

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE
MESTRADO EM SAÚDE E AMBIENTE

ELZA GALVÃO BERGÊ CUTRIM DUAILIBE

**ADEQUAÇÃO DA CASA DE SAÚDE DO ÍNDIO DE SÃO LUÍS - MA AO
CONTEXTO INTERCULTURAL DE SEUS USUÁRIOS:** organização, humanização
e ambiência

**SÃO LUÍS
2015**

ELZA GALVÃO BERGÊ CUTRIM DUAILIBE

**ADEQUAÇÃO DA CASA DE SAÚDE DO ÍNDIO DE SÃO LUÍS - MA AO
CONTEXTO INTERCULTURAL DE SEUS USUÁRIOS: organização, humanização
e ambiência**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão.

Orientador: Prof.^o Dr. István van Deursen Varga

**SÃO LUÍS
2015**

Duailibe, Elza Galvão Bergê Cutrim

Adequação da Casa de Saúde do Índio de São Luís-MA ao contexto intercultural de seus usuários: organização, humanização e ambiência / Elza Galvão Bergê Cutrim Duailibe. _ São Luís, 2015.

156 f.

Orientador: Prof. Dr. István van Deursen Varga.

Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) – Universidade Federal do Maranhão, 2015.

1. Saúde indígena. 2. Saúde pública – Povos indígenas. 4. Casa de Saúde do Índio – São Luís-MA. I. Título.

CDU 614:572.95(812.1)

ELZA GALVÃO BERGÊ CUTRIM DUAILIBE

**ADEQUAÇÃO DA CASA DE SAÚDE DO ÍNDIO DE SÃO LUÍS - MA AO
CONTEXTO INTERCULTURAL DE SEUS USUÁRIOS:** organização, humanização
e ambiência

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovada em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. István van Deursen Varga (orientador)

Doutor em Saúde Pública (USP/FSP)

Prof^a. Rosana Lima Viana (1^a examinadora)

Doutora em Saúde Pública (Fiocruz)

Prof^a. Zulimar Márta Ribeiro Rodrigues (2^a examinadora)

Doutora em Geografia (USP)

Prof^a. Conceição de Maria Belfort de Carvalho (3^a examinadora)

Doutora em Linguística e Língua Portuguesa (UNESP)

Dedico este trabalho à minha família, pelo suporte, amor e dedicação em todos os momentos, sejam de desafios, perdas ou conquistas.

“Ninguém é igual a ninguém. Todo o ser humano é um estranho ímpar.”
Carlos Drummond de Andrade

AGRADECIMENTOS

Um trabalho acadêmico é resultado não apenas de um momento de estudo e dedicação, mas também das experiências adquiridas durante toda a vida. Muitos têm sua contribuição para a finalização deste trabalho, seja de forma direta ou indireta.

A Deus, por ser a força que não vejo, mas que sinto e percebo em cada nova conquista, cada novo aprendizado. Pela inspiração, proteção e encorajamento.

Ao meu esposo, Rafael, sempre presente, amoroso, sereno e disposto a colaborar. Sua vida é uma inspiração para mim e agradeço por tudo que temos construído juntos ao longo de onze anos.

Aos meus queridos pais, Eliene e Domingos, pelo esforço e direcionamento. Por serem o suporte que preciso a vida inteira, aconselhando diante de situações diversas e exemplificando o poder da educação e dos valores. A certeza do amor incondicional de vocês é uma força indescritível.

Ao meu irmão, Felipe, por ser um amigo divertido. Pelas caronas, incentivo e momentos de descontração.

À minha sempre presente tia Ilza, inspiração na profissão e vida acadêmica. Por abrir sempre as portas de sua casa e vibrar comigo a cada nova conquista.

Às minhas queridas amigas de infância, Mabel, Sharmilla e Graciene, amigas de toda a vida, que aconselham, divertem e se preocupam como verdadeiras irmãs. Agradeço por ouvirem meus lamentos e dúvidas e por terem colaborado, cada uma do seu jeito, para mais esta realização.

Ao meu querido orientador, professor István van Deursen Varga, pelo estímulo à iniciação neste incrível universo da Saúde Indígena. Suas aulas e sugestões foram muito importantes para esta pesquisa. Sem sua orientação, sabedoria e senso crítico este trabalho certamente não seria possível. Muito obrigada!

Aos colegas de turma do Mestrado em Saúde e Ambiente, Vanessa, Érica, Carmine, Artur, Kátia, Dannielle, Denise, Marly, Nilgicy, Marcela e Nívia. Uma turma multidisciplinar e unida no propósito de fazer pesquisa e alcançar o grau de mestre.

A todos os professores do Programa de Mestrado em Saúde e Ambiente, na pessoa da coordenadora, professora Márita, pela troca de conhecimentos e pelo incentivo. Agradeço em especial ao professor Cláudio Zannoni pelas valiosas contribuições na disciplina “Saúde de Populações e Comunidades Indígenas”, de grande valia para a realização deste trabalho.

À professora Rosana Viana, que além de ter colaborado durante a disciplina “Saúde de Populações e Comunidades Indígenas”, foi praticamente uma orientadora, lendo o trabalho com antecedência e direcionando-me através de sugestões e correções que foram essenciais para a finalização deste trabalho

Aos funcionários do Mestrado em Saúde e Ambiente, seja da Secretaria, biblioteca ou serviços gerais. Vocês também fizeram parte desta jornada.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de apoio e incentivo à pesquisa.

À equipe de funcionários da Casa de Saúde do Índio de São Luís, por aceitarem participar da pesquisa através de entrevistas e conversas informais.

Aos indígenas hospedados na Casa de Saúde do Índio de São Luís, pela participação na pesquisa e por terem me recebido de forma cortês.

A todos aqueles que contribuíram de alguma forma, seja direta ou indiretamente.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo principal estudar a adequação dos serviços prestados na Casa de Saúde do Índio de São Luís - MA (CASAI-SLZ) à realidade dos seus usuários com base na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e na Política Nacional de Humanização (PNH). Baseou-se em uma metodologia qualitativa, através de estudo de caso de caráter exploratório e descritivo. Para tanto, referenciou-se a pesquisa por meio de estudos sobre a PNASPI e a PNH, considerando questões pertinentes ao seu objeto, como ambiência e interculturalidade. Os dados teóricos foram obtidos em livros, artigos científicos, leis, portarias e publicações oficiais que tratam da saúde indígena, como seu histórico e organização. Optou-se por primeiramente traçar um panorama sobre as políticas de saúde indígena no Brasil, contemplando as várias mudanças em sua gestão e em seguida explicar as atribuições das Casas de Saúde do Índio. Também se analisou a Política Nacional de Humanização sob a ótica da interculturalidade e adequação para povos indígenas, destacando a importância da ambiência para as CASAIs. Para coleta de dados em campo utilizou-se o método de entrevistas semiestruturadas, além de observação sistemática, fotografias e análise de relatórios cedidos pela instituição. A análise permitiu identificar problemas na execução das políticas de saúde para os povos indígenas pelos órgãos competentes e ainda pelo Sistema Único de Saúde, bem como uma gestão fragmentada. O relato dos trabalhadores e dos usuários da CASAI-SLZ apontou para problemas na estrutura física e organizacional, bem como a falta de projetos e ações humanizantes, além de serviços que se contrapõem ao que preconizam as leis vigentes. Os resultados indicaram que, apesar de a PNASPI e a PNH estabelecerem que os indígenas tenham o direito à atenção diferenciada, as condições da referida casa não favorecem um cuidado integralmente baseado na interculturalidade e especificidade dos seus usuários. Além das dificuldades identificadas na casa, também foram percebidos problemas nos serviços de saúde do estado do Maranhão e na gestão do Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão que afetam diretamente aos indígenas. A pesquisa foi autorizada pelo Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão (DSEI-MA) e pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís (CEP-SEMUS).

Palavras-chave: Saúde Indígena. Casa de Saúde do Índio. Política de Saúde. Humanização. Ambiência.

ABSTRACT

This study aimed to study the adequacy of service in the House of Indian Health in São Luís, MA (CASAI-SLZ) to the reality of its users based on the National Policy for the Health of Indigenous People (PNASPI) and Humanization National Policy (PNH). It is based on a qualitative methodology through a case study of exploratory and descriptive. Therefore, the research is referenced by means of studies on PNASPI and the PNH, considering issues related to its object, as ambience and interculturalism. The theoretical data were obtained in books, scientific articles, laws, ordinances and official publications that deal with indigenous health, as its historical and organization. We decided to first draw a picture on indigenous health policies in Brazil, considering the various changes in its management and then explain the roles of the Houses of Indian Health. Also analyzed the Humanization National Policy from the perspective of intercultural and fitness for indigenous peoples, highlighting the importance of ambience for couples. Field data collection used the method of semi-structured interviews, and systematic observation, photographs and reports analysis assigned by the institution. The analysis identified problems in the implementation of health policies for indigenous peoples by the competent bodies and also by the Unified Health System and piecemeal management. The account of workers and CASAI-SLZ users pointed to problems in the physical and organizational structure as well as the lack of projects and humanizing actions, and services that are opposed to prescribing the applicable laws. The results indicated that, although the PNASPI and the PNH establish that indigenous have the right to special attention of that home conditions do not favor a fully based care in intercultural and specificity of its users. In addition to the difficulties identified in the house, they were also perceived problems in the health services of the Maranhão state and the management of the Indigenous Special Sanitary District of Maranhão that directly affect indigenous. The study was approved by the Special Indigenous Sanitary District of Maranhão (DSEI-MA) and by the Research Ethics Committee of the São Luís's Health Municipal Secretary (CEP-SEMUS).

Keywords: Health of Indigenous People. Health Indian House. Health Policy. Humanization. Ambience.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS - Agentes Indígenas de Saúde
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Capes – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CASAI - Casa de Saúde do Índio
CASAI-DF – Casa de Saúde do Índio do Distrito Federal
CASAI-SLZ – Casa de Saúde do Índio de São Luís
CISI - Comissão Intersetorial de Saúde do Índio
CNS - Conselho Nacional de Saúde
Condisi - Conselho Distrital de Saúde Indígena
COSAI - Coordenação de Saúde do Índio
CVRD - Companhia Vale do Rio Doce
DASI - Departamento de Atenção à Saúde Indígena
DEOPE - Departamento de Operações
DGESI - Departamento de Gestão da Saúde Indígena
DSEI - Distrito Sanitário Especial Indígena
DSEI-MA – Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão
DSESI - Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde
DSY – Distrito Sanitário Yanomami
EMSI - Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
EPI – Equipamento de Proteção Individual
ESAI - Equipe de Saúde do Índio
EVS - Equipes Volantes de Saúde
FPCCondisi - Fórum de Presidentes dos Condisi
FUNAI - Fundação Nacional do Índio
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde
GTH – Grupo de Trabalho de Humanização
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HUUFMA - Hospital Universitário Presidente Dutra
IAB-PI - Incentivo da Assistência Básica dos Povos Indígenas
IAE-PI - Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

II CNSPI - II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis
LOS - Leis Orgânicas da Saúde
MA - Maranhão
MSA – Mestrado em Saúde e Ambiente
MPF – Ministério Público Federal
MPF/MA – Ministério Público Federal do Maranhão
ONGs - Organizações Não Governamentais
PGRSS - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
PNH – Política Nacional de Humanização
PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PPI - Programação Pactuada Integrada
RDC - Resolução da Diretoria Colegiada
Rename - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAS - Secretaria de Atenção à Saúde
SASI - Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SciELO - *Scientific Electronic Library Online*
SESAI - Secretaria de Saúde Indígena
SIASI - Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SPI – Serviço de Proteção ao Índio
SPILTN - Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais
SUS - Sistema Único de Saúde
SUSA - Serviço de Unidades Sanitárias Aero-transportadas
TCLE – Termo de Compromisso Livre e Esclarecido
UFMA – Universidade Federal do Maranhão
UFs - Unidades Federativas

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Distribuição da população indígena no Brasil por região	33
Figura 2: Distribuição da população indígena na região Nordeste	34
Figura 3: População total por etnias do DSEI-MA	35
Figura 4: Localização do DSEI-MA e organização de serviços no Maranhão	37
Figura 5: Organização do DSEI e Modelo Assistencial	45
Figura 6: Estrutura física da CASAI-DF.....	59
Figura 7: Fachada da CASAI-SLZ e placa de identificação	93
Figura 8: Varanda.....	94
Figura 9: Copa e cozinha	96
Figura 10: Posto de enfermagem e farmácia	98
Figura 11: Enfermaria na CASAI-SLZ	99
Figura 12: Cadeira de banho e maca	100
Figura 13: Exemplo de refeição.....	107
Figura 14: Atividade com as crianças.....	117
Figura 15: Alojamento externo 01	121
Figura 16: Alojamento externo 02	122
Figura 17: Sala de curativos.....	123
Figura 18: Varanda do prédio novo	124
Figura 19: Cozinha do prédio novo	125
Figura 20: Lavanderia do prédio novo	126
Figura 21: Brinquedos no prédio novo	127

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Tipos de Polos-Base	44
Quadro 2: Atividades a serem desenvolvidas pelas CASAIs	53
Quadro 3: Diretrizes para a implementação do HumanizaSUS.....	65
Quadro 4: Componentes qualificadores do espaço físico	72
Quadro 5: Funcionários da CASAI-SLZ	76
Quadro 6: Códigos usados como pseudônimos para os participantes da pesquisa	81

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	18
1.1 HIPÓTESES	21
1.2 JUSTIFICATIVA.....	21
1.3 OBJETIVOS.....	22
2 TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL.....	23
2.1 SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA.....	29
2.2 O DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DO MARANHÃO	33
3 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS.....	41
3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A CASA DE SAÚDE DO ÍNDIO	52
4 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E OS POVOS INDÍGENAS..	60
4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO	60
4.2 INTERCULTURALIDADE	68
4.3 AMBIÊNCIA.....	70
5 METODOLOGIA.....	74
5.1 TIPO DE ESTUDO	74
5.2 ETAPAS DA PESQUISA	77
5.3 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA	80
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	82
6.1 A CASAI DE SÃO LUÍS: dinâmica de organização e gestão.....	82
6.1.1 Estrutura física e ambiência	93
6.1.2 Alimentação	104
6.1.3 Interação com a rede hospitalar de São Luís	108
6.1.4 Ações e projetos de humanização	113
6.1.5 Um novo espaço para os índios em São Luís.....	121
6.1.6 Sugestões.....	128

7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
	REFERÊNCIAS	
	APÊNDICES	
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA	
	APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA - GESTORES	
	APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA - COLABORADORES	
	APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA – USUÁRIOS	
	APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
	ANEXOS	
	ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA DO DSEI-MA	
	ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
	ANEXO C - OFÍCIO PARA SOLICITAÇÃO DE DADOS DA CASAI-SLZ	

APRESENTAÇÃO

Bacharel em Hotelaria pela Universidade Federal do Maranhão, meu interesse pela saúde começou ainda na graduação, quando tive os primeiros contatos com a hotelaria hospitalar, através de livros que tratavam sobre o tema. O que era, no início, uma curiosidade de estudante, acabou por se transformar em foco de trabalho, um trabalho que, para mim, sempre envolveu paixão e fascínio.

Ainda como estudante de graduação busquei oportunidades que me levassem à prática da hotelaria hospitalar, sendo a mais marcante um estágio remunerado no maior hospital particular do Maranhão, no setor de Hotelaria, onde aprendi os procedimentos, as rotinas, os pormenores da gestão e os aspectos subjetivos que os pacientes carregam consigo. Naquela oportunidade pude vivenciar a influência que as ações de hospitalidade e humanização exercem nos clientes internos e externos e como ações, muitas vezes consideradas simples, podem transformar o ambiente hospitalar positivamente.

O fascínio pela experiência foi tanto que minha monografia de graduação tratou sobre o tema através de um estudo de caso do referido hospital onde estagiei por um ano.

Apesar de bastante satisfeita e agradecida pelos conhecimentos adquiridos na iniciativa privada, uma inquietação surgia: como se dava o contexto da gestão de serviços de apoio e humanização na saúde pública? Seria possível implementar ações de qualidade no Sistema Único de Saúde? Diante destes questionamentos busquei uma pós-graduação *lato senso* em Gestão em Saúde Pública, que contribuiu enormemente para minha compreensão a respeito dos avanços e problemas do SUS e ainda da Política Nacional de Humanização, o HumanizaSUS.

Pouco tempo depois, ingressei novamente na Universidade como docente, onde recebi o desafio de lecionar, entre outras, a disciplina Hotelaria Hospitalar, mantendo contato também com o Hospital Universitário Presidente Dutra, que possui em sua estrutura organizacional um setor de Hotelaria. Desde então desenvolvi atividades relativas ao tema junto aos discentes, entre elas um projeto de extensão, denominado Hotelaria e Saúde, desenvolvido em parceria com o Hospital Djalma Marques, o Socorrão I em São Luís, hospital público de grande demanda que enfrenta diversos problemas estruturais, gerenciais e logísticos.

O projeto capacitou profissionais de serviços de apoio e assistência a respeito da hospitalidade e humanização, focando também na organização dos serviços de apoio, como lavanderia, higiene e limpeza, segurança patrimonial, recepção, entre outros. O projeto foi uma experiência ímpar que pretendo retomar em breve.

Ao ingressar no Mestrado em Saúde e Ambiente tive contato com uma área até então desconhecida: a saúde indígena. Quando comecei a compreender as peculiaridades desse universo tão rico e específico, aceitei a sugestão de meu orientador para estudar a Casa de Saúde do Índio de São Luís, que é uma estrutura de apoio, com hospedagem, alimentação e intermediação entre os indígenas e o SUS, quando estes estão fora de seu local de domicílio. Seria então a oportunidade perfeita de unir um tema apaixonante, que é a hotelaria hospitalar ao esse tema tão novo para mim, a saúde indígena.

