentes, também não necessitariam de uma política ou protocolo para regulamentar a atenção à 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 legais que incorporem ou estabeleçam como deve ser a atenção à saúde dos 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 texto tem como objetivos qualificar os atendimentos de saúde aos artesãos indígenas, em Maringá e analisar a saúde indígena em uma perspectiva urbana.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, de natureza quanti-qualitativa que tem como foco os atendimentos de saúde aos artesãos indígenas em Maringá. Vincula-se ao projeto de pesquisa institucional denominado “As condições de saúde/doença dos indígenas atendidos na Associação Indigenista de Maringá”, cuja aprovação no Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP) segue o Parecer nº 791, de 6 de novembro de 2009, em atendimento às Normas de Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996.

Uma vez que a Assindi 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 e de autorização dos respectivos serviços de saúde, passou-se à busca dos atendimentos neles realizados, onde foram coletadas as informações 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 pela forma como o usuário se autodeclara.

Assim, constituíram-se cenários de investigação 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 básicas de saúde (UBS) do Jardim 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 podem ser vistas de qualquer unidade de atendimento, o sistema apontou a existência de prontuários 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 e a análise da inserção da saúde indígena no sistema de saúde de Maringá.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados com destaque para três aspectos: a caracterização da Assindi e sua população-alvo, a descrição dos atendimentos ocorridos e uma reflexão sobre os esforços, ainda que incipientes, entre instâncias formais e informais ligadas à saúde, no sentido de estabelecer algumas proposições para a saúde indígena em Maringá.

3.1 A ASSINDI E SUA POPULAÇÃO-ALVO

A Assindi 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. Essa área é resultante de doação, assim como muitos dos recursos financeiros para a manutenção das atividades. Por iniciativa de sua fundadora, houve aprovação de projetos com recursos oriundos de diversas instâncias nacionais e internacionais, como a Arquidiocese, a Ordem Franciscana Secular e o Fundo Canadá.

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 abriga hospeda os índios artesãos advindos das TI do Centro Norte do Paraná, principalmente de Ivaí, Faxinal, Mococa, Queimadas, Barão de Antonina, São Jerônimo, Apucarantina, Laranjinha e Pinhalzinho.

A Assindi não é uma organização indígena, mas uma entidade filantrópica que, de acordo com o seu estatuto, tem por objetivos: propiciar melhor qualidade de vida para as comunidades indígenas por meio da elaboração de projetos, convênios e parcerias com instituições públicas e particulares municipais, estaduais, federais e internacionais; humanizar a estada dos índios na cidade de Maringá, assessorando-os quando nela estiverem; combater a discriminação, a exploração e a subalternidade dos índios, apoiando-se em ideais de democracia, liberdade, justiça e equidade social; organizar, acompanhar ou apoiar programas, iniciativas, movimentos ou outras atividades que possibilitem ao índio exercer os direitos previstos em lei; coordenar, organizar, acompanhar ou apoiar programas ou ações que visem a incentivar, manter, preservar e recuperar o patrimônio cultural indígena; incentivar a qualidade do artesanato indígena, visando à comercialização com maior rendimento, de acordo com a legislação correlata e pautar todos os seus trabalhos pelos ideais de democratização e participação popular; facilitar o intercâmbio entre os grupos indígenas e a comunidade local.

Em suma, além da divulgação da arte e da cultura indígena, a Assindi oferece 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 que os artesãos 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. O fluxo total de indígenas nesses quatro anos foi de aproximadamente 1.377 sujeitos, com uma média de 350 indígenas por ano, com a predominância de 56,13% do sexo feminino, conforme a tabela 1.

Tabela 1 Número de artesãos indígenas hospedados na Assindi, conforme o sexo, período de 2007 a 2010.

SEXO	ANO				TOTAL
	2007	2008	2009	SET 2010	
HOMENS	170	115	160	159	604
MULHERES	197	188	198	190	773
TOTAL	367	303	358	349	1377

Fonte: Livro de registro da Assindi (2010).

No entanto, é importante ressaltar que esse número não pode ser considerado exato para todo o período investigado, pois há algumas lacunas nos registros, como um mês em 2007, quatro meses em 2008, três meses em 2009 e dois meses em 2010. Considerando as frequentes dificuldades estruturais da Assindi, como a inconstância de um funcionário para manter os registros atualizados, não é possível afirmar se nessas lacunas não houve registros ou se nenhum grupo de artesãos veio à Maringá. A maior probabilidade é de que esse número seja maior que o encontrado.