Após um período de análise de literatura e ter cursado uma disciplina específica no mestrado, intitulada de “Saúde de Populações e Comunidades Indígenas”, senti-me mais preparada para trabalhar com o tema e, aproveitando o interesse que o mesmo despertou em mim, apesar da estranheza de muitos em identificar uma profissional de hospitalidade trabalhando na saúde, realizei este estudo. Durante a realização do estudo, questões surgiram e o resultado é não apenas uma análise da Casa de Saúde do Índio de São Luís, mas também uma reflexão sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão nesse contexto.

1 INTRODUÇÃO

O histórico da saúde indígena brasileira é marcado por situações de violência. Desde a colonização esses povos sofreram maus tratos, foram explorados, desrespeitados e massacrados. Comunidades foram dizimadas pela brutalidade, epidemias e fome. Tais situações fizeram com que a população indígena brasileira diminuísse drasticamente desde o século XVI até os dias de hoje (BRASIL, 2002).

Dentre as iniciativas políticas e sociais realizadas no intuito de minimizar as iniquidades para com os povos indígenas, destaca-se o Serviço de Proteção ao Índio (SPI), criado no início do século XX, para atender aos povos indígenas e comunidades rurais no tocante à vida social, saúde, educação, desenvolvimento econômico e direitos fundiários (GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, 2003). Posteriormente, em 1967, o SPI foi substituído pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), uma entidade estatal criada pela ditadura militar, que realizava atendimentos esporádicos às comunidades indígenas, através de equipes de saúde (BRASIL, 2002).

Mudanças foram ocorrendo no cenário político do Brasil, especialmente após o fim da ditadura militar. A mais significativa no cenário da saúde se deu após a promulgação da Constituição Federal de 1988, quando a saúde passa a ser dever do Estado e direito de todos (BRASIL, 1988). Porém, a Constituição não mencionou de que forma deveria se dar a atenção à saúde específica para os indígenas, tampouco as Leis Orgânicas de Saúde, instituídas em 1990, que tratam das diretrizes para o Sistema Único de Saúde.

Apesar disso, a Constituição trouxe consigo garantias a esses povos, como o direito às suas terras, a políticas sociais distintas e apropriadas às suas especificidades culturais, à autorrepresentação jurídico-política e à valorização e preservação de suas línguas e estilo de vida (LIMA; BARROSO-HOFFMAN, 2002). Paralelamente, no ano de 1991, ocorre a transferência da gestão da saúde indígena da FUNAI para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) (SANTOS, 2006).

Para que os direitos dos índios fossem reconhecidos e assegurados no âmbito da saúde, no ano de 1999 entrava em vigor a Lei nº 9.836, conhecida como Lei Arouca, que cria o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS). Já no ano de 2002, foi instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos

Indígenas (PNASPI), com o objetivo de diferenciar e especificar o padrão de saúde ofertado aos indígenas (BRASIL, 2002). Esses modelos promulgam a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, os DSEIs, organizados dentro do SASI-SUS para melhorias das condições de saúde.

Atualmente, a responsabilidade de coordenação do SASI e da organização dos Distritos Sanitários é da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde, que foi criada para reformular a gestão da saúde indígena brasileira segundo reivindicações dos próprios índios (PORTAL DA SAÚDE, 2014).

Dentro da estrutura de DSEIs está a Casa de Saúde do Índio (CASAI), que é um local que recebe e dá alojamento, alimentação e faz as intermediações entre os indígenas e os serviços do SUS (GANIOLE et al., 2011).

A operacionalização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é regida pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas que, por sua vez, integra a Política Nacional de Saúde. Tais dispositivos legais garantem o direito das populações culturalmente distintas a um atendimento diferenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), capaz de respeitar suas especificidades culturais (GARNELO; MAQUINÉ, 2013).

Infelizmente, pesquisas têm demonstrado que o modelo de DSEIs desde a sua criação tem apresentado problemas gerenciais e conflitos, como deficiências na capacitação profissional e até mesmo a fidedignidade dos dados contidos no sistema de informação em saúde indígena (CRUZ, 2007).

Em se tratando das CASAIs, no Maranhão as adequações das mesmas não têm se mostrado adequadas, fato denunciado pelo Ministério Público Federal no Maranhão e divulgado em reportagens. Por outro lado, sabe-se que existem diversos grupos indígenas no estado, o que exige ações práticas para o atendimento dessa população específica.

Nesse contexto, a CASAI de São Luís (CASAI-SLZ) é a que possui maior demanda do DSEI-MA e que recebe indígenas de todas as partes do estado, mas também precisa de intervenções na adequação dos serviços e implementação de projetos de humanização, além de ações gerenciais que estejam de acordo com o que preconizam a PNASPI e a Política Nacional de Humanização (PNH) para o oferecimento de uma estadia digna para os usuários da unidade.

Diante do exposto, optou-se pela CASAI-SLZ por estar locada na capital do estado do Maranhão e receber pessoas advindas de diversos grupos indígenas, o que exige uma organização específica que atenda eficazmente aos pacientes, ofertando-lhes assistência à saúde com responsabilidade e resolutividade.

Tendo como referências estas informações, como problemática desta pesquisa apresenta-se o seguinte questionamento: de que forma a Casa de Saúde do Índio de São Luís, no estado do Maranhão tem trabalhado a adequação de suas práticas assistenciais aos fatores culturais que envolvem os seus pacientes, através de fatores como organização, humanização e ambiência, tendo como base a Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Atenção à Saúde de Povos Indígenas?

Para melhor elucidação do tema da pesquisa, este trabalho está estruturado em sete capítulos. O primeiro capítulo trata desta introdução, onde apresentamos o problema da pesquisa e seus objetivos, bem como a justificativa e as hipóteses que a nortearam.

O segundo capítulo traz um panorama crítico sobre a trajetória das políticas de saúde indígenas no Brasil, perpassando pelo Sistema de Atenção à Saúde Indígena e contextualizando os Distritos Sanitários Especiais Indígenas nesse sistema.

O terceiro capítulo analisa a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, apresentando de que forma o modelo de Casas de Saúde do Índio se encaixa nessa política e no Subsistema.

O quarto capítulo apresenta a Política Nacional de Humanização e sua aplicabilidade aos serviços de saúde específicos para povos indígenas. Nesse capítulo também se discute a respeito da interculturalidade e da importância da ambiência nas Casas de Saúde do Índio.

O capítulo seguinte apresenta os procedimentos metodológicos que delinearão o trabalho, como tipo de estudo, as etapas da pesquisa e os aspectos éticos e legais relativos ao estudo.

O capítulo seis apresenta os resultados obtidos na pesquisa de campo e a discussão destes, contextualizando com a literatura estudada. Assim sendo, é feita uma análise sobre a Casa de Saúde do Índio de São Luís, apresentando sua estrutura física e ambiência, bem como seus serviços, problemas e desafios. No sétimo e último capítulo abordamos algumas reflexões e considerações finais a

respeito de todo o estudo. Além disso, apresentamos sugestões que podem contribuir para melhorias, não apenas para a unidade que fica na capital maranhense, mas para as demais casas do DSEI-MA.

1.1 HIPÓTESES

- Existem problemas gerenciais na CASAI de São Luís que influenciam diretamente nos serviços prestados aos grupos indígenas assistidos;
- A ambiência da CASAI requer modificações para que o local possa oferecer melhores condições de hospedagem.

1.2 JUSTIFICATIVA

Tendo em vista as informações mencionadas, justifica-se esta pesquisa por se compreender que a Casa de Saúde do Índio de São Luís - MA precisa de adequações em suas práticas assistenciais, bem como de inserção de técnicas gerenciais que valorizem as características culturais dos indígenas, através de humanização e ambiência especial. Dessa forma, se faz necessário estudar a CASAI de São Luís sob essa ótica, compreendendo que o atendimento de saúde assegurado a esta parcela da população deve respeitar suas especificidades.

Compreendemos que o trabalho é importante por fazer uma análise dos serviços da CASAI-SLZ e do sistema no qual a mesma está inserida, além de ser um trabalho que colabora para diminuição da escassez de pesquisas referentes às casas de apoio e ao DSEI-MA. Além disso, contextualizamos a Política Nacional de Humanização com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, apresentando como ambas visam colaborar, através de suas diretrizes, para uma assistência digna aos indígenas.

A pesquisa contribuirá para a reflexão das práticas assistenciais prestadas aos usuários bem como para formulação de políticas e programas que visem à melhoria no sistema de saúde indigenista. Além disso, pretende-se que os resultados obtidos ajudem a estimular os órgãos competentes a investirem em melhorias estruturais e gerenciais na CASAI-SLZ; sensibilizar os profissionais atuantes à assistência humanizada e hospitalar, respeitando o contexto

intercultural dos usuários; e melhorar a abordagem feita aos grupos indígenas que necessitam dos serviços prestados pela CASAI-SLZ.

1.3 OBJETIVOS

O objetivo geral da pesquisa consiste em: estudar a adequação dos serviços prestados na CASAI de São Luís – MA à realidade dos seus usuários com base na Política Nacional de Saúde de Povos Indígenas e na Política Nacional de Humanização.

Como objetivos específicos, temos:

- Descrever o funcionamento da gestão das CASAIs nos âmbitos nacional e local;
- Identificar as etnias indígenas atendidas na CASAI de São Luís;
- Analisar como se dá a adequação do atendimento (abordagem) ao contexto intercultural dos indígenas hospedados na CASAI de São Luís - MA;
- Analisar a ambiência e os serviços da CASAI de São Luís - MA e sua influência na adaptação dos usuários ao local;
- Identificar se há na CASAI-SLZ projetos de humanização que considerem o idioma, a alimentação e outros fatores direcionados aos usuários e como são desenvolvidos.

2 TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

A história dos povos indígenas no Brasil é marcada por situações de violência e agressão. Estima-se que no início do século XVI essa população era de, aproximadamente, 5 milhões de pessoas, quantidade drasticamente reduzida devido à escravidão, maus tratos, desestruturação social, epidemias de doenças infecciosas, entre tantas outras mazelas (BRASIL, 2002).

De acordo com o Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população indígena brasileira tem em torno de 817.963 indivíduos, divididos em, aproximadamente, 230 povos, falando 180 línguas, compondo cerca de 0,4% da população total do país (LIMA; CASTILHO, 2013). Tais números evidenciam uma história marcada por abusos e descasos com essas populações e comunidades no Brasil.

No que diz respeito à assistência à saúde, desde o período colonial algumas ações foram realizadas. Naquela época, os indígenas eram atendidos pelos missionários, que cuidavam do evangelismo e dos interesses das entidades religiosas. Porém, os contatos eram feitos de modo violento, o que ocasionou muitas mortes e epidemias. A condição continuou complicada por séculos, com dizimação de diversos povos indígenas e comprometimento da saúde e cultura destes.

No início do século XX, com a situação bastante agravada, foi criado no ano de 1910, o Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais – SPI/NTN. Mais tarde, em 1918, chamado de SPI (Serviço de Proteção ao Índio). Segundo Garnelo, Macedo e Brandão (2003), este serviço fora criado para atender aos povos indígenas e comunidades rurais no tocante à vida social, saúde, educação, proteção aos conhecimentos tradicionais, desenvolvimento econômico e direitos fundiários, evitando conflitos causados pela ocupação de territórios indígenas por parte de garimpeiros e madeireiros, entre outros.

O SPI não alcançou seus objetivos e ainda acarretou em perda territorial. Isso se deu especialmente porque a política de saúde indígena no Brasil, que começou a ser delineada nesse período, enxergava os índios como “seres inferiores” passíveis de “evolução”. Ferreira (2012) destaca que não havia um planejamento para a prestação de serviços de saúde aos povos indígenas, mas apenas medidas emergenciais ou ações esporádicas.

No ano de 1956, com a finalidade de oferecer ações de atenção básica de saúde (vacinação, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis e atendimento odontológico) à população indígena e rural em áreas de difícil acesso foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aero-transportadas (SUSA), vinculado ao Programa Nacional de Tuberculose do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

Em 1967 o Serviço de Proteção ao Índio (SPI) foi substituído pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), entidade estatal criada pela ditadura militar. Posteriormente, a FUNAI criou, em 1968, as Equipes Volantes de Saúde (EVS), que, inspiradas no SUSA, realizavam atendimentos esporádicos às comunidades indígenas, oferecendo assistência médica, vacinação e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local, em sua maior parte da área da enfermagem, como auxiliares ou atendentes (BRASIL, 2002).

De acordo com Castellani (2012), a criação da FUNAI fez parte de uma expansão econômica durante a ditadura e foi marcada pela política de assimilação e integração das populações indígenas, sendo que a Lei nº 6.001 (aprovada em 1973), conhecida como Estatuto do Índio, era o pilar da política de Estado para esses povos. O autor ressalta que tal lei objetivava passar a tutela do SPI para a FUNAI, instituição que deveria ser mantida até que os povos indígenas fossem integrados à sociedade nacional.

O modelo de tutela foi bastante negativo para os indígenas, pois não lhes permitia direitos básicos inerentes à forma de organização social, administração dos recursos naturais e terras ocupadas, com consequências também no quesito saúde, como explica Garnelo (2012, p. 19-20):

Um dos aspectos mais negativos da política indigenista adotada no Brasil foi a prática da tutela, uma medida jurídica que delegava para o órgão indigenista oficial o direito de decidir pelas comunidades, tirando dos indígenas a possibilidade de protagonizar os rumos de suas vidas. No campo da saúde os órgãos indigenistas enfrentaram a falta de suporte técnico e financeiro para o desenvolvimento das ações sob sua Saúde Indígena: uma introdução ao tema responsabilidade, o que redundou em baixa qualidade e insuficiência na assistência sanitária ofertada nas aldeias. As restrições e inadequações da política indigenista geraram um acúmulo de insatisfações dos indígenas e das entidades não governamentais que os apoiavam, produzindo reivindicações por mudanças nas ações de governo.

Somente na década de 1980 mudanças mais significativas vieram a ocorrer. Segundo Ferreira (2012, p. 48):

Em 1986, o problema da assistência à saúde dos povos indígenas ganha a atenção do movimento sanitário com a realização da primeira Conferência

Nacional de Proteção à Saúde do Índio, por deliberação da VIII Conferência Nacional de Saúde.

A autora ainda afirma que esse evento foi importante para lançar o escopo para a criação de um sistema de saúde especial para os índios, integrado ao sistema nacional, além de ter sido relevante por debater a participação indígena em todos os momentos de decisão, de formulação, planejamento, implantação, execução e avaliação das ações e dos serviços de saúde.

Episódios como o fim da ditadura militar e a promulgação da nova Constituição trouxeram transformações relevantes na sociedade brasileira e nas políticas de saúde indígena. Ferreira (2012) comenta que, em 1986, a realização da primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, por deliberação da VIII Conferência Nacional de Saúde lançou as bases para a criação de um sistema específico para a saúde dos índios, integrado ao sistema nacional. A autora afirma que a partir desse evento o problema da assistência à saúde dos povos indígenas ganha a atenção do movimento sanitarista, influenciando, inclusive, na Constituição Federal de 1988.

E foi nesse evento que se enfatizou a importância da participação indígena em todos os momentos de decisão, de formulação e de planejamento das ações e dos serviços de saúde. E também na implantação, na execução e na avaliação desse sistema, o que influenciou diretamente a Constituição de 1988 e fez surgir um novo paradigma na relação do Estado nacional com os povos indígenas (FERREIRA, 2012, p. 48).

Lima e Barroso-Hoffman (2002) enfatizam que a Constituição de 1988 foi importante para a compreensão de que um tratamento diferenciado às minorias é dever do Estado e não mera caridade quando passou a reconhecer os direitos dos povos indígenas às suas terras, a políticas sociais distintas e apropriadas às suas especificidades culturais, à autorrepresentação jurídico-política e à valorização e preservação de suas línguas e estilo de vida.

Para Araújo (2006), a Constituição brasileira, a partir do momento em que reconhece o direito à diferença, proporciona aos povos e comunidades indígenas brasileiras um novo patamar de liberdade que, até esse momento, sob a ótica da igualdade e integração, encontrava-se velado. A autora ainda destaca que a Carta funciona também como um roteiro para implementar os direitos indígenas através da instituição de diretrizes para sua implantação, sendo que, dentre os direitos reconhecidos aos índios na Constituição, segundo os Artigos 231 e 232, do Capítulo VIII (Dos Índios), estão:

- Direito à sua organização social, crenças, tradições, línguas e costumes;
- direitos originários e imprescritíveis sobre as terras que tradicionalmente ocupam, consideradas inalienáveis e indisponíveis;
- obrigação da União de demarcar as Terras Indígenas, proteger e fazer respeitar todos os bens nelas existentes;
- direito à posse permanente sobre essas terras;
- proibição de remoção dos povos indígenas de suas terras, exceto em situação de catástrofe ou epidemia que ponha em risco sua população ou no interesse da soberania do país, após deliberação do Congresso Nacional, garantido o direito de retorno assim que cessar o risco;
- usufruto exclusivo das riquezas do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes;
- uso de suas línguas maternas e dos processos próprios de aprendizagem; e
- proteção e valorização das manifestações culturais indígenas, que passam a integrar o patrimônio cultural brasileiro.

Garnelo (2012, p. 20) destaca que “ainda que a autonomia nativa permaneça limitada pela persistente assimetria social e econômica entre indígenas e não indígenas, os avanços políticos propiciados pela Constituição são inegáveis”. A autora ainda afirma que entre os avanços estão a ampliação e consolidação do associativismo indígena e a criação de um subsistema específico para o atendimento a essas minorias, no tocante à saúde.

É importante atentar que a Constituição também deliberou os princípios gerais do Sistema Único de Saúde (SUS), que foram regulamentados dois anos depois através da Leis Orgânicas da Saúde – LOS (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90), e instituiu que o Ministério da Saúde seria o responsável pela direção e gestão federal desse sistema.

Como exposto, é importante reconhecer que a Constituição de 1988 foi um progresso para os indígenas brasileiros quando que lhes garante o direito de organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, além das terras que

ocupam, porém, no que diz respeito à saúde (Artigo 196), afirma que esta é dever do Estado e direito de todos, sendo o Sistema Único de Saúde responsável pela prestação destes serviços de forma pública no Brasil, não fazendo, porém, menção a qualquer tipo de atendimento específico os índios brasileiros. Nessa mesma linha, as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 também tratam da saúde e do Sistema Único de forma abrangente, não mencionando especificamente como se daria o atendimento e tratamento a povos indígenas.

Sendo assim, foi necessário promover outras discussões que colaborassem na criação de soluções e/ou alternativas para a saúde indígena. Em fevereiro de 1991, o Decreto Presidencial nº 23, que dispunha sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas, transferiu a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas para o Ministério da Saúde (MS).

O Decreto nº 23/1991 também constituiu como base desses serviços de saúde os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), em seu Artigo 4º:

Art. 4º A operacionalização dos projetos respeitará a organização social e política, os costumes, as crenças e as tradições das diversas comunidades indígenas.

§ 1º As ações e serviços serão desenvolvidos segundo modelo de organização na forma de distritos sanitários de natureza especial, consideradas as especificidades das diferentes áreas e das comunidades indígenas.

§ 2º As equipes constituídas para a execução dos projetos, além dos conhecimentos técnicos indispensáveis, deverão estar preparadas para compreender a cultura, os usos e costumes do grupo sobre o qual vão atuar.

§ 3º Para efeito do disposto no parágrafo anterior, serão promovidas articulações entre as áreas governamentais, cujo envolvimento nos projetos se faça necessário, e a busca da cooperação de entidades ou associações civis e religiosas, a fim de que se assegure o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficácia das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos.

A proposta dos distritos sanitários surgiu como uma forma de assegurar aos índios “o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações” (BRASIL, 2002, p. 08).

Nesse sentido, o primeiro DSEI criado foi o Yanomami, no Amazonas e Roraima, ainda no ano de 1991, “a fim de enfrentar a grave situação dos Yanomami, ameaçados de extinção pela situação epidemiológica catastrófica deixada nas suas terras pela invasão garimpeira do fim dos anos oitenta” (CCPY, 2004, p. 3).

Quanto a este episódio, é importante frisar que, nos anos 1980, a Terra Indígena Yanomami, em Roraima, muito rica em ouro, onde só era permitido entrar com autorização da FUNAI. Estima-se que, naquela época, o local foi invadido por cerca de 40 mil garimpeiros e o contato destes com os Yanomami, que, sem imunidade contra as doenças dos brancos, morriam até mesmo de gripe. Em algumas aldeias as mortes chegaram a 30% da população total e outras simplesmente sumiram. (GLOBO NATUREZA, 2011). Porém, a mortandade não se deu apenas por questões epidemiológicas, mas configuraram-se em genocídio, com mortes provocadas intencionalmente pelos garimpeiros através de armas de fogo e destruição das aldeias. Segundo a Organização *Survival Internacional* (2015), vinte por cento dos Yanomami morreram em apenas sete anos.

A partir da criação do DSEI Yanomami surgem instrumentos legais e estruturas administrativas específicas para reger a saúde indígena. Dentre as mudanças, as competências da FUNAI foram repassadas à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), pelo SUS, como comenta Santos (2006, p. 178):

[...] as equipes de saúde da FUNAI mantiveram-se em geral distantes das discussões sobre atenção primária à saúde, e suas práticas não incorporaram nem os avanços simples, baratos e eficazes de cuidados primários de saúde e nem os novos modelos de assistência, pautados na prevenção de doenças e na organização de sistemas locais de saúde. Assim permaneceu até 1991, quando ocorreu a transferência da gestão da saúde indígena da FUNAI para o Ministério da Saúde.

Aponta-se que a mudança da gestão da saúde indígena para a FUNASA em 1991 também esteja atrelada a denúncias de envolvimento direto da Fundação Nacional do Índio com o genocídio Yanomami.

Dentro do Ministério da Saúde, a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), com o objetivo de pôr em execução o novo modelo de atenção à saúde indígena, sendo que esta coordenação ficaria subordinada ao Departamento de Operações (DEOPE) da Fundação Nacional de Saúde (BRASIL, 2002).

Ainda no ano de 1991, fora criada a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), pela Resolução 11, de 13 de outubro do Conselho Nacional de Saúde (CNS). De acordo com a Resolução, a CISI deveria auxiliar o CNS na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena. É importante frisar que, após reformulação da composição da CISI e saída espontânea de alguns representantes do CNS, quatro vagas (de um total de onze) foram abertas para representantes de organizações indígenas na comissão (BRASIL, 2002).

Em 1994, porém, o Decreto Presidencial nº 1.141/94, de 19 de maio, revoga o decreto nº 23/1991, devolvendo a coordenação da saúde indígena para a FUNAI, que se encarrega das ações curativas, enquanto o Ministério da Saúde/FUNASA se torna responsável pelo que diz respeito à prevenção, como imunização e saneamento, entre outros (SANTOS et al, 2008). A alternância de poder e responsabilidades entre FUNAI e FUNASA nas últimas décadas acabou por gerar conflitos entre as duas fundações e comprometimento da qualidade dos serviços prestados às comunidades indígenas:

Desde então, a FUNASA e a FUNAI dividiram a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, passando a executar, cada uma, parte das ações, de forma fragmentada e conflituosa. Ambas já tinham estabelecido parcerias com municípios, organizações indígenas e não governamentais, universidades, instituições de pesquisa e missões religiosas. Os convênios celebrados, no entanto, tinham pouca definição de objetivos e metas a serem alcançados e de indicadores de impacto sobre a saúde da população indígena (BRASIL, 2002, p. 09).

Ainda no contexto das políticas de saúde indígena, no ano de 1999 foi aprovada a Lei nº 9.836 (Lei Arouca), que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS (SASI-SUS), que abordaremos a seguir.

2.1 SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

Como comentamos, as Leis Orgânicas de Saúde tratam das diretrizes para o Sistema Único de Saúde, porém, não contemplam em seu texto inicial questões inerentes a populações específicas, como os povos indígenas, por exemplo. Para que os direitos dos índios fossem reconhecidos e assegurados no âmbito da saúde, no ano de 1999 entrava em vigor a Lei nº 9.836, conhecida como Lei Arouca, assim denominada por ter sido formulada pelo deputado Sérgio Arouca (BRASIL, 1999a).

Ferreira (2012) comenta que o deputado apresentou o então Projeto de Lei nº 4681-D ao Congresso Nacional em junho de 1994, tomando como base as propostas da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (II CNSPI), visto que as conferências não possuem caráter deliberativo. O projeto propunha a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para preencher a lacuna deixada na legislação brasileira quanto a essa questão (FERREIRA, 2012). Com a

Lei nº 9.836/99 foram então criados¹ os DSEIs através da Portaria 852/1999 (ALTINI et al, 2013).

A Lei Arouca, segundo Ferreira (2012), juntamente com o Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999 (que dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas no âmbito do SUS) se tornou a mais importante contribuição legal para a saúde indígena. A autora ainda destaca o papel do Ministério da Saúde, que passou a ser integralmente responsável sobre o estabelecimento das políticas e diretrizes para promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio, e da FUNASA, que ficou com a incumbência da execução dessas políticas e diretrizes.

É essencial compreender que o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) tem a obrigação de considerar a realidade local e as especificidades da cultura desses povos e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que “deve se 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” (FUNASA, 2010, p. 08). No que tange às unidades operacionais do SASI, atualmente existem 34 DSEIs.

Salientamos que cada Distrito Sanitário deve ser entendido como uma “base territorial e populacional [...] enfeixando conjunto de ações de saúde necessárias à atenção básica, articulado com a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) para referência e contrarreferência composto por equipe mínima” (BRASIL, 2001a, p. 7). Dessa forma, a ideia de DSEI se configura como um espaço de atenção à saúde sob responsabilidade do gestor federal e ação complementada por estados, municípios e ONGs, com uma demarcação geográfica que considera questões demográficas (pois as terras indígenas podem não coincidir com os limites territoriais dos estados e municípios onde estão localizadas), etnoculturais e o acesso dos usuários indígenas aos serviços, além do controle social exercido pelos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FUNASA, 2002).

¹ Vale ressaltar que, antes da Lei Arouca, já havia sido implantado o primeiro DSEI do Brasil, o Distrito Sanitário Yanomami (DSY), como já comentado e entre os anos de 1993 e 1995, também em Roraima, por força do movimento indígena, implantou-se o DSEI-Leste, seguido pelo DSEI Xingu, em Mato Grosso.

Para melhor organização desses serviços, em 2002 foi instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), com o objetivo de diferenciar e especificar o padrão de saúde ofertado a estes grupos (BRASIL, 2002). Discorreremos sobre essa política no terceiro Capítulo deste trabalho.

Atualmente, a responsabilidade de coordenação do SASI e da organização dos DSEIs, que contempla em sua estrutura os Polos-Base (que serão explicados no Capítulo 3) e as CASAI, é da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde, que foi “criada a partir da necessidade de reformulação da gestão da saúde indígena no país, demanda reivindicada pelos próprios indígenas durante as Conferências Nacionais de Saúde Indígena” (PORTAL DA SAÚDE, 2014, *sem paginação*) para coordenar e executar o processo de gestão de saúde indígena no âmbito do SUS, tendo como principais atribuições gerir e executar ações de atenção primária à saúde para os povos indígenas que vivem em terras demarcadas em território nacional, como explicam Varga, Batista e Viana (2013, p. 154):

Em 24 de março de 2010, por meio da Medida Provisória nº 483, o Presidente da República formalizava a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), determinando um prazo de três meses para o detalhamento de sua estrutura e demais providências para torná-la operacional.

Vale enfatizar que, até então, a gestora do subsistema continuava a ser a FUNASA, que atuou efetivamente no campo da saúde indígena até o início de 2011, quando se completou a fase de transição para a transferência de responsabilidades de um órgão para outro (GARNELO; MAQUINÉ, 2013).

De acordo com informações contidas no Portal da Saúde (2014), a missão da SESAI é implementar um novo modelo de gestão descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira e responsabilidade sanitária dos 34 DSEIs, com as seguintes atribuições:

- Desenvolver ações de atenção integral à saúde indígena e educação em saúde, em consonância com as políticas e os programas do SUS e observando as práticas de saúde tradicionais indígenas;
- planejar e coordenar as ações de saneamento e edificações de saúde indígena;

- articular com estados e municípios e ONGs ações de atenção à saúde indígena, respeitando as especificidades culturais e o perfil epidemiológico de cada povo;
- promover o fortalecimento do Controle Social no SASI;

O Portal ainda destaca que a estrutura administrativa da SESAI tem o apoio de três departamentos para a execução dessas atribuições, sendo eles o Departamento de Gestão da Saúde Indígena (DGESI), o Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI) e o Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde (DSESI).

Infelizmente, a implementação de um modelo de atenção à saúde que contemple as especificidades do subsistema, desenvolveram-se de forma lenta, com serviços descontinuados e esporádicos.

No que se refere à formação e capacitação de pessoal para trabalho em contexto intercultural, nunca ocorreram ações efetivas e permanentes, apenas orientação para treinamentos introdutórios (para tratar de temas pertinentes ao trabalho dos novos profissionais que ingressavam na saúde indígena, como interculturalidade e abordagem antropológica), que ocorreram por pouquíssimo tempo (BRASIL, 2010a).

O documento da FUNASA “Vigilância em saúde indígena: dados e indicadores selecionados de 2010” aponta que os treinamentos que eram realizados passaram a não ocorrer, sendo registradas apenas capacitações em temas específicos, geralmente relacionados aos programas de saúde, como vacinação, tuberculose e malária, por exemplo. O documento ainda discute formação de Agentes Indígenas de Saúde, apresentando dados de que até o ano de 2010, de um total de 3.963 agentes apenas 479 receberam a certificação de conclusão dos módulos de formação oferecidos (BRASIL, 2010a).

Como exposto, apesar de ter sido criada para suprir todas essas demandas e carências, a SESAI até o atual momento não tem se mostrado diferente das suas antecessoras (FUNAI e FUNASA) no que tange à gestão dos serviços de saúde para povos indígenas. Muito disso se dá pelos recursos humanos, que têm se mantido sem devida formação e capacitação. Varga, Batista e Viana (2013), enfatizam que houve uma expectativa por parte dos movimentos indígena e indigenista quanto às possíveis melhorias advindas da SESAI, especialmente

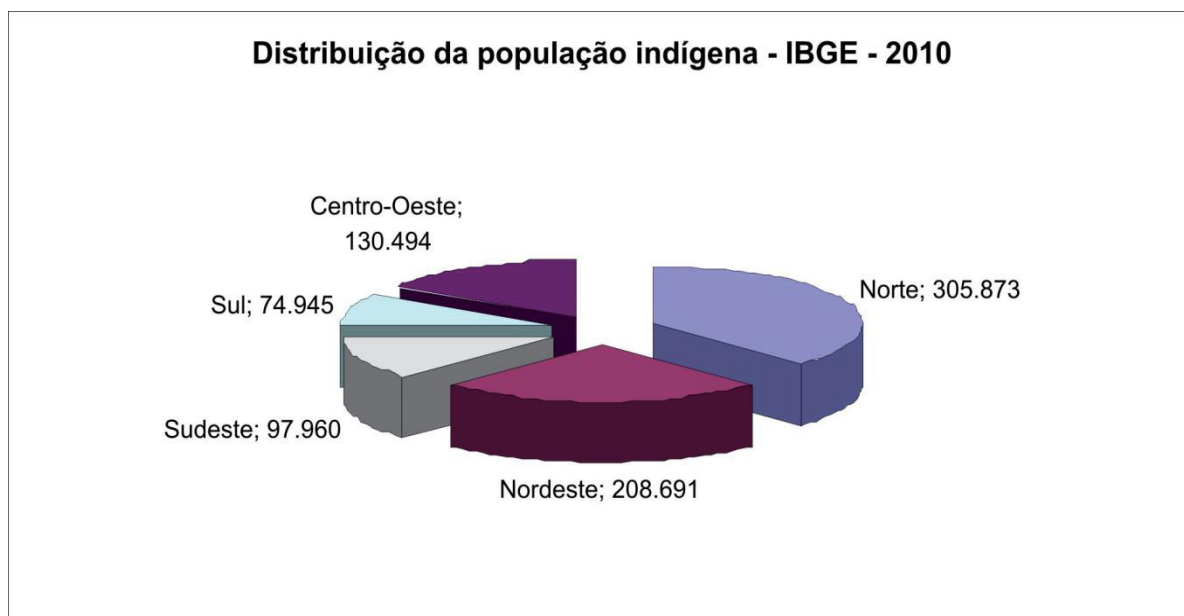
porque se esperava que ela rompesse com antigas práticas, como clientelismo, corporativismo e autoritarismo.

Os autores destacam que o ideal seria uma seleção e capacitação de funcionários feita de forma mais criteriosa e cuidadosa na SESAI, a fim de evitar “vícios” oriundos da cultura organizacional e gerencial da FUNASA, mas, ao contrário disso, o que houve foi justamente a incorporação de todos os funcionários efetivos da fundação “e, com eles, todas as práticas anteriores desta instituição” (VARGA; BATISTA; VIANA, 2013, p. 156).

2.2 O DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DO MARANHÃO

De acordo com o sítio eletrônico da FUNAI (2015), os resultados do censo do IBGE do ano de 2010 apontam para uma parcela de indígenas² bem maior nas regiões Norte e Nordeste, seguida respectivamente das regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, como mostra a Figura 1.

Figura 1: Distribuição da população indígena no Brasil por região

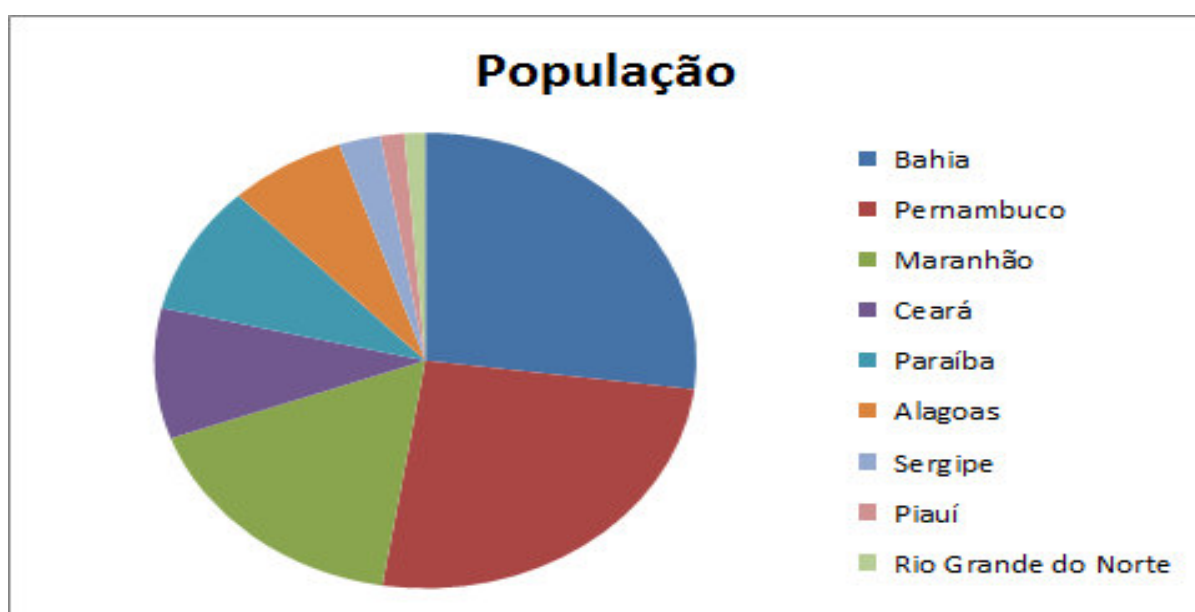


Fonte: <http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/quem-sao>

² Para o IBGE, a população indígena é formada por todos aqueles que assim se autodeclaram e não apenas os chamados “índios aldeados”, ou seja, aqueles que vivem na aldeia.