Considerando que na tabela 1 há a repetição de sujeitos, pois os grupos seguem uma rotatividade de vinda e que, para a busca de possíveis atendimentos em serviços públicos fazia-se necessário o nome do usuário, procedeu-se ao levantamento nominal sem repetição no livro. Assim, desde 2007, quando foram iniciados os registros nominais, até o final de 2010, a Assindi registrou um total de 415 sujeitos indígenas, sendo, a maior parte,

indivíduos de 0 a 30 anos de idade e do sexo feminino, conforme a tabela 2.

Evidenciaram-se, nesta etapa de coleta, algumas particularidades, como a dificuldade de determinação de dados simples como o sobrenome e a idade dos sujeitos. Percebeu-se nitidamente a ocorrência de aspectos de natureza estritamente cultural, uma vez que os indígenas compreendem e vivenciam tais dados sob uma ótica diferente. Quanto ao sobrenome, este não é algo particular de cada um, que segue uma ordem genealógica, mas, sim, uma atribuição que se dá ao indígena ou que ele próprio dá a si mesmo. Numa situação hipotética, se o índio João Ferreira conhecer outro sobrenome e o considerar bonito, como Aguiar, ele abandonará o Ferreira e passará a se chamar João Aguiar, sem nenhum impedimento para mudar novamente sempre que encontrar um nome mais atrativo. Isso foi observado com alguns nomes em função dos registros cíclicos, quando das características apontadas apenas o nome aparecia alterado, informação confirmada por outros indivíduos consultados sobre o assunto.

Tabela 2 Número de nomes de artesãos indígenas registrados na Assindi, conforme sexo e idade, período de 2007 a 2010.

ANO	SEXO	IDADE							TOTAL
		0 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	+ 61	
2007	Masc	40	21	18	5	1	1	3	89
	Fem	33	26	18	9	5	3	0	94
2008	Masc	22	14	6	2	2	0	1	47
	Fem	24	12	8	5	2	2	0	53
2009	Masc	14	10	6	3	2	0	1	36
	Fem	15	12	12	3	2	0	1	45
2010	Masc	14	1	8	1	0	0	0	24
	Fem	11	5	7	3	1	0	0	27
TOTAL		173	101	83	31	15	6	6	415

Fonte: Livro de registro da Assindi (2010).

Quanto à idade, também não se tem uma informação exata em alguns casos, pois é fato corrente

as famílias deixarem os documentos na aldeia com o cacique e não saberem informar a data precisa de seu próprio nascimento ou de filhos, registrando-se, então, no livro da Assindi, uma idade aproximada ou baseada na aparência do indivíduo. Isso pode ser exemplificado ao se constatar que um mesmo indivíduo foi registrado com idades diferentes, já que a pessoa que o registrou em um mês pode não ser a mesma que o registrou em sua próxima estadia na associação, tendo esta uma percepção diferente e lhe atribuindo outra idade.

Os dois grupos étnicos principais que vêm 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 na tabela 1, pelo elevado número de crianças presentes nos grupos.

Tal fato não se encontra isento de problemas. Um deles é a ausência das crianças na escola durante esse período, uma vez que deixam a aldeia para acompanhar a família. Outro aspecto preocupante é a ocorrência ou o agravamento de doenças que demandam atendimento especializado em serviços de saúde.

Os Kaingang são uma etnia classificada como pertencente à família linguística macro-jê. Organizam-se socialmente de forma dualista, formando metades sociais conhecidas, cada uma delas, com a denominação de kamé e kairu. Todas as atividades sociais (economia, parentesco, política, religião etc.) do grupo se organizam a partir dessa relação dualista. Aspecto marcante dos Kaingang é sua organização política fortemente hierarquizada. Toda comunidade possui o cacique como a posição mais alta da hierarquia, seguido do vice-cacique. Os dois representam as duas metades, pois um deverá ser kamé e outro kairu. Isso implica em dizer que também todas as ações de saúde para grupos Kaingang implicam em conhecer e respeitar essa forma de organização dualística e politicamente hierarquizada

(TOMMAZINO; FERNANDES, 2008).