Dentre os estados da região Nordeste, o Maranhão ocupa o terceiro lugar em população indígena, ficando atrás apenas da Bahia e de Pernambuco, como demonstra a Figura 2. Segundo o Censo 2010, o Maranhão possui uma população de 35.272 pessoas autodeclaradas indígenas, o que corresponde a uma parcela de 0,5% da população total da Unidade Federativa. Os municípios com maior população indígena são Jenipapo das Veiras, Amarante do Maranhão e Grajaú, respectivamente (IBGE, 2012).

Figura 2: Distribuição da população indígena na região Nordeste



Fonte: <http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/quem-sao?start=4#>

Como é possível observar, o Maranhão possui uma população indígena grande, que está distribuída, segundo dados da SESAI (2013), em 16 (dezesesseis) municípios e 328 (trezentas e vinte e oito) aldeias. Segundo dados do SIASI (2013), há 13 (treze) etnias³, a saber, Guajajara (ou Guajajara-Tenetehara); Ka'apor (ou Urubu-Ka'apor); Guajá (ou Awá-Guajá); Krikati; Gavião; Kanela; Kanela Rankokramekrá; Kanela Apaniekrá; Timbira, Guarani; Tembê; Kraho e Xavante. A Figura 3 mostra a população dessas etnias referente ao ano de 2013.

³ O quantitativo de aldeias, municípios e etnias maranhenses costuma variar bastante de acordo com a fonte de pesquisa. Algumas fontes costumam colocar observações que justificam tal disparidade devido ao SIASI não ser devidamente alimentado. Em outros dados da SESAI consta ainda a etnia Kreniê.

Figura 3: População total por etnias do DSEI-MA

Fonte: SIASI / SESAI / MS

Etnia ▲	Métrica	População Total ▼
GUAJAJARA		26.456
KANELA RANKOKRAMEKRA		1.892
KAAPOR		1.457
KRIKATI		979
GAVIÃO		756
KANELA		565
KANELA APANIEKRA		520
GUAJA		382
TIMBIRA		302
GUARANI		11
TEMBÉ		10
KRAHO		1
XAVANTE		1

Fonte: SIASI (2013)

Uma quantidade e diversidade como a do referido estado exige uma atenção especial para o atendimento a esses povos, e no quesito saúde, o Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão (DSEI-MA), é o responsável por efetivar as ações.

O DSEI-MA, como a grande maioria dos DSEIs, foi implantado no ano de 1999. Para Cruz (2007), as primeiras ações de implantação do DSEI-MA aconteceram quando a Equipe de Saúde do Índio (ESAI) ideou um trabalho de informação e divulgação do novo modelo nas aldeias atendidas pelo DSEI-MA. A autora descreve que:

A Coordenação de Saúde do Índio (COSAI) considerou que seria melhor fazer a divulgação através de um seminário, em São Luís, que reuniria as lideranças de todos os povos indígenas, assim como representantes das Administrações Regionais da FUNAI. A ESAI ficou responsável por sua organização (CRUZ, 2007, p. 40).

Varga e Viana (2009) destacam, porém que, o Diretor do Departamento de Operações (DEOPE) da FUNASA, em dezembro de 1998, propôs o estabelecimento de uma parceria com o Mestrado em Saúde e Ambiente (MSA) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), para a elaboração e execução de um projeto de distritalização dos serviços de saúde para os povos indígenas do Maranhão, que contaria com recursos da então Companhia Vale do Rio Doce (CVRD), atualmente denominada de Vale. Os autores enfatizaram que a FUNASA

não cumpriu com o combinado (de que cada instituição elaboraria suas propostas e depois, em uma reunião, todas analisariam e concluiriam uma proposta final e elaborariam em conjunto depois em uma reunião a proposta final), mantendo contato direto apenas com a CVRD, e tendo feito inclusive o envio do projeto para a Companhia. Após reclamação da UFMA, o diretor do DEOPE atribuiu a ação a falhas na comunicação.

No que diz respeito ao seminário, Cruz (2007) comenta que foi denominado de Seminário Regional sobre a Proposta do Ministério da Saúde na Implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, tendo ocorrido no final de março de 1999. No evento, segundo a autora, foi apresentado o modelo de atenção à saúde indígena, proposto pelo Ministério da Saúde, pela antropóloga que estava representando a COSAI. Em outra publicação do ano de 2005, a autora enfatiza que houve um trabalho de divulgação das mudanças que ocorreriam sem, no entanto, discutir com os povos indígenas e organizações questões extremamente relevantes relacionadas à definição e organização do DSEI-MA, o que demonstrou uma postura centralizadora por parte da FUNASA.

Seguindo o mesmo raciocínio, Varga e Viana (2009) destacam que a organização do evento foi centralizada pela Equipe de Saúde do Índio (ESAI) e pelo DEOPE e não foram convidadas as organizações indígenas mais preparadas para cooperar com a questão, a implantação do DSEI-MA.

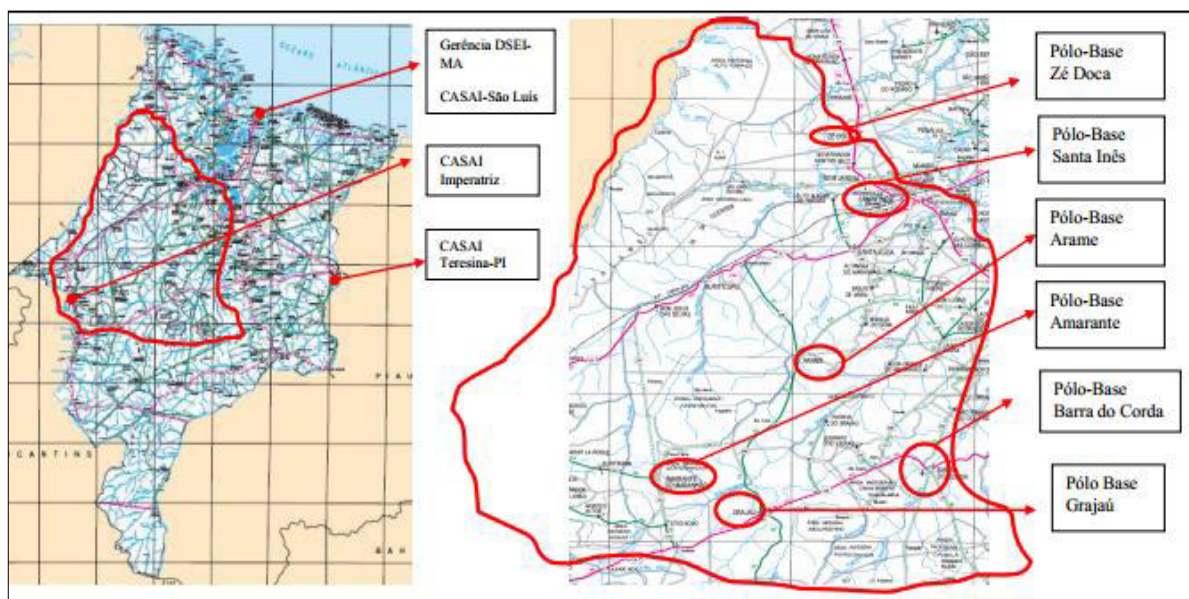
Cruz (2007) comenta ainda que o evento gerou diversos desconfortos: primeiramente porque índios e representantes da FUNAI temiam a extinção do órgão, segundo, porque a apresentação do modelo não obteve êxito, e terceiro, porque a antropóloga representante da COSAI não era brasileira e não se expressava bem em português, o que foi agravado pela falta de tradutores que pudessem explicar, nas diferentes línguas indígenas, o que era exposto. Após a avaliação do evento, foi resolvido que haveria uma discussão maior com os índios nas aldeias, trabalho que, segundo a autora, não foi feito, sendo restringido apenas a informar as mudanças que aconteceriam.

O trabalho de discussão e divulgação sobre o DSEI restringiu-se a abordar aspectos mais operacionais relacionadas a questões específicas de cada aldeia: falta de medicamento, perfurações de poços, contratação de AIS, lotação de auxiliares de enfermagem, etc. Neste sentido, considero que não houve a participação indígena efetiva dos povos indígenas no Maranhão no processo de mudança das ações indigenistas de saúde (CRUZ, 2005, p. 06).

Como o trabalho de divulgação nas aldeias foi insuficiente para esclarecer as dúvidas e inquietações sobre o modelo do DSEI, os índios solicitaram um novo encontro, que foi realizado em São Luís, de 23 a 24 de agosto de 1999, com a presença de lideranças indígenas dos povos que seriam atendidos pelo DSEI-MA, representantes da FUNAI e da ESAI-MA, e a presença do Chefe da COSAI, que conduziu a reunião e reapresentou o modelo e as atribuições da FUNASA, ressaltando que a proposta do DSEI seria discutida e adaptada a cada realidade, mas enfatizando a necessidade da existência de um AIS em cada aldeia. Na ocasião, os índios pretendiam sair da reunião já com algumas definições, como a indicação do chefe do DSEI-MA e a localização de sua sede. Sobre a chefia do DSEI-MA, o chefe da COSAI teria dito na reunião que tal nomeação era uma atribuição do presidente da FUNASA, como de responsabilidade da FUNASA, o que gerou divergências entre os índios, que no final, por votação, escolheram uma enfermeira da ESAI-MA para o cargo (CRUZ, 2007).

Como já explicamos antes neste trabalho, o DSEI e todas suas instâncias devem considerar aspectos geográficos, étnicos e culturais de forma a facilitar o acesso dos índios aos serviços de saúde. Durante a criação do DSEI-MA, na reunião ocorrida no mês de agosto de 1999, ficou definido que a sede do Distrito se daria na capital do Estado, São Luís. A Figura 4 demonstra como está atualmente a organização dos serviços do Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão.

Figura 4: Localização do DSEI-MA e organização de serviços no Maranhão



Fonte: FUNASA (2008).

Pela Figura 4 é possível observar que o DSEI-MA possui seis Polos-Base (na época de sua implantação eram apenas cinco, pois ainda não existia o Polo Santa Inês), localizados nos municípios Amarante (1465 famílias), Arame (1173 famílias), Barra do Corda (2368 famílias), Grajaú (1712 famílias), Santa Inês (367 famílias) e Zé Doca (357 famílias), segundo Ministério da Saúde (2013). O mapa nos apresenta questões que são importantes para análise, como a concentração das comunidades indígenas no centro-oeste do estado (tanto que os Polos-Base estão nessa região), a localização da gerência/sede do Distrito em São Luís (que não possui aldeias) e uma das Casas de Saúde do Índio estar alocada na cidade de Teresina, capital do estado do Piauí (discutiremos este fato no Capítulo 6).

Tomando por base o fato de que a localização das aldeias está distante da cidade de São Luís, qual seria a lógica de se manter a sede⁴ do DSEI-MA na capital do estado? Geograficamente é difícil de justificar, pois a “concentração” de comunidades indígenas está em outra região do Maranhão. Esta é uma questão importante, visto que, para reivindicar direitos, participar de reuniões e da maioria dos eventos relativos à saúde, os representantes indígenas precisam se deslocar do interior para a capital, o que demanda recursos e logística.

Quanto à criação dos Polos-Base, Cruz (2007) comenta que este assunto também não fora discutido com os indígenas quando da implantação do DSEI-MA, tendo sido apenas apresentado de forma centralizadora e verticalizada.

O DSEI-MA foi criado para atender aos povos que vivem em terras indígenas localizadas na área deste estado, sem que houvesse uma discussão com os indígenas. Da mesma forma, foram criados cinco⁵ Polos-Base que passaram a compor o DSEI-MA, sem considerar critérios étnicos, mas tomando como referência aspectos geográficos e burocráticos, ou seja, foram definidos a partir da concentração populacional e considerando a presença de indígenas nas proximidades dos municípios com os quais foram firmados convênios para funcionamento dos Polos-Base (CRUZ, 2005, p. 06).

Varga e Viana (2009) traçam uma série de acontecimentos negativos que fazem parte da história do DSEI-MA, como o mau uso de recursos destinados à saúde (como o incentivo hospitalar da FUNASA para atendimento à população indígena e o recurso “fundo a fundo” do Ministério da Saúde, denominado “Incentivo de Atenção Básica dos Povos Indígenas”, para contratação de equipes

⁴ Atualmente a sede do DSEI-MA fica no prédio da FUNASA em São Luís, Rua Cinco de Janeiro, 166, no bairro Jordoá.

⁵ Na época não existia ainda o Polo-Base de Santa Inês.

multidisciplinares de atenção à saúde indígena) e diversos conflitos decorrentes dessa situação.

Desde 1999, o DSEI-MA vem sendo apontado como um dos mais problemáticos e de pior desempenho no país, o que, em grande medida, explica-se pela transgressão, em sua implantação, de princípios e diretrizes fundamentais para esse processo, definidos pela legislação vigente e pelas Conferências Nacionais de Saúde (cf. VARGA, 2002). Como nos anos anteriores, entre 2003 e 2006, vários funcionários e veículos da FUNASA foram retidos em comunidades indígenas, como forma de protesto contra a má qualidade e a descontinuidade de seus serviços (VARGA; VIANA, 2009, p. 147).

Como se pôde perceber, o Distrito Sanitário Especial do Maranhão (assim como vários outros no Brasil) apresenta, desde sua implantação, problemas que comprometem a qualidade dos serviços de saúde prestados aos povos e comunidades indígenas do estado. Os relatos das fontes pesquisadas evidenciam que o DSEI-MA iniciou suas atividades e foi organizado de forma verticalizada e autoritária, sem participação efetiva dos indígenas em sua organização.

Conflitos e problemas gerenciais (que compreendem desde a falta de capacitação de profissionais até a não alimentação do sistema de informações pertinente) comprometem a saúde de milhares de pessoas que necessitam fazer uso dos postos de Saúde, dos Polos-Base, das CASAs e de todo aparato que deve fazer parte do Distrito.

Denúncias recentes também apontam para problemas gerenciais nas aldeias, como surtos de gripe, vacinações atrasadas e com material fora do prazo de validade, falta de estrutura para atendimento, como ambulâncias e medicamentos e até mesmo o oferecimento de apenas uma refeição por dia para os índios (no Polo-Base de Barra do Corda). Outros problemas também são relatados no sítio eletrônico do Centro de Trabalho Indigenista (2014, *sem paginação*):

A precariedade dos postos de saúde estão (*sic*) para além da infraestrutura. Os medicamentos existentes, nem todos dentro dos prazos de validade, são principalmente analgésicos e antibióticos. Não são fornecidos todos os medicamentos que os técnicos julgam necessários e não há instrumentos cotidianos básicos para suturas, medidas de pressão arterial, soro antiofídico, etc. E, não há qualquer diálogo entre o sistema de atendimento à saúde do órgão oficial responsável e o sistema de medicina tradicional dos Apaniekrá e Ramkokamekrá⁶, o que cria conflitos em relação aos tratamentos.

Recentemente, no primeiro semestre do ano de 2014, a chefia do DSEI-MA foi modificada, entrando um profissional de enfermagem do estado de Minas

⁶ Apaniekrá e Ramkokamekrá são etnias pertencentes ao grupo Kanela.

Gerais, com experiência em saúde indígena. Porém, mais do que mudar a chefia do órgão é necessário que velhas práticas, e especialmente a cultura organizacional, sejam modificadas, pois, o que se observa é a reprodução de um método de trabalho desde a época da FUNAI. Espera-se que haja uma mudança real no DSEI-MA, com conseqüente melhoria das condições de atendimento aos indígenas, em todo o Distrito.

3 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

A operacionalização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é regida pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas que, por sua vez, integra a Política Nacional de Saúde. Tais dispositivos legais garantem o direito das populações culturalmente distintas a um atendimento diferenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), capaz de respeitar suas especificidades culturais (GARNELO; MAQUINÉ, 2013).

Salientamos que a PNASPI tem por objetivo trabalhar com uma rede de serviços complexa nas terras indígenas para suprir e superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do SUS para essa população específica, que, mesmo já possuindo os direitos de cidadãos garantidos pela Constituição Federal, necessitam de uma política que vá ao encontro de suas particularidades.

Legalmente, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Sua elaboração se deu através da participação de representantes dos órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e pela política e ação indigenista do governo, bem como de organizações da sociedade civil com trajetória reconhecida no campo da atenção e da formação de recursos humanos para a saúde dos povos indígenas.

A elaboração da política contou também com a participação de representante das organizações indígenas, “com experiência de execução de projetos no campo da atenção à saúde junto a seu povo” para garantir participação indígena em todas as etapas de formulação, implantação, avaliação e aperfeiçoamento da PNASPI, favorecendo, assim, o controle social (BRASIL, 2002, p.06).