Os Guarani que frequentam a Assindi estão vinculados a um subgrupo conhecido como Nhandeva. De uma forma geral os Guarani possuem uma língua em comum, o Guarani, vinculada à família linguística Tupi-Guarani, mas com a presença de três dialetos, o Mbyá, o Nhandeva e o Kaiowa. Essa diferenciação linguística interna também evidencia diferenças socioculturais importantes. Por essa razão é preciso sempre deixar claro que subgrupo está sendo referido. Os Guarani se organizam socialmente em torno da família extensa, envolvendo pais, filhos casados, netos e agregados. A partir dela se estruturam os diferentes papéis sociais importantes para a unidade social, dentre eles a liderança política, o cacique ou mboruvixa, e a religiosa, o xamã ou xeramõi.

Na concepção tradicional de saúde e doença entre os Guarani, o papel das pessoas mais velhas da família é fundamental. São essas pessoas as detentoras de saberes práticos e xamanísticos, que são acionados tanto nos processos de cura quanto de prevenção de doenças. Os Guarani classificam suas enfermidades em duas grandes categorias, as doenças próprias ou doença de guarani, e as doenças de fora, do Juruá ou doença de branco. A partir dessa classificação inicial, os mais velhos e, especialmente, o xamã, definem que tipo de procedimento será feito para a cura.

3.2 OS ATENDIMENTOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Tendo por base a relação nominal oriunda do livro de registros da Assindi, procedeu-se à busca dos possíveis atendimentos realizados nos serviços eleitos para essa pesquisa. Dos 415 indígenas pesquisados foram encontrados apenas nove prontuários. Desses, 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.

Desses nove atendimentos, três foram diagnosticados como infecção de vias aéreas superiores (IVAS), um como trabalho de parto associado à parasitose e um foi politraumatismo decorrente de atropelamento, 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 cefaleia; um devido à sialorreia 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.

Algumas características dos registros feitos pela Assindi não favoreceram a busca dos prontuários no gestor, pois alguns indígenas estavam registrados sem sobrenome, ou havia diferenças no nome de um mesmo indígena, conforme a pessoa que colhia seus dados. A idade também não era precisa, variando significativamente de um mês para outro em alguns casos.

A análise dos prontuários encontrados mostra que, seja em nível hospitalar ou na atenção básica, a busca por “remédios”, sem nenhuma ação voltada para a promoção da saúde, a dificuldade de acompanhamento do caso e de adesão ao tratamento, bem como o não comparecimento em retornos previamente agendados são um entrave para a assistência prestada a essa população.

Características culturais próprias interferem diretamente nesse processo, e a equipe de saúde, independente do nível assistencial, não se encontra preparada para garantir um atendimento satisfatório.

Os diagnósticos encontrados convergem com a maior incidência 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 se trata 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. Precárias condições de saneamento básico, alimentação deficiente e alta incidência de alcoolismo são aspectos facilmente verificados nas aldeias (BRASIL, 2002), além da precariedade e fragilidades do próprio sistema de saúde organizado em seu interior.

Como a característica principal dos artesãos é a vinda em família, são os sujeitos mais susceptíveis que carecem de um cuidado maior, como as crianças e as mulheres, as quais apresentam as demandas próprias da área materno-infantil. Esse é um indicativo importante a ser considerado para o conhecimento da realidade dessa temática e qualquer ação propositiva na atenção à saúde indígena dessa população flutuante.

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.

3.3 LAPIDANDO CAMINHOS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA URBANA

O PNASPI organiza e prevê assistência a saúde de maneira hierarquizada e articulada com o SUS, por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) nas áreas indígenas, porém, não contempla os indígenas que vivem fora delas, ou, a exemplo de Maringá, os municípios que também abrigam indígenas por um tempo limitado. Maringá não compõe os 23 municípios do Paraná alcançados pela PNASPI, pois não abriga comunidade ou TI e, portanto, não recebe recurso financeiro específico e não dispõe de UBS ou hospital pré-estabelecidos e pretensamente adequados ao atendimento de indígenas, com intérprete das línguas indígenas e profissionais que conheçam a cultura e todas as suas especificidades. Assim, os indígenas que frequentam a cidade e nela necessitam de atendimento de saúde são atendidos pelo SUS, de forma idêntica aos demais usuários.

Com a criação da Assindi, em 2001, e por

interlocução desta junto à Secretaria Municipal de Saúde, frente à demanda frequente por atendimentos, estabeleceu-se que o Núcleo Integrado de Saúde (NIS) II Quebec assumiria a responsabilidade pela assistência a esta população, seguindo-se os princípios de territorialização e hierarquização na organização dos serviços de saúde. Todavia, o Plano Municipal de Saúde de Maringá, mesmo com a presença constante dessa população e de uma UBS de referência, mantém-se omissa e não faz qualquer referência à saúde indígena, apesar da média de aproximadamente 350 indivíduos por ano. Por outro lado, ter essa unidade referencial também não foi garantia para que a assistência ocorresse de fato, nem mesmo o registro fidedigno dos atendimentos foi verificado, como já citado anteriormente. Há vários fatores que concorreram para isso, alguns evidenciados ao longo da pesquisa.

Uma dificuldade significativa foi a falta de meios de locomoção, pois os indígenas ficavam desprovidos dos mesmos, uma vez que sua vinda à Maringá e volta à TI acontecia por meio de um ônibus apenas para esse fim. Por isso, apesar da unidade de referência ser o NIS II Quebec, a UBS Jardim Olímpico foi a mais procurada por ser mais próxima à Assindi. Ainda, pelo fato de permanecerem o dia todo transitando pela cidade para a venda do artesanato, geralmente recorriam à UBS mais próxima de onde estavam trabalhando. Daí a identificação de atendimentos em mais de uma UBS.

Assim, essa característica de alta mobilidade também é um indicativo a ser considerado para o estabelecimento de diretrizes específicas, pois limita muito o alcance da eficácia da determinação de apenas uma UBS como referência, situação que agravada ainda mais pelo horário diurno dos serviços, que inviabiliza o fluxo em outros horários. Aliado a essas questões estruturais, evidenciou-se que o maior desafio no trabalho em saúde com indígenas é o fator humano. E, nesse aspecto, pode-se questionar sobre o real

significado do que vem a ser a oferta de uma “atenção diferenciada”, requerida pela PNASPI.

De início, a dificuldade ou impossibilidade de comunicação foi a primeira barreira, ao que foram identificadas algumas ações muito particulares de enfrentamento. Uma delas eram os encaminhamentos realizados por pessoas da Assindi aos serviços de saúde, utilizando-se de um papel comum, com a descrição dos sintomas e queixas do indígena, já que a maioria deles não sabia falar português e geralmente não havia intérprete da respectiva língua indígena. Diz-se geralmente, pois em algumas circunstâncias contava-se com a presença de alunos indígenas estudantes da universidade e moradores da Assindi, especialmente, os estudantes da área da saúde. Essa também era uma prática comum no âmbito da própria Assindi, quando os estudantes, além de prestar cuidados assistenciais ou de supervisão de adesão ao tratamento, atuavam como intérpretes junto à equipe de saúde da família em suas ações. Quanto aos cuidados, eram inclusive os estudantes os mais procurados nos horários de permanência dos indígenas na sede da associação, principalmente à noite.

Além do quesito língua, tão ou mais preocupante é o conhecimento e o respeito à diversidade cultural e às crenças indígenas. No âmbito da saúde elas se intensificam, pois a própria vida está imbuída de sentidos e significados, quando é difícil para o indígena expressar um conceito, por exemplo, de saúde, pois esta é a própria expressão de equilíbrio entre o homem e a natureza. A doença, por sua vez, pode ser “doença de índio” ou “doença de branco”, cada qual com uma forma de reconhecimento e cura. São conceitos, ritos e mitos que não cabe explicitá-los nos limites deste trabalho e, sim, de outra investigação já em andamento, mas que são essenciais para uma postura profissional competente e qualificada para a atenção à saúde indígena. Talvez, em parte, isso explique o comportamento inesperado

do indígena que saiu correndo antes mesmo de ser atendido.

No conjunto dos aspectos aqui descritos, entre outros, como o controle social na saúde indígena, percebe-se uma série de variáveis que devem ser levadas em consideração quando se planeja ou se presta o cuidado e que podem interferir diretamente na adesão e no resultado do tratamento proposto que, de longe, pode ser bem diferente do tratamento aceito. Antes dessa não adesão já ser equivocadamente atribuída como uma responsabilidade ou culpa do indivíduo, pode-se estar diante de outra forma de compreensão e explicação para a doença e sua cura. Diminuir e enfrentar lacunas como essa é uma premissa válida não apenas para o atendimento aos artesãos de Maringá, mas para qualquer serviço de saúde que tenha usuários indígenas. Os próprios dados da pesquisa justificam essa inferência, pois características similares foram atribuídas por uma Agente Comunitária de Saúde (ACS), vinculada a uma das UBS, a duas famílias indígenas residentes na sua área de abrangência, pelo que ela conclui que a equipe não está preparada para atender essa demanda.