Na publicação da política consta que seu propósito é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, respeitando fatores como a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política com o intuito de promover a superação dos problemas e circunstâncias que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura. Para tanto, a PNASPI estabelece:

[...] são estabelecidas as seguintes diretrizes, que devem orientar a definição de instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas:

- organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;
- preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;
- monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
- articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
- promoção de ações específicas em situações especiais;
- promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
- promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
- controle social (BRASIL, 2002, p.15).

Cada uma dessas diretrizes é detalhada na política, sendo que daremos mais destaque na análise da primeira diretriz, devido ao objeto da pesquisa, a Casa de Saúde do Índio (CASAI) estar inserido na mesma.

Anteriormente já tratamos do conceito de DSEI, que é um modelo para organização de serviços de saúde, com valorização das questões etnoculturais inerentes aos índios. A PNASPI estabelece que a definição e organização dos DSEIs deverão ser feitas mediante debates e discussões com as secretarias municipais e estaduais de saúde, assim como com lideranças e organizações indígenas, com o órgão indigenista oficial, com antropólogos, universidades e instituições governamentais e não governamentais ligadas às causas e serviços prestados às comunidades indígenas. Uma equipe multidisciplinar de saúde deve compor cada distrito, sendo que os detalhes para sua composição, como número de membros e direcionamento para onde cada profissional irá seguirá diretrizes específicas:

As equipes de saúde dos distritos deverão ser compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, contando com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitários e outros especialistas e técnicos considerados necessários.

O número, qualificação e perfil dos profissionais das equipes serão estabelecidos de acordo com o planejamento detalhado de atividades, considerando: o número de habitantes, a dispersão populacional, as condições de acesso, o perfil epidemiológico, as necessidades específicas para o controle das principais endemias e o Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde a ser definido conforme a diretriz específica desta política.

Nas aldeias, a atenção básica será realizada por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde, nos postos de saúde, e pelas equipes multidisciplinares periodicamente, conforme planejamento das suas ações. (BRASIL, 2002, p. 16).

Os Postos de Saúde são unidades básicas, geralmente com estrutura simplificada, construídas de acordo com as necessidades de cada região. Essas

unidades representam “a porta de entrada na rede hierarquizada de serviços de saúde, e possuem infraestrutura física necessária para o desenvolvimento das atividades dos profissionais da área de saúde” (BRASIL, 2009, p.34).

De acordo com Brasil (2009) os Postos de Saúde deverão realizar atividades de atenção básica à saúde, como, por exemplo, imunização, acompanhamento de crianças e gestantes, e atendimento a casos de doenças mais frequentes, como infecção respiratória aguda, diarreia e malária. Devem ainda oferecer acompanhamento de pacientes crônicos e de tratamentos de longa duração e desenvolver ações de primeiros socorros, de promoção à saúde e prevenção de doenças de maior prevalência.

Também se destacam entre as atribuições dos Postos de Saúde o oferecimento de oficinas de educação sanitária e atividades de apoio aos Agentes Indígenas de Saúde (AIS)⁷. Ressaltamos ainda que os postos devem funcionar como apoio estratégico aos Polos-Base, que são uma outra instância de atendimento dentro do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e do Distrito Sanitário Especial Indígena. Ressalta-se ainda a existência do Posto de Saúde Tipo I e Tipo II, sendo que a diferença entre cada um está relacionada ao profissional que desenvolve as atividades: no Tipo I existe a atuação dos AIS e no Tipo II a atuação de um técnico de enfermagem.

Os Polos-Base são, segundo a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, a primeira referência para os Agentes Indígenas de Saúde e para as Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena que atuam nas comunidades, sendo que a maioria dos agravos deverá ser resolvida nesse nível.

Cada polo cobre um conjunto de aldeias e, de acordo com o Portal da Saúde (2014a), no Brasil estão distribuídos entre os 34 Distritos Sanitários, 351 Polos-Base. O sítio eletrônico também chama a atenção para a existência de dois tipos de polo (Tipo I e o Tipo II), classificados de acordo com a complexidade de ações de saúde que executam e com a localidade na qual estão inseridos (se na própria comunidade indígena ou em município de referência), como mostra o Quadro 1.

⁷ Os Agentes Indígenas de Saúde são integrantes das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). São profissionais responsáveis pelas ações de atenção desenvolvidas nas aldeias, como acompanhar, seja no posto ou em visitas, o desenvolvimento de crianças e de gestantes, fazer o atendimento aos casos de doenças mais frequentes, prestar primeiros socorros e acompanhar e supervisionar tratamentos de longa duração (BRASIL, 2009).

Quadro 1: Tipos de Polos-Base

TIPO DE POLO-BASE	ATIVIDADES
<p>Polo-Base Tipo I: Caracteriza-se por sua localização em terras indígenas.</p>	<p>Realiza as atividades previstas para o Posto de Saúde Tipo II e também:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) capacitação, reciclagem e supervisão dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e auxiliares de enfermagem; b) coleta de material para exame; c) esterilização; d) imunizações (quando se tratar de atividades de rotina); e) coleta e análise sistêmica de dados; f) investigação epidemiológica; g) informações de doenças; h) prevenção de câncer ginecológico (exame/coleta/consulta); e i) outras atividades compatíveis com o estabelecimento.
<p>Polo-Base Tipo II: Localiza-se no município de referência. A sua estrutura física é de apoio técnico e administrativo à Equipe Multidisciplinar, não devendo executar atividades de assistência à saúde. Estas atividades assistenciais serão realizadas em um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de referência.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) armazenamento de medicamentos; b) armazenamento de material de deslocamento para outras áreas indígenas; c) comunicação via rádio; d) investigação epidemiológica; e) informações de doenças; f) elaboração de relatórios de campo e sistema de informação; g) coleta, análise e sistematização de dados; h) planejamento das ações das equipes multidisciplinares na área de abrangência; i) organização do processo de vacinação na área de abrangência; e j) administração.

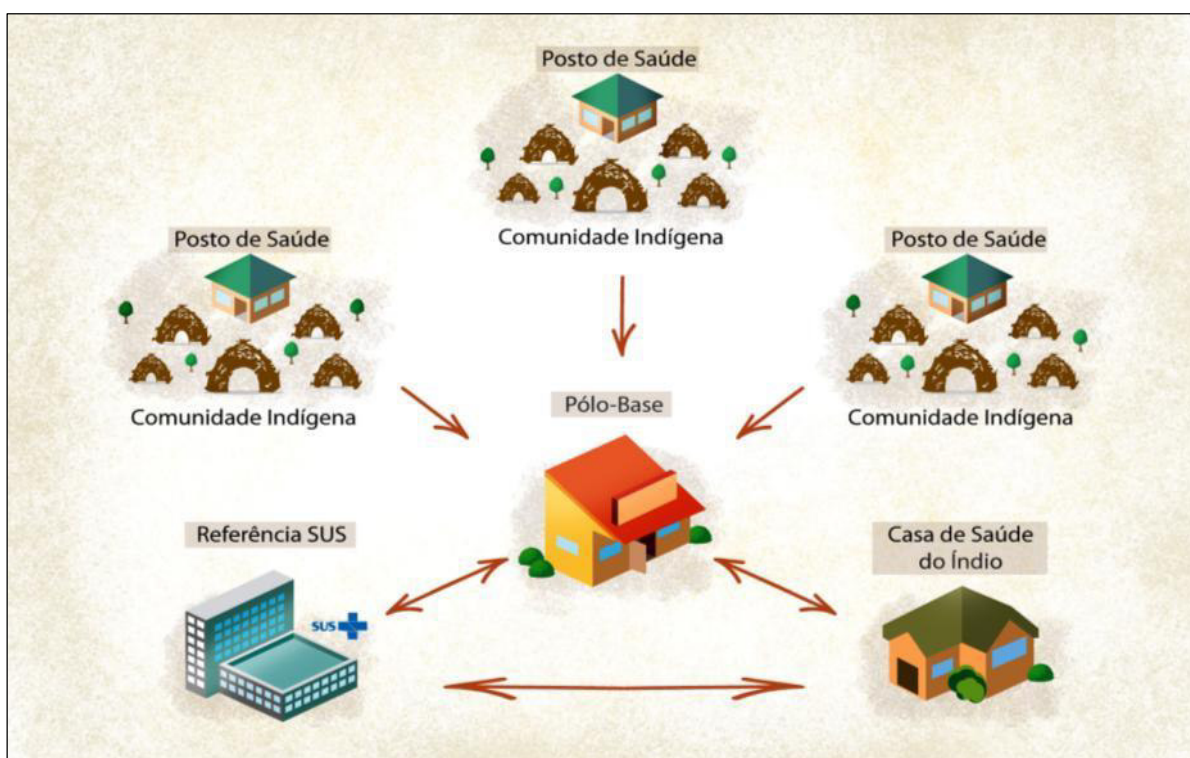
Fonte: Elaborado pela autora com base em Portal da Saúde (2014a).

Como se vê, os polos podem estar localizados na comunidade indígena, correspondendo a uma Unidade Básica de Saúde (Polo Tipo I) ou mesmo em um município de referência, constituindo uma estrutura de apoio técnico e administrativo à equipe multidisciplinar, mas não de assistência (Polo Tipo II), sendo que, no caso de estarem locados no município de referência, corresponderão a uma unidade básica de saúde do SUS que já exista na rede de serviços do local.

Os casos de saúde que não forem solucionados nos Polos-Base devido ao grau de complexidade deverão ser referenciados para a rede de serviços tradicional do SUS, obviamente de acordo com a cobertura e realidade de cada DSEI. O documento da PNASPI ressalta que essa rede já estará definida de acordo com a localização geográfica do DSEI e que será estimulada a atender os indígenas de forma específica, com oferta de serviços diferenciados, como intérprete, acompanhamento de parentes, visitas de terapeutas tradicionais, instalação de redes para deitar etc.

Para aqueles que forem encaminhados a outro município para tratamento, serão oferecidos serviços de apoio e alojamento (entre outros serviços) nas Casas de Saúde do Índio (CASAs), sobre as quais discorreremos mais adiante. A Figura 5 exemplifica o modelo assistencial proposto.

Figura 5: Organização do DSEI e Modelo Assistencial



Fonte: Brasil (2009).

A figura indica como deve funcionar o modelo assistencial e a organização dos DSEIS, sendo que cada aldeia ou comunidade indígena possui um posto de saúde para os primeiros atendimentos e um Polo-Base para a primeira referência. Os casos que não forem solucionados no polo deverão ser

encaminhados para a próxima instância, a saber, uma unidade de referência do SUS mais próxima. Caso essa unidade exija deslocamento da aldeia para outro município, a Casa de Saúde do Índio será o local para alojamento e intermediações entre o indígena e a rede SUS.

Além da diretriz da PNASPI que trata da “Organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de DSEIS e Polos-Base”, também é importante comentar as demais para melhor entendimento da proposta da Política.

Quanto à diretriz de “Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural”, o documento de 2002 afirma que o programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde é parte do processo de construção dos DSEIs, devendo ser desenvolvido de forma continuada, sob a responsabilidade de Instrutores/Supervisores devidamente capacitados, com a colaboração de outros profissionais de serviço de saúde e das lideranças e organizações indígenas. O texto da Política afirma ainda que a metodologia de formação desses profissionais será participativa, propícia ao diálogo intercultural.

No que diz respeito ao “Monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas”, a Política afirma que será feito mediante um sistema de informações. Esse instrumento serviria como meio de identificar informações importantes, como indicadores de saúde e organização dos DSEIs. O documento indica que as equipes técnicas seriam responsáveis por “alimentar” o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), que tem ainda a função de facilitar o acompanhamento e avaliação da PNASPI, permitindo utilização dos dados para produção antropológica com a participação de antropólogos especialistas, o que seria bastante positivo do ponto de vista da divulgação dessas informações.

Os aspectos a serem acompanhados e avaliados incluirão a estrutura, o processo e os resultados da atenção à saúde dos povos indígenas. O SIASI deverá subsidiar os órgãos gestores e de controle social quanto à indispensável compatibilidade entre o diagnóstico situacional dos problemas de saúde identificados e as prioridades estabelecidas nos níveis técnico, social e político, visando à coerência entre ações planejadas e efetivamente executadas (BRASIL, 2002, p. 17).

Certamente a existência de um sistema como o SIASI é fundamental para que a população tome ciência das informações referentes à saúde indígena. Porém, quase treze anos depois da publicação da PNASPI, ainda não há uma alimentação correta desse instrumento, o que dificulta o acesso, o acompanhamento e a análise dos dados relativos ao que acontece de fato nos DSEIs do Brasil.

De acordo com Sousa, Scatena e Santos (2007), inicialmente o SIASI foi idealizado para funcionamento *on-line*, sendo que haveria transmissão instantânea dos dados para a sede do sistema a partir das informações lançadas dos Polos-Base, porém, muitos foram, desde o início, os problemas de estrutura enfrentados, pois o mau funcionamento dos equipamentos (ou até mesmo sua inexistência) e a precariedade da rede de *internet* se configuraram como aspectos dificultadores.

A diretriz seguinte da PNASPI se refere à “Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde”, reconhecendo em sua redação a diversidade de sistemas de interpretação, prevenção e tratamento de doenças de acordo com cada sociedade.

Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde.

Portanto, a melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência para eles de conhecimentos e tecnologias da biomedicina, considerando-os como receptores passivos, despossuídos de saberes e práticas ligadas ao processo saúde-doença (BRASIL, 2002, p. 17).

Nesse sentido, a PNASPI afirma que o princípio que norteia todas as diretrizes está relacionado a esta diretriz em específico, pois a essência da Política é o respeito aos valores e práticas inerentes ao processo saúde-doença existentes em cada sociedade indígena, com o propósito de estimular a conexão entre esses conhecimentos e o sistema oficial de saúde.

Porém, para Ferreira (2007), a PNASPI é bastante econômica no que se refere ao desenvolvimento da medicina tradicional indígena, pois sugere apenas a articulação da medicina tradicional ao sistema oficial, o SUS, quando a proposta deveria ser integrar esse conhecimento tradicional. Segundo a autora, há uma descontextualização dos conhecimentos, das práticas tradicionais e seus praticantes, o que desafia a construção de programas governamentais que verdadeiramente entendam essas tradições como cuidados que podem ser benéficos para as populações que fazem seu uso.

Para que possamos criar políticas adequadas sobre as medicinas tradicionais indígenas é preciso superar a noção reducionista que transforma as etnomedicinas em traços culturais, produtos de mercado ou especialistas desvinculados de seus contextos comunitários. É preciso compreendê-las como sistemas associados a outros princípios

socioculturais estruturantes da organização das sociedades indígena, dentre os quais podemos apontar: a corporalidade, a pessoa, o gênero, o parentesco e a cosmologia. Assim como, aos interesses ideológicos dos diferentes agentes que compõem a zona de contato médico e que, através de suas relações, contribuem para promover as mudanças culturais (FERREIRA, 2007, p. 170).

Outra diretriz da PNASPI diz respeito à “Promoção do uso adequado e racional de medicamentos”, e também faz menção às práticas tradicionais, no que tange ao uso de plantas medicinais e outros produtos da farmacopeia indígena, que, segundo a Política, deve ser valorizado e incentivado. A diretriz destaca ainda que as ações que abarcam a assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena, seja direta ou indiretamente, devem partir das necessidades e da realidade epidemiológica de cada DSEI. Essas ações são seleção, programação, aquisição, acondicionamento, estoque, distribuição, controle e vigilância (dispensação e prescrição) (BRASIL, 2002).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, ainda apresenta pressupostos para orientar os gestores com base também na Política Nacional de Medicamentos. Esses pressupostos contemplam desde a descentralização da assistência farmacêutica nos DSEIs, passando por ações educativas no sentido de garantir que o paciente condescenda com o tratamento e evite a automedicação até à autonomia dos povos indígenas quanto à realização ou autorização de levantamentos e divulgação de sua farmacopeia tradicional.

Há ainda a diretriz relativa à “Promoção de ações específicas em situações especiais”, que considera ações para casos caracterizados por risco iminente, especificidade, impactos econômico e social, vulnerabilidade derivada do tipo de contato, exposição a certos agravos e desastres ambientais. Essas ações, segundo a PNASPI, devem contemplar os seguintes itens:

- 1 - prevenção e controle de agravos à saúde em povos com pouco contato ou isolados, com estabelecimento de normas técnicas específicas e ações de saúde especiais que diminuam o impacto causado à saúde no momento do contato e pelos desdobramentos posteriores. Deverão ser contemplados: a preparação e capacitação de equipes de saúde para situações especiais, quarentena pré e pós-contato, imunização da população, estruturação de sistema de vigilância e monitoramento demográfico;
- 2 - prevenção e controle de agravos à saúde indígena nas regiões de fronteira, em articulação com as instituições nacionais, e cooperação técnica com os países vizinhos;
- 3 - exigência de estudos específicos de impactos na saúde e suas repercussões no campo social, relativos a populações indígenas em áreas sob influência de grandes projetos de desenvolvimento econômico e social (tais como a construção de barragens, estradas, empreendimentos de exploração mineral, etc.), com implementação de ações de prevenção e controle de agravos;

4 - acompanhamento, monitoramento e desenvolvimento de ações que venham coibir agravos de violência (suicídios, agressões e homicídios, alcoolismo) em decorrência da precariedade das condições de vida e da expropriação e intrusão das terras indígenas;

5 - prevenção e assistência em doenças sexualmente transmissíveis e aids, priorizando a capacitação de multiplicadores, dos agentes indígenas de saúde e de pessoal técnico especializado para atuar junto aos portadores destas doenças;

6 - combate à fome e à desnutrição e implantação do Programa de Segurança Alimentar para os povos indígenas, incentivando a agricultura de subsistência e a utilização de tecnologias apropriadas para beneficiamento de produtos de origem extrativa, mobilizando esforços institucionais no sentido de garantir assessoria técnica e insumos para o aproveitamento sustentável dos recursos;

7 - desenvolvimento de projetos habitacionais adequados e reflorestamento com espécies utilizadas tradicionalmente na construção de moradias (BRASIL, 2002, p. 19).