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 à 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 TIs de origem, já que essas são previamente conhecidas, criando mecanismos de referência e contrareferência, 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.

Não é impossível. Antes, é mais um desafio para os profissionais e gestores que acresce ao trabalho em saúde, sua organização e sua formação, a riqueza da conformação e da diversidade cultural da população brasileira. Aqui, a população indígena, que se encontra distribuída em todo o território nacional, não sendo exclusividade de nenhuma região ou estado em particular, apesar de sua maior concentração na região norte do país (BRASIL, 2009). E, mesmo dentro dela, cada etnia tem as suas particularidades. Tanto mais, os diferentes grupos e segmentos populacionais que afluem cotidianamente aos serviços do sistema de saúde, em seus diferentes níveis.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os atendimentos aos artesãos indígenas realizados nos serviços públicos de saúde de Maringá não apresentaram qualquer indicativo de uma “atenção diferenciada” a essa população. Também não há distinção entre os problemas encontrados na atenção básica quando comparados aos da área hospitalar, diante do fato de que os agravos encontrados convergem com dados nacionais de maior prevalência nessa população específica, como infecções, parasitoses e alcoolismo, refletindo precárias condições de vida nas TI.

A busca pelos atendimentos nos serviços de saúde, a partir dos dados de uma entidade filantrópica, deu visibilidade à quantificação dessa população no município, bem como a algumas características próprias de seu movimento e da atenção à saúde ofertada, tanto em termos de dificuldades quanto de potencialidades, as quais podem contribuir para a formulação de diretrizes específicas.

Destacam-se 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 referência 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.

Como potencialidade emerge a inter-relação entre diferentes segmentos e sujeitos, tanto da esfera governamental quanto da sociedade civil organizada, à medida que os problemas surgem e que demandam respostas rápidas e eficientes. Conclui-se que, ao longo desses quatro anos, já houve produção de dados e experiências que justifiquem a formulação de uma política de saúde indígena em Maringá, com diretrizes claras, definindo mecanismos de articulação com as TIs de origem e uma política de formação de recursos humanos aptos e sensíveis a esses usuários.

Enquanto limites do presente estudo, destacam-se a procura dos atendimentos mediante a consulta de nomes a apenas uma fonte e a escolha de apenas duas instituições hospitalares, critérios necessários ao escopo desta pesquisa, e que não permitem extrapolar conclusões à totalidade dos atendimentos possíveis de terem ocorrido no período. Além disso, há outras possibilidades de analisar a temática saúde indígena, a exemplo da perspectiva de indígenas residentes em área urbana ou dos profissionais ou gestores de saúde; ou, ainda, as diferenças conceituais e epistemológicas

entre o modelo tradicional biomédico e o modo indígena de conceber e vivenciar o processo saúde/doença. Por outro lado, é importante registrar os esforços de uma entidade filantrópica em prol da população indígena, tendo como um de seus braços a saúde indígena. É um registro limitado, pois o tempo, dedicação e empenho das pessoas que a mantêm são impossíveis de ser expressos em palavras.

Cientes desses e de outros limites, 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. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Diagnóstico situacional do subsistema de saúde indígena: relatório inicial**. 2009. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/vigisus/vigModSsi-DiagnosticoSSI.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2011.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. Brasília: MS, 2002. Disponível em: <http://bvsm.saude.gov.br/bv/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena: relatório final**. Rio Quente: GO, 2006. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/4CNSI/Doc-Base.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2011.

FUNAI - FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO. Ministério

da Justiça. Os índios. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/>>. Acesso em: 11 jul. 2011.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p.100-101

MATA, R. P. C; TADA, C. **Amazônia**: desafios e perspectivas para a missão. São Paulo, SP: Paulinas, 2005.

MOTA, L. T. (Org.). **As cidades e os povos indígenas**: mitologias e visões. Maringá, PR: Eduem, 2000.

TOMMASINO, K.; FERNANDES, R. C. Kaingang: organização social e política. In: ENCICLOPÉDIA povos indígenas no Brasil: ISA. Disponível em: <<http://pib.socioambiental.org/pt/povo/kaingang/288>> Acesso em: 24 mar. 2010.

Recebido em: 12 maio 2012.

Aceito em: 25 maio 2012.