Como se vê, diversas ações estão previstas na referida diretriz, o que aponta para a necessidade de esforços intersetoriais que colaborem na execução de cada ação.

Outra importante diretriz foi estabelecida, que trata da “Promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas”. No lançamento da PNASPI, em 2002, a Resolução nº 196/96 (regulamentadora de pesquisas feitas com seres humanos), do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Resolução nº 304/2000 (pesquisas feitas com povos indígenas) regulamentavam essa questão (BRASIL, 2002). Recentemente, a Resolução nº 196/96 foi revogada por uma nova, a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Quanto à “Promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena”, a diretriz afirma a importância do equilíbrio das condições ambientais para a garantia da saúde das comunidades indígenas.

As prioridades ambientais para uma política de atenção à saúde dos povos indígenas devem contemplar a preservação das fontes de água limpa, construção de poços ou captação à distância nas comunidades que não dispõem de água potável; a construção de sistema de esgotamento sanitário e destinação final do lixo nas comunidades mais populosas; a reposição de espécies utilizadas pela medicina tradicional; e o controle de poluição de nascentes e cursos d’água situados acima das terras indígenas (BRASIL, 2002, p. 20).

Dessa forma, a diretriz também prevê ações de saneamento básico, a serem desenvolvidas pelos DSEIs para garantir às comunidades indígenas água de boa qualidade, destino adequado dos dejetos e lixo e controle de insetos e roedores.

A última diretriz contida na PNASPI trata de tema bastante pertinente, que é o “Controle social”. A Política afirma que a participação indígena deverá ocorrer em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos DSEIs,

contemplando expressões formais e informais, sendo que essa participação de dará por meio das Conferências Nacionais de Saúde Indígena e Fóruns Nacionais sobre a Política de Saúde Indígena, bem como pela constituição de Conselhos Locais e Distritais para este fim. Segundo Brasil (2002), os Conselhos Locais de Saúde serão compostos pelos representantes (lideranças tradicionais, professores indígenas, AIS, especialistas tradicionais, parteiras etc.) das comunidades indígenas da área de abrangência dos Polos-Base, sendo que a escolha dos componentes será feita pelas comunidades daquela região, tendo sua indicação formalizada pelo chefe do DSEI. Quanto aos Conselhos Distritais de Saúde, explica-se:

Cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) tem um Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi) responsável por fiscalizar, debater e apresentar políticas para o fortalecimento da saúde em suas regiões. Os Conselhos Distritais de Saúde Indígena, órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, são instituídos no âmbito de cada DSEI e entre suas atribuições estão:

I – participar na elaboração e aprovação do Plano Distrital de Saúde Indígena, bem como acompanhar e avaliar a sua execução;
II - avaliar a execução das ações de atenção integral à saúde indígena; e
III – apreciar e emitir parecer sobre a prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e dos serviços de atenção à saúde indígena.

O Condisi é composto por:

I - 50% de representantes dos usuários, eleitos pelas respectivas comunidades indígenas da área de abrangência de cada Distrito Sanitário Especial Indígena;

II - 25% de representantes dos trabalhadores que atuam na atenção à saúde indígena no respectivo Distrito Sanitário Especial Indígena e em órgãos do SUS que executam ações de apoio complementar na atenção à saúde indígena das comunidades indígenas adscritas ao respectivo DSEI, todos eleitos pelos trabalhadores; e

III - 25% de representantes dos governos municipais, estaduais, distrital, federal e prestadores de serviços na área de saúde indígena, conforme o caso, nos limites de abrangência de cada Distrito Sanitário Especial Indígena, todos indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos que representam (PORTAL DA SAÚDE, 2014a, *sem paginação*).

Ainda de acordo com o Portal da Saúde (2014a), os conselhos de saúde indígena estão organizados em: a) Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI), que é permanente, consultivo composto somente por indígenas; b) Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi), que é permanente, paritário e deliberativo; c) Fórum de Presidentes dos Condisi (FPCondisi), que é permanente e consultivo. Ressalta-se que estes conselhos são integrados ao SASI.

Para Bravo e Souza (2002), os conselhos de saúde são um grande desafio, em múltiplas dimensões, para a sociedade civil e para o Estado no que se refere ao reconhecimento dos diferentes interesses em disputa, à capacidade de negociação sem a perda da autonomia, à construção do interesse público e à

participação na formulação de políticas públicas. Para Ferreira (2012) a participação social dos povos indígenas traz ainda uma discussão importante, relativa à diversidade cultural, assunto que, segundo a autora é bastante delicado, podendo causar tensões nas relações que se estabelecem nos conselhos de saúde.

[...] o controle social deve ser entendido como uma forma de atividade política exercida pelas organizações indígenas em busca da obtenção, junto às instituições gestoras das políticas sanitárias, de espaços de poder a serem utilizados não apenas nas lutas pelo direito à saúde, mas também no contexto geral das relações interétnicas (GARNELO; SAMPAIO, 2003, p. 312).

Segundo a PNASPI, o Controle Social, no âmbito nacional, será exercido pelo Conselho Nacional de Saúde, assessorado pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena. A Política também estabeleceu que as Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas deverão fazer parte das Conferências Nacionais de Saúde, ocorrendo com a mesma periodicidade (o que não vem acontecendo).

Como exposto, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas abrange muitas questões pertinentes. Justamente por esse fato, se configura também como um desafio para os serviços oficiais de saúde. De acordo com Langdon (2013), se por um lado a PNASPI reconhece a necessidade de se considerar as especificidades de cada povo indígena, por outro lado sua implantação enfrenta a dificuldade provocada pelo desconhecimento sobre como realizar a articulação entre os serviços oficiais de saúde e os saberes e práticas indígenas. O autor afirma que, mesmo com as diretrizes propostas pela PNASPI (como preparo de recursos humanos e articulação entre práticas tradicionais e serviços oficiais de saúde), a maior parte dos profissionais que atuam na área não sabe como é possível ofertar a atenção de forma diferenciada aos indígenas. Além disso, as mudanças na gestão do SASI também se configuram como um problema na linearidade das ações de saúde para os povos indígenas, que já foi responsabilidade da FUNAI, bem como da FUNASA e hoje está sob a coordenação da SESAI.

Também é possível destacar como um problema o ingresso de profissionais através de contratos temporários, algo que foi identificado inclusive durante a pesquisa de campo deste trabalho. Este é um fator dificultador porque o profissional que muitas vezes entra sem capacitação e é obrigado a conhecer a realidade já atuando, não terá tempo para se capacitar na área, exercendo um

trabalho mediano. Além disso, o fato de saber que seu período de trabalho será curto pode influenciar no interesse em buscar os conhecimentos necessários.

3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A CASA DE SAÚDE DO ÍNDIO

O objeto deste trabalho é a Casa de Saúde do Índio da capital maranhense, São Luís. Portanto, faz-se necessário primeiramente discorrer sobre o que vem a ser uma CASAI, um subtipo de estabelecimento de saúde indígena, parte do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, identificando suas particularidades, serviços e dinâmica de funcionamento.

As CASAIs fazem parte do modelo de organização de serviços de saúde baseado em DSEIs e estão localizadas em diversos municípios brasileiros, onde se encontram as referências do SUS, facilitando o acesso de saúde de média e alta complexidade, permitindo o traslado do paciente indígena até a unidade de referência (GANIOLE et al., 2011). De acordo com Brasil (2009, p. 35):

[nas Casas de Saúde do Índio] são executados os serviços de apoio aos pacientes indígenas encaminhados à rede do Sistema Único de Saúde (SUS). As CASAIs foram instaladas e multiplicadas a partir da readequação das antigas Casas do Índio.

Em 1999, essas unidades tiveram suas atribuições transferidas da Funai para a Funasa que, além de incorporar à sua missão a atenção integral à saúde dos índios, alterou o nome para Casa de Apoio à Saúde do Índio⁸ (CASAI) e incluiu, também, novas funções.

Ainda de acordo com a publicação “Lei Arouca: a FUNASA nos 10 anos de saúde indígena” (BRASIL, 2009) e com a Política Nacional de Atenção à Saúde de Povos Indígenas (BRASIL, 2002), as Casas de Saúde deverão estar em condições de:

- receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes;
- prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia;
- marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar; providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso.

⁸ Também podem ser chamadas de Casa de Saúde do Índio, nome utilizado nesta pesquisa, ou Casa de Saúde Indígena.

- promover atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e demais atividades para os acompanhantes e mesmo para os pacientes em condições para o exercício dessas atividades.

De acordo com a Portaria nº. 840, de 15 de agosto de 2007 (estabelece as diretrizes para projetos físicos de estabelecimentos de saúde para povos indígenas), ainda são de competência da CASAI outras atividades, que optamos por dividir em quatro tipos: Hospitalidade e Serviços de Apoio; Assistência; Lazer e Educação e Administração (vide Quadro 2) para melhor compreensão, ainda que algumas atividades possam se encaixar em mais de um tipo, como se apresenta:

Quadro 2: Atividades a serem desenvolvidas pelas CASAI

HOSPITALIDADE E SERVIÇOS DE APOIO	Recepção aos pacientes encaminhados e aos seus acompanhantes; Acolhimento multiprofissional; Alojamento dos pacientes; Alimentação de pacientes e seus acompanhantes; Alimentação de funcionários; Repouso dos profissionais plantonistas; Repouso de pacientes e acompanhantes; Lavagem de roupas de seus acompanhantes; Lavagem de roupa de cama e outros tecidos de uso da CASAI; Ações de manutenção e limpeza do estabelecimento de saúde; Alojamento para acompanhantes; Transporte de usuários referenciados; Embarque e desembarque de pacientes; Oferta de serviço de segurança e de bombeiro civil.
ASSISTÊNCIA	Assistência de enfermagem 24 horas; Ações de assistência social; Ações de atenção psicossocial; Ações de vigilância alimentar e nutricional; Ações coletivas de saúde bucal; Coleta de material para exames complementares de diagnóstico; Desenvolvimento de práticas indígenas de cuidado; Ações de vigilância em saúde; Desinfecção e esterilização de materiais.
LAZER E EDUCAÇÃO	Ações de incentivo ao lazer e à produção artesanal para pacientes e acompanhantes; Ações de educação em saúde e educação ambiental; Ações de educação permanente.
ADMINISTRAÇÃO	Comunicação com a rede de referência de média e alta complexidade; Comunicação entre comunidades e estabelecimentos de saúde; Marcação e acompanhamento dos pacientes para consultas, exames e internações; Armazenagem e dispensação de medicamentos; Armazenamento e controle de material de consumo; Planejamento, monitoramento, avaliação e registro das ações administrativas e de saúde; Arquivo de prontuários de pacientes; Alimentação dos sistemas de informação; Realização de reuniões; Repouso dos profissionais plantonistas.

Fonte: Elaborado com base na Portaria nº 840/2007.

A portaria destaca que para cada uma das atividades apresentadas no quadro acima deve haver um ambiente adequado para sua execução, o que

incentiva a prestação de serviços com qualidade, que respeitem questões importantes, como a hospitalidade e a humanização, essenciais para os trabalhadores e para os usuários (pacientes e acompanhantes).

De acordo com o Artigo 613 da Portaria 3.965 do MS, de 14 de dezembro de 2010, que aprova os regimentos internos dos órgãos do Ministério da Saúde, à Casa de Saúde do Índio compete:

- I - promover o acolhimento do paciente indígena e de seus acompanhantes e fomentar a humanização do cuidado à saúde;
- II - promover a recepção, o alojamento, e a alimentação aos pacientes indígenas e seus acompanhantes, respeitando as especificidades culturais;
- III - prestar atendimento de enfermagem e a assistência farmacêutica aos pacientes indígenas;
- IV - promover terapias ocupacionais para os pacientes indígenas e acompanhantes;
- V - promover a articulação da rede de referência de ações de assistência social, bem como acompanhar o agendamento e a realização de consultas, exames e internações dos pacientes indígenas;
- VI - promover apoio logístico aos serviços de referência e acompanhamento de pacientes indígenas e de seus acompanhantes, quando necessário, e no retorno aos locais de residência;
- VII - fazer contrarreferência com as Divisões de Atenção à Saúde Indígena dos DSEIs;
- VIII - registrar as ações realizadas e manter atualizados os arquivos de informações dos usuários; e
- IX - orientar, monitorar e avaliar a execução de atividades de apoio administrativo, limpeza, manutenção, vigilância, transporte, administração de material, patrimônio, obras e comunicação da CASAI (BRASIL, 2010a, *sem paginação*).

Como é possível observar nas atribuições contidas na Portaria 3.965/2010, um aspecto importante da atuação das Casas de Saúde do Índio⁹ é que estas devem oferecer hospedagem, alimentação e transporte, mas também prestam cuidados assistenciais de saúde aos indígenas.

Ainda segundo a mesma Portaria, em seu Artigo 635, compete às Casas de Saúde Indígena o oferecimento dos seguintes serviços: prestar assistência farmacêutica, incluindo a programação, armazenamento e dispensação de medicamentos, com foco no uso racional de medicamentos; apoiar o DSEI na articulação da rede de referência de ações de Assistência Social, bem como acompanhar o agendamento e a realização de consultas, exames e internações; registrar as ações realizadas e manter atualizados os arquivos de informações dos usuários; e desenvolver atividades de administração e gestão de recursos humanos da CASAI.

⁹ Segundo dados da SESAI (2013) existem 75 Casas de Saúde do Índio divididas entre os 34 DSEIs no Brasil.

Tais atribuições exigem um quadro de profissionais especializados, como assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, administradores e técnicos administrativos, nutricionistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem, motoristas, seguranças, tradutores e farmacêuticos, que obviamente devem trabalhar de forma integrada e obedecendo às Leis e Portarias, considerando ainda as questões subjetivas que envolvem os indígenas, como o contexto intercultural (que pode ser bastante diversificado dependendo da etnia).

Embora denominadas Casas de Saúde Indígena, essas estruturas não executam ações médico-assistenciais. São locais de recepção e apoio ao índio, que vem referenciado da aldeia/Polo-Base. Elas têm como função agendar os serviços especializados requeridos, continuar o tratamento após alta hospitalar até que o índio tenha condições de voltar para a aldeia, dar suporte a exames e tratamento especializados, fazer serviço de tradução para os que não falam Português e viabilizar seu retorno à aldeia, em articulação contínua com o DSEI. Tais casas eram utilizadas de forma desvirtuada, como simples hospedagem, não se limitando ao atendimento à saúde, quando a FUNAI era responsável pela sua administração (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2008, p. 33).

Ressaltamos que, mesmo não se configurando como uma instituição hospitalar (que realiza procedimentos de média e alta complexidade, como cirurgias e exames mais específicos), as CASAIs oferecem assistência de enfermagem e farmácia e realizam pequenos procedimentos, o que lhes confere certo grau de complexidade gerencial.

No âmbito da gestão em saúde e da hotelaria hospitalar, os serviços de apoio¹⁰ são aqueles que dão o suporte para que os serviços específicos¹¹ possam funcionar e para que os pacientes recebam um atendimento de qualidade (BOEGER, 2005). Nesse sentido, em se tratando da CASAI, sua gestão se dá principalmente no que tange aos serviços de apoio, como se pode perceber pela descrição de suas atribuições, ainda que serviços básicos de saúde sejam prestados.

Ao pensarmos nas competências das CASAIs entendemos que toda sua estrutura deve estar adequada para receber os trabalhadores e pacientes. Dessa forma, é necessário dar atenção especial para a capacitação dos profissionais que

¹⁰ Em gestão e hotelaria hospitalar, serviços de apoio são aqueles que se referem à infraestrutura da instituição de saúde, como gerenciamento de leitos (alojamentos), higiene e limpeza, gestão de resíduos, segurança, alimentação, projetos de lazer e educação, gerenciamento de enxoval, entre outros.

¹¹ Serviços específicos de saúde são aqueles diretamente relacionados ao cuidado e assistência à saúde dos pacientes, como consultas, exames, cirurgias e demais procedimentos.

atuam nesses locais para que estejam prontos para lidar com particularidades dos indígenas, além do cuidado especial com o ambiente físico (projeto arquitetônico).

Segundo a Portaria nº 840, de 15 de agosto de 2007, o ambiente das CASAs deve prever quesitos que facilitem o serviço no cotidiano da estrutura, como uma área externa para embarque e desembarque de veículos de remoção e salas de apoio técnico que devem possuir um acesso restrito, evitando um fluxo de pacientes nas áreas próximas. Também está prevista, em caso de necessidade da unidade, a construção de uma sala para equipamento de geração de energia elétrica e sala pra segurança e bombeiro civil.

Outra questão muito importante apontada pela Portaria MS nº 3.965/2010 diz respeito à atenção que se deve ter nas CASAs por se tratarem de um ambiente onde são gerados materiais com possíveis agentes infecciosos (oriundos de pequenos procedimentos, como curativos ou até mesmo do uso de fraldas descartáveis). Este assunto revela a necessidade de se desenvolver nas Casas ações específicas relativas a gerenciamento de resíduos de saúde, o que exige insumos especiais, como Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), caixas para descarte de material perfurocortante, lixeiras para resíduo infectante, entre outros.

Por se tratarem de locais que prestam assistência à saúde, as CASAs também se enquadram na categoria das instituições que precisam elaborar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), como preconiza a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 306/2004 da ANVISA, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde no Brasil, como se vê em seu Capítulo II (Abrangência):

Este Regulamento aplica-se a todos os geradores de Resíduos de Serviços de Saúde - RSS.

Para efeito deste Regulamento Técnico, **definem-se como geradores de RSS todos os serviços relacionados com o atendimento à saúde humana** ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar e de trabalhos de campo; laboratórios analíticos de produtos para saúde; necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento (tanatopraxia e somatoconservação); serviços de medicina legal; drogarias e farmácias inclusive as de manipulação; estabelecimentos de ensino e pesquisa na área de saúde; centros de controle de zoonoses; distribuidores de produtos farmacêuticos, importadores, distribuidores e produtores de materiais e controles para diagnóstico *in vitro*; unidades móveis de atendimento à saúde; serviços de acupuntura; serviços de tatuagem, dentre outros similares (ANVISA, 2004, p. 03, *grifo nosso*).

Diante de tantas responsabilidades, é essencial que a chefia da Casa de Saúde do Índio atenda aos requisitos necessários para coordenar a casa levando

em conta todas as demandas do local. Na Portaria nº 852 (BRASIL, 1999b), as incumbências do chefe estão enumeradas:

Art. 9º – Ao Chefe da Casa do Índio, incumbe:

I – providenciar o recebimento de pacientes e seus acompanhantes encaminhados pelos Distritos;

II – providenciar o alojamento e a alimentação de pacientes e seus acompanhantes durante o período de tratamento médico;

III – prestar assistência de enfermagem aos pacientes pós-hospitalização e em fase de recuperação;

IV – providenciar o acompanhamento de pacientes para consultas, exames subsidiários e internações hospitalares;

V – fazer a contrarreferência com os Polos-Base e articular o retorno dos pacientes e acompanhamentos aos seus domicílios por ocasião da alta;

VI – **administrar a Casa do Índio e zelar pela boa e regular aplicação dos recursos de qualquer natureza, que lhe forem destinados.** (BRASIL, 1999b, *grifo nosso*).

Obviamente o trabalho do chefe será desenvolvido em conjunto com a equipe multidisciplinar, mas lhe compete coordenar os contratos, zelar pelo funcionamento do local com aplicação responsável dos recursos disponibilizados de forma a atender às necessidades dos indígenas e direcionar a equipe, que deve estar pronta para atuar em meio à interculturalidade e apta também a interceder pelos indígenas quando estes estiverem em atendimento nos hospitais referenciados do SUS. Os profissionais que atuam na saúde indígena devem reavaliar todas as suas ações de acordo com a cultura do povo/etnia com que se trabalha.

Apesar de o panorama atual demonstrar problemas no SASI, de forma geral, e em diversas CASAIs, algumas iniciativas para essas casas têm se mostrado positivas, como é o caso da Casa de Saúde do Índio do Distrito Federal (CASAI-DF), que, ainda que possua problemas, investiu em inovações no espaço físico e no cuidado (ATENÇÃO BÁSICA, 2013).

Em relato no sítio eletrônico Atenção Básica (2013), a estrutura da CASAI-DF é evidenciada, descrevendo a unidade como sendo de caráter nacional, com trabalho desenvolvido pela equipe interdisciplinar que atende indígenas de diferentes estados do país, acesso a serviços qualificados de média e alta complexidade, ambulatorial e/ou hospitalar do Sistema Único de Saúde, SUS, mediante articulação com a atenção básica e com organização da assistência de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, como a Política Nacional de Humanização.

De acordo com o relato, o espaço da casa é constituído de vários ambientes facilitadores do cuidado, com áreas construídas em blocos e uma extensa área livre com diversos ambientes para práticas de convívio e interação, sendo que a casa está localizada na zona rural, próximo à cidade, mas sem construções no entorno, o que favorece o acolhimento.

São seis blocos de edificação:

- 1) Administração, com recepção, bebedouro e instalações sanitárias, almoxarifado, biblioteca e espaço pedagógico para usuários, copa para funcionários, repouso para vigilantes e motoristas externos com instalações sanitárias;
- 2) Saúde, com recepção, serviços médico, enfermagem, agendamento, arquivo, serviço social, psicologia e nutrição, repouso para enfermagem com lavado, bebedouro e instalações sanitárias, além de lavanderia na parte posterior do bloco, com tanques para usuários;
- 3) Restaurante, compartilhado pelos usuários e funcionários, com lavabo e bebedouro, rampa de acesso para portadores de necessidades;
- 4) Farmácia, com sala de recepção e área climatizada para estoque de medicamentos;
- 5) Auditório, repouso para motoristas e equipe de serviços gerais, lavanderia, garagem, churrasqueira com lavado, bebedouro, sala de televisão, instalações sanitárias;
- 6) Bloco de alojamento dos usuários (pacientes e acompanhantes) constituído de 14 quartos todos com instalações sanitárias e móveis para pertences, sendo 02 quartos com adaptação a pessoas com deficiência (<https://novo.atencaobasica.org.br/relato/133>, *sem paginação*).

Outra observação importante diz respeito à alimentação servida na CASAI-DF, onde o restaurante oferece uma dieta especial aos usuários (pacientes e acompanhantes) que não estão adaptados à culinária não indígena. Na casa ainda é permitida a preparação de comida tradicional pelos próprios indígenas duas vezes por semana como forma de manter sua autonomia durante a estadia no local.

Por se tratar de um espaço que recebe indígenas de todo o país e diversas etnias, também há a preocupação em estabelecer nas normas e rotinas que pacientes e acompanhantes pertencentes à mesma família/etnia/região permaneçam hospedados no mesmo quarto, o que evita conflitos e permite a esses usuários uma melhor estadia com interação e preservação de sua identidade individual e coletiva, sua privacidade, cultura e diferenças.

Na Figura 6 é possível visualizar um pouco do espaço externo e interno da Casa de Saúde do Índio do Distrito Federal e compreender melhor as ações realizadas na estrutura física do local, bastante amplo, o que é de suma importância para os usuários e trabalhadores.

Figura 6: Estrutura física da CASAI-DF



Fonte: <https://novo.atencaobasica.org.br/relato/133>.

Como se observa, tal estrutura demonstra um ambiente agradável e favorável ao bem-estar e à humanização da assistência, como preconiza o HumanizaSUS. É importante frisar que a humanização tem sido considerada um assunto de destaque no âmbito das Casas de Saúde do Índio e do atendimento nas unidades de saúde, segundo Brasil (2009). O fato é que ainda é preciso implementar muitas ações para que todas as CASAIs do país possam trabalhar segundo um modelo integrado, porém adaptado à sua realidade de atuação, como determinam as portarias, leis e políticas.

4 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E OS POVOS INDÍGENAS

Neste capítulo abordaremos a Política Nacional de Humanização (PNH), conhecida por HumanizaSUS, expondo definições para o ato de humanizar a assistência e o atendimento em saúde, bem como o histórico da Política. Por se tratar de um trabalho que aborda especificamente a saúde indígena, consideramos importante contextualizar a humanização com a interculturalidade e de que forma é possível implantar projetos e ações humanizadas nas Casas de Saúde do Índio.

Outro aspecto relevante para melhor compreensão do que as CASAs se propõem a oferecer é a ambiência, que se constitui em uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização e é também um dos objetos de estudo deste trabalho.

Dessa forma, optamos por trabalhar este capítulo primeiramente contextualizando a Política Nacional de Humanização, em seguida tratando sobre a interculturalidade e por fim, abordando a cartilha da Política Nacional de Humanização sobre Ambiência.

4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Sendo direito de todos e dever do Estado, segundo a Constituição Federal de 1988, a saúde é assegurada a todos os brasileiros através do Sistema Único de Saúde. Por ser um sistema complexo, o SUS enfrenta, desde sua criação, desafios diversos, que exigem aperfeiçoamento, mudanças nos modos de gestão e investimento. Dentre esses desafios está o modelo de práticas gerenciais centralizadas e verticais (estendidas à saúde indígena, como já mencionado), que prejudicam o sistema de forma geral, afetando trabalhadores e usuários. Diante destes problemas é necessária uma mudança, tanto no modelo de atenção, quanto no modelo de gestão e a humanização é importante nestes dois casos.

O termo humanização, apesar de bastante difundido nos últimos anos, especialmente a partir do início dos anos 2000, já era debatido em meados da década de 1950 no Brasil. Naquela ocasião, o termo era utilizado especialmente no que se referia à assistência ao parto (sob influência do movimento feminista) e à luta antimanicomial (sob influência da Declaração Universal dos Direitos Humanos), mas também em outras áreas, com foco no atendimento hospitalar e na relação entre

tecnologia e acolhimento. Os debates em torno do ato de humanizar faziam crítica ao modelo de assistência à saúde da época (CONCEIÇÃO, 2009). Com o passar dos anos, o assunto continuou a ser debatido e expandido à saúde pública de modo geral, ganhando mais relevância após a década de 1990, com a implantação do SUS.

Desde então muito se tem debatido sobre o termo “humanização” e se este seria adequado. Autores diversos questionam se é possível ou necessário “humanizar o humano” e quais implicações teriam o uso desta palavra. Os debates em torno deste assunto perpassam por questões sociais e até mesmo político-econômicas, que não iremos aprofundar neste trabalho, mas é importante discutirmos brevemente sobre o uso do termo humanização e seu significado na saúde brasileira.

Uma reflexão importante a se fazer diz respeito aos recursos tecnológicos de ponta, como máquinas e exames, que acabam tomando uma dimensão de grande valorização nos serviços de saúde em detrimento do acolhimento para com o usuário. A frieza e impessoalidade, tanto do atendimento quanto do ambiente também são fatores importantes a serem avaliados quando consideramos os sentimentos do cliente de saúde em relação ao processo de tratamento-cura.

Para Merhy (2008), a perda da dimensão cuidadora na saúde colabora para que o usuário normalmente reclame não da falta de conhecimento ou técnica do profissional de saúde, mas sim do descaso e desinteresse deste para com o paciente, que passa a sentir desprezado e inseguro. O autor ainda destaca que, para que seja possível um modelo assistencial com foco no usuário e na vida é necessário reordenar as relações existentes entre as tecnologias leves (onde todos devem basear sua atuação) e duras, mediadas pelas leves-duras¹². Nesse sentido, uma questão relevante é a formação tecnicista¹³ dos profissionais de saúde, que, para Deslandes (2004), é marcada fortemente por teorias mecanicistas, fazendo com que o paciente seja tratado não como um ser com liberdade, dúvidas e sentimentos, mas como um corpo enfermo.

¹² Para Merhy (*op. cit.*) as tecnologias leves são as das relações; as leves-duras são as dos saberes estruturados (tais como as teorias), e as duras são as dos recursos materiais.

¹³ Esse aspecto da formação dos profissionais de saúde se torna ainda mais delicado quando consideramos a assistência a povos específicos, como os indígenas, que possuem formas de organização social, crenças e métodos tradicionais de cuidado em saúde que diferem dos métodos aprendidos nas faculdades brasileiras de medicina e enfermagem.

Lima (2011) reflete sobre o que é o ato de humanizar, afirmando que há uma linha bastante delicada entre a verdadeira necessidade de humanização e o modismo relacionado ao tema, usado muitas vezes como propaganda.

Mas, o que é um serviço hospitalar humanizado?
Esta é uma pergunta que se faz necessária, pois a linha entre o que precisa ser feito para tornar as relações mais humanas no ambiente hospitalar e o que virou apenas modismo é muito tênue. Instituições vão à mídia para alardear que são diferenciadas porque proporcionam um tratamento humanizado a clientes internos e externos. A dúvida que fica é: benefícios aos colaboradores, alguns até obrigatórios, podem ser considerados de caráter humanizador? Requisitos obrigatórios para conferir segurança ao atendimento prestado aos pacientes são itens humanizantes? [...] O próprio termo humanização gera, por vezes, perplexidade, pois convida a pensar: quando perderam esta condição, que é inerente à própria existência? (LIMA, 2011, p. 62-63)

De acordo com Feitosa (2011), a humanização não é resultado apenas das ações do profissional de saúde, mas depende também de como o paciente irá corresponder ao acolhimento, pois é um processo de aprendizagem que está muito relacionado também ao comportamento. A autora defende que a humanização não elimina totalmente sentimentos como medo e dor, mas colabora para minimizar seus efeitos.

Considerando todos esses fatores, é relevante compreender a conjuntura da saúde pública após a implementação do Sistema Único de Saúde. Sabe-se que o SUS trouxe muitos avanços à saúde no Brasil, mas, apesar de seus aspectos positivos, muitos percalços, como as longas filas de espera, hospitais e instituições de saúde sucateadas, falta de recursos básicos, condições de trabalho insatisfatórias, entre tantos outros problemas, têm colaborado para o não alcance integral dos objetivos do Sistema. Além destes agravantes, com frequência há reclamações a respeito do atendimento inóspito nos serviços de saúde (públicos e privados), sendo comum ouvir dos usuários que o médico e a equipe não deram a devida atenção ou não se preocuparam com seus anseios e dúvidas.

Nesse contexto, no ano de 2000, ocorre a XI Conferência Nacional de Saúde com o título “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde como controle social” e é criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), pelo então Ministro da Saúde, José Serra. Para Benevides e Passos (2005) foi a partir deste momento que o tema Humanização ganha legitimidade.

O PNHAH propôs uma mudança na cultura de atendimento nos hospitais públicos, sendo sua justificativa pautada na urgência de se atrelar à eficiência técnica e científica uma atitude de respeito às necessidades únicas de cada usuário e cada profissional para um novo modelo de ser e fazer dentro do Sistema Único de Saúde com o objetivo de “aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade” (BRASIL, 2001, p. 3).

Para o alcance dos objetivos do programa foram criados os Grupos de Trabalho de Humanização (GTH), que deveriam funcionar como órgãos colegiados, formados por profissionais e com quatro planos de intervenção (BRASIL, 2001):

- Plano pedagógico: contribuir para a educação continuada, promoção de eventos educativos, treinamento de áreas ou profissionais, divulgação de temas de interesse da coletividade;
- plano político: propiciar a democratização das relações de trabalho, concedendo voz aos setores que normalmente não teriam condições de superar as barreiras de hierarquia e competência técnica. Para isso, deverá manter um relacionamento estrito com cada setor, ouvindo reclamações, sugestões e buscando soluções para problemas específicos;
- plano subjetivo: sustentar um processo de reflexão contínua sobre as vivências no mundo do trabalho, o como e para quê se trabalha numa organização hospitalar; e
- plano comunicativo: criando fluxos de informações relevantes para profissionais, dando a conhecer os projetos de humanização em curso no hospital.

Se por um lado o programa considerava a melhoria do acolhimento, por outro se tornava um tanto subjetivo, pois buscava mudanças que dependiam muito do nível de comprometimento das equipes de saúde. Além disso, o PNHAH estava muito mais direcionado à assistência hospitalar, como o próprio nome já evidenciava.

Nesse contexto, no ano de 2003, no governo de Luiz Inácio Lula da Silva e com a mudança dos componentes do Ministério da Saúde é realizada no mês de novembro, em Brasília, a “Oficina Nacional HumanizaSUS: Construindo a Política Nacional de Humanização”. A partir deste evento o PNHAH sofre alterações e é

transformado em política, a Política Nacional de Humanização (PNH), instituída em 2004 (CONCEIÇÃO, 2009).

Na PNH o conceito de humanização é descrito da seguinte forma:

No campo da Saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis. Estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. Política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2008, p. 62).

Conceição (2009) pontua que o conceito de humanização contido na PNH traz dimensões que consideram necessidades sociais subjetivas, a partir da constituição de novos sentidos para a produção de saúde e de seus sujeitos. A autora também defende que quando se compara a PNH ao PNHAH é possível perceber que há um salto qualitativo, pois a PNH considera a situação na qual estão inseridos os trabalhadores, gestores e usuários, e aponta também para uma mudança no modelo de atenção e gestão na saúde, a fim de avançar em direção à qualificação do SUS.

A PNH está estruturada em princípios, método, diretrizes e dispositivos, sendo os princípios: 1) a Transversalidade, entendida como aumento do grau de abertura comunicacional intra e intergrupos; 2) a Inseparabilidade entre atenção e gestão; e 3) o Protagonismo dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2008). Quanto ao seu método, este está baseado na “tríplice-inclusão”:

- inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) no sentido da produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade [...]
- inclusão dos analisadores sociais ou, mais especificamente, inclusão dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança [...]
- inclusão do coletivo seja como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível (mudança dos perceptos e dos afetos) dos trabalhadores de saúde quando em trabalho grupal. (BRASIL, 2008, p. 25)

Quanto às diretrizes, a Política Nacional de Humanização possui as seguintes: 1) Acolhimento; 2) Gestão Participativa e Cogestão; 3) Ambiência; 4) Clínica ampliada e compartilhada; 5) Valorização do Trabalhador; e 6) Defesa dos Direitos dos Usuários. Cada uma das diretrizes possui um “modo de fazer”, conforme apresentamos no Quadro 3.

Quadro 3: Diretrizes para a implementação do HumanizaSUS

DIRETRIZ	O QUE É	COMO FAZER
Acolhimento	Reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. Deve sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. É construído coletivamente, e objetiva a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio-afetiva.	Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco.
Gestão participativa e cogestão	Cogestão expressa a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão e a ampliação das tarefas da gestão - que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo.	A PNH destaca dois grupos de dispositivos de cogestão: os relativos à organização de um espaço coletivo de gestão que permita o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores; e os que se referem aos mecanismos que garantem a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde.
Ambiência	Criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas.	A discussão compartilhada do projeto arquitetônico, das reformas e do uso dos espaços segundo as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço é uma orientação que pode melhorar o trabalho em saúde.
Clínica ampliada e compartilhada	A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia.	Utilizando recursos que permitam enriquecimento dos diagnósticos (outras variáveis além do enfoque orgânico, inclusive a percepção dos afetos produzidos nas relações clínicas) e a qualificação do diálogo (tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes com o usuário), de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS.
Valorização do trabalhador	É importante dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho.	O Programa de Formação em Saúde e Trabalho e a Comunidade Ampliada de Pesquisa são meios que possibilitam o diálogo, intervenção e análise do que gera sofrimento e adoecimento, do que fortalece o trabalhador e do que propicia os acordos de como agir.
Defesa dos direitos dos usuários	Os usuários possuem direitos e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado.	Todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele, de ser informado sobre sua saúde e também de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Portal da Saúde (2014b).

Como se vê no Quadro 3, as diretrizes da PNH apontam para um trabalho bem mais criterioso do que aquele apresentado no PNHAH. Isso colabora para que a política alcance não apenas aspectos subjetivos, como a iniciativa dos profissionais. Como é do interesse deste trabalho falar da ambiência e sua importância para as Casas de Saúde do Índio, mais adiante falaremos sobre essa diretriz de forma mais aprofundada.

Quanto aos dispositivos da Política, estes estão baseados em GTHs, colegiados, contratos de gestão, projetos específicos, como ambiência, visita aberta e direito ao acompanhante, entre vários outros, e visam a atualização das diretrizes da política em arranjos de processos de trabalho. Na PNH, os vários dispositivos visam promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão (BRASIL, 2008).

Ressaltamos que todo esse processo deve alcançar todo cidadão brasileiro, como promulga a Constituição Federal e o princípio de universalidade do SUS. Assim sendo, a Política Nacional de Humanização se estende a segmentos específicos, onde estão incluídos os povos indígenas. Porém, como já mencionado, a diversidade de povos e comunidades, falando línguas diversas, com as mais diferenciadas crenças e costumes e ainda possuindo cada uma seus métodos e técnicas de medicina tradicional exigem um cuidado bastante específico no que diz respeito à saúde. Dentro dos documentos da PNH está escrito o seguinte:

O HumanizaSUS se operacionaliza com:
Valorização da dimensão subjetiva e coletiva em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos de cidadania, destacando-se as necessidades específicas de gênero, étnico - racial, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos (população negra, do campo, extrativista, povos indígenas, quilombolas, ciganos, ribeirinhos, assentados, população em situação de rua, etc.) (BRASIL, 2008, p. 21).

Assim sendo, a PNH, juntamente com a PNASPI possuem a responsabilidade de assegurar aos povos indígenas brasileiros um atendimento e assistência à saúde de qualidade, com atenção diferenciada, considerando fatores importantes como o atendimento hospitalar, a hospedagem nas CASAs, a alimentação e comunicação, o acesso destes povos às unidades de saúde e seu direito a terem profissionais qualificados para lidar com a interculturalidade.

Há muito a ser feito para que estas políticas sejam de fato implementadas na saúde indígena. Iniciativas e fiscalização do que acontece nos DSEIs e suas instâncias são fundamentais para que o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena funcione. Algumas iniciativas já foram tomadas quanto à humanização, mas de

forma isolada e não integrada. Podemos destacar duas delas: 1) o I Encontro Nacional das Casas de Saúde do Índio (CASAI) e dos Chefes dos DSEIS, em 2004, que foi evento que discutiu a assistência em saúde com base na PNH; e 2) o Projeto de Atividades Cotidianas para os Indígenas da CASAI de São Paulo, elaborado em 2005.

O Encontro ocorreu Pirenópolis, Goiás, do dia 08 ao dia 12 de agosto de 2004, com o objetivo de melhorar a assistência à saúde indígena por meio da organização do processo de trabalho das CASAI, tendo como eixo norteador a PNH. No encontro, que reuniu representantes das CASAI de todos os DSEIs e equipes da Política Nacional de Humanização, foi destacada a importância de reavaliar os processos de trabalho das equipes de saúde nas casas pelo então diretor do DESAI, Alexandre Padilha (POVOS INDÍGENAS DO BRASIL, 2004). O evento também propôs grupos de trabalho, mas infelizmente, a atual realidade das CASAI demonstra que não houve resultados satisfatórios no país.

A segunda iniciativa apontada é o projeto de humanização da CASAI de São Paulo. Segundo o documento que trata das “Ações de humanização do atendimento e promoção de bem estar para melhor reabilitação dos pacientes indígenas”, do ano de 2005, o projeto se afina com as seguintes diretrizes:

- Aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS;
- Garantir um bom vínculo com o usuário para que este possa estar mais ativo em seu próprio processo de tratamento e com isso ser um protagonista do sistema de saúde e não apenas um paciente;
- Promover maior integração entre usuários e equipe multiprofissional;
- Garantir melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações;
- a troca de saberes, incluindo as dos usuários e de sua rede social, diálogo entre a equipe multiprofissional e entre as ciências atuantes no sistema de saúde;
- Promoção de uma grupalidade que sustente as construções coletivas;
- Levar em conta as necessidades sociais, desejos e interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde;
- Destacar o aspecto subjetivo presente em qualquer ação humana, em qualquer prática de saúde e em qualquer processo de adoecimento;
- Manter sempre viva a perspectiva de rede entre os agentes de saúde, o que implica processos de troca de experiência e conhecimento;
- Construção permanente de laços de cidadania: olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também olhá-lo como sujeito coletivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 02-03).

O projeto propõe realizar um conjunto de atividades expressivas, para diminuir o tempo ocioso e melhorar a integração entre os usuários e também para suprir a necessidade de compreensão das diferentes realidades culturais por parte

dos funcionários. Entre as atividades estão oficinas de dança, artesanato, cerâmica, jogos, educação para a saúde, além de passeios, vídeos e integração entre usuários e funcionários.

Como se vê, o projeto está de acordo com o que preconiza a PNH e a PNASPI, sendo um modelo de humanização importante para ser adaptado às CASAs a nível nacional. O documento ainda destaca que as atividades contribuem para que o período de permanência não esteja focado apenas na doença, mas passe a ser um período de troca e aquisição de saberes, reflexão sobre a realidade de sua aldeia e da cidade, entretenimento, expressão sociocultural e emocional, através de um ambiente propício a uma nova concepção de saúde integral (FUNASA, 2005).

A seguir, discutiremos a importância de se considerar a interculturalidade nos processos de humanização em saúde.

4.2 INTERCULTURALIDADE

Como vimos nos capítulos anteriores, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), que é vinculado ao SUS, afirma que a atenção à saúde oferecida a esses povos deve ser diferenciada, respeitando suas especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais, devendo ainda desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas convencionais de organização de serviços (BRASIL, 2002). Nesse sentido, o diálogo entre os saberes deve fazer parte do contexto da humanização em saúde voltada para povos indígenas. Raymundo (2013) explica que esse diálogo favorece as relações, mas destaca também que é preciso estar atento aos possíveis conflitos e à forma de intermediá-los.

No campo da atenção em saúde [...] novos espaços de diálogo surgem, integrando saberes de origem científica com aqueles chamados tradicionais. Essa mescla favorece as inter-relações e a complementaridade, resultando em consequentes processos interculturais. Entretanto, cabe lembrar que a presença do diálogo não necessariamente significa ausência de conflitos, e é a partir de ambos, diálogo e conflito, que se consolida o papel mediador da interculturalidade (RAYMUNDO, 2013, p. 219).

A autora ainda afirma que a interculturalidade em saúde pode ser considerada como “a complementaridade entre diferentes visões sobre uma mesma questão de saúde, que se estabelece a partir do diálogo e do intercâmbio”

(RAYMUNDO, 2013, p. 219). E completa alegando que se trata da coexistência de forma complementar de distintas visões de mundo, sem preconceitos ou imposição de uma sobre a outra, pois a atenção em saúde passa a ter um enfoque que considera o “biopsicossociocultural”, ou seja, que agrega a completude do ser humano.

Para Pasche e Passos (2010), o ato de reconhecer as diferenças implica receber as pessoas em suas especificidades e ao reconhecer tais especificidades há um distanciamento de centralidades para uma “multiplicidade de centros”, que por serem homogêneas potencializam diferenças e diversidades reconhecidas como potência. Os autores afirmam que distinguir especificidades significa, especialmente, reconhecer o sentido e a direção da ação de grupos, de comunidades em seus territórios existenciais e subjetivos.

O desafio é o de enfrentar o adoecimento e o risco de adoecer em sujeitos histórico-sociais, eles próprios entendidos como singularidades e efeito de múltiplas determinações. Dar ênfase aos sujeitos implicados no processo de produção de saúde, tomá-los como protagonistas e corresponsáveis neste processo obriga-nos a valorizar a dimensão humana intrínseca a toda prática de saúde. Eis o tema da humanização da atenção e da gestão das práticas de saúde (PASCHE; PASSOS, 2010, p. 09).

Compreender a diversidade e trabalhar meios de acolher e inserir o enfermo no contexto de tratamento também é uma prática humanizante. Para tanto, a adequação deve progredir de forma a integrar as práticas e saberes tradicionais (que vêm carregados de simbolismo, representações e significados) dos indígenas às práticas médicas ocidentais, praticadas no Sistema Único de Saúde.

Os povos indígenas desenvolveram conhecimentos e saberes sobre as práticas da medicina ocidental e estes saberes compõem seu sistema de saúde, definindo o que é doença e saúde, o que causa doenças e o que as curam, e o que é cura. As respostas para os problemas de saúde são diferentes daqueles da medicina ocidental e resultam de noções, valores e expectativas diferentes e específicas para cada povo indígena (PELLEGRINI et al, 2009, p. 24).

Langdon e Diehl (2007) destacam que a atuação dos profissionais de saúde indígena e sua capacitação são um desafio grande, especialmente por serem selecionados em contexto não muito democrático, onde há expressiva rotatividade de pessoal e quase nenhuma capacitação. Outro aspecto a ser considerado é que os AIS muitas vezes entram no contexto da saúde indígena sem conhecer tal realidade, o que colabora para uma atuação na área permeada de preconceitos e senso comum e sem o devido respeito às questões socioculturais desses grupos, o

que dificulta o estabelecimento de vínculos entre profissionais e pacientes e compromete, e muito, o êxito do trabalho de saúde (LANGDON, 1999).

Para Pellegrini et al (2009), essa situação desencadeia uma série de carências na saúde indígena e seu contexto intercultural, como o desafio no que diz respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprio a cada sociedade indígena, pois cada uma possui organização social, que pode variar bastante, mesmo em áreas geograficamente próximas. Essas concepções são indispensáveis para uma boa execução das ações e serviços de saúde e na elaboração de propostas de prevenção, promoção e educação, pois a atenção à saúde indígena demanda uma abordagem diferenciada.

Outra questão essencial é que os profissionais de saúde geralmente estão focados apenas em sua formação específica e no *saber-fazer* técnico aprendido em seu curso de formação, não possuindo, na maioria dos casos, conhecimentos políticos, educacionais, ambientais e sociais relativos aos povos indígenas com os quais irá trabalhar (LEFEVRE; CORNETA, 2004).

Em se tratando do trabalho realizado nas Casas de Saúde do Índio, estas questões também trazem desafios, especialmente porque as casas recebem etnias diversas, cada uma com seu modo de interagir, sua língua, sua relação com a saúde/doença. Além disso, o próprio espaço, como ambiente, precisa estar adequado para receber e alojar os usuários, visto que muitos permanecem nas casas por bastante tempo. Assim, também é necessário que a ambiência das CASAs esteja em consonância com as questões inerentes à interculturalidade. Apresentaremos a seguir o que preconiza a cartilha de Ambiência da Política Nacional de Humanização, contextualizando com o modelo de CASAs da PNASPI.

4.3 AMBIÊNCIA

Como vimos, a ambiência é uma das diretrizes para implementação da Política Nacional de Humanização e se relaciona à criação de espaços saudáveis, acolhedores (hospitaleiros e humanizados) e confortáveis, que considerem e respeitem a privacidade, promovam mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas.

Se o espaço não proporciona ao trabalhador os meios adequados para que este exerça seu trabalho de forma eficaz, haverá consequências negativas para

o paciente. Assim, a atenção dada ao projeto arquitetônico de um ambiente de saúde pode favorecer o trabalho da equipe multidisciplinar, influenciando também o paciente/usuário de maneira positiva.

Assim sendo, o cuidado dado ao espaço físico promove humanização e resolutividade, além de conforto para o cliente de saúde no período de internação e melhoria da produtividade no trabalho da equipe de saúde (BOEGER, 2005). Outro aspecto importante é o acolhimento oferecido, bastante relacionado à hospitalidade e à humanização, que pode inclusive reduzir o período de hospitalização, pois deixa o paciente menos agressivo e mais aberto ao tratamento médico (GODOI, 2008). Compreende-se então que um serviço bem adaptado às necessidades do paciente indígena pode deixá-lo mais confortável e menos estressado, adequando a realidade das Casas de Saúde do Índio e mesmo a maneira de recebê-los em hospitais, clínicas e postos de saúde distantes das aldeias. Tais cuidados estão previstos na Política Nacional de Atenção à Saúde de Povos Indígenas e na Política Nacional de Humanização, como vimos.

De acordo com a Cartilha do HumanizaSUS (2004), a ambiência hospitalar se relaciona com o tratamento dado ao espaço físico (que é também social, profissional e de relações interpessoais) que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva, considerando alguns elementos que atuam como catalisadores da inter-relação homem *versus* espaço. Segundo a cartilha, a ambiência está baseada em três eixos:

- 1) O espaço que possibilita a reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho.
- 2) O espaço que visa a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, exaltando elementos do ambiente que interagem com o homem – a dizer cor, cheiro, som, iluminação, morfologia... –, e garantindo conforto a trabalhadores, paciente e sua rede social.
- 3) O espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho funcional favorecendo a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2004, p. 05-06).

Depreende-se então que humanizar espaços é torná-los apropriados ao contexto no qual serão utilizados, valorizando questões essenciais como conforto, segurança, bem-estar, funcionalidade e identificação com seus usuários. A ambiência adequada proporciona espaços receptivos, que promovem interação.

Brasil (2004) apresenta elementos que colaboram com a confortabilidade, destacando que estes atuam como modificadores e qualificadores do espaço, estimulando a percepção ambiental e, quando aplicados com equilíbrio e harmonia,

criam ambiências acolhedoras e dão muitas vezes contribuições significativas no processo de produção de saúde. No Quadro 4 apresenta-se estes componentes.

Quadro 4: Componentes qualificadores do espaço físico

COMPONENTE	SIGNIFICADO
Morfologia	Formas, dimensões e volumes configuram e criam espaços.
Luz	A iluminação, seja natural ou artificial, é caracterizada pela incidência, quantidade e qualidade. A iluminação artificial pode ser trabalhada em sua disposição facilitando as atividades dos trabalhadores e também a dos pacientes. A iluminação natural deve ser garantida a todos os ambientes que permitirem, lembrando sempre que todo paciente tem direito a noção de tempo.
Cheiro	Considerar os odores que podem compor o ambiente.
Som	Podemos propor a utilização de música ambiente em alguns espaços como enfermarias e esperas. Em outro âmbito é importante considerar também a proteção acústica que garanta a privacidade e controle alguns ruídos.
Sinestesia	Diz respeito à percepção do espaço por meio dos movimentos, assim como das superfícies e texturas.
Arte	Como meio de inter-relação e expressão das sensações humanas.
Cor	Utilizando cores que ajudam a refletir ou absorver luz, podemos compensar sua falta ou minimizar seu excesso.
Tratamento das áreas externas	Este se faz necessário já que além de porta de entrada, se constitui muitas vezes em lugar de espera ou de descanso de trabalhadores, ambiente de “estar” de pacientes ou de seus acompanhantes. Jardins e áreas com bancos podem se tornar lugar de estar e relaxamento.
Privacidade e individualidade	Individualidade refere-se ao entendimento de que cada paciente é diferente do outro, veio de um cotidiano e espaço social específico.

Fonte: Brasil (2004).

Contextualizando as informações contidas no Quadro 4 para as Casas de Saúde do Índio, destaca-se que a atenção dada ao ambiente e à confortabilidade compreende o estilo de vida que os usuários possuem. Dessa forma, os espaços devem conter armadores e espaços que facilitem a instalação de redes de dormir e esteiras, para aqueles que se sentem mais à vontade dessa forma. Também é importante pensar em áreas verdes, abertas, tanto para os pacientes que não possuem restrições e especialmente para os acompanhantes, que, teoricamente, não possuem nenhum problema de saúde que restrinja o contato com a natureza.

A cartilha de ambiência também prevê espaços que garantam a integralidade da assistência, diminuindo separações as quais denomina de “feudos”, onde grupos de profissionais de determinada formação permanecem, limitando a interação.

Em suma, a humanização compreende uma postura receptiva e solidária das equipes e profissionais em relação ao contexto de saúde do paciente. Porém, não pode e nem deve ser analisada somente sob o aspecto da solidariedade e da empatia, mas também como uma técnica e modelo de gestão que considera a complexidade de procedimentos e fatores que interferem na assistência.

Nas CASAs, a humanização leva em conta os pormenores que interferem direta ou indiretamente nos processos de trabalho e na percepção do usuário, compreendendo os aspectos relativos à hospedagem, como leitos, rouparia, alimentação, limpeza e arejamento do ambiente, insumos básicos, organização dos serviços, como registro dos pacientes, agendamento e marcação de exames, o transporte, as atividades de lazer e educação em saúde e a periodicidade destas, a comunicação eficaz com os indígenas, especialmente no momento de levá-los aos hospitais de referência. Dessa forma, a humanização representa um processo norteador para satisfação de trabalhadores, gestores e usuários no sistema Único de Saúde, que deve ser expandido para a saúde indígena de acordo com suas especificidades.

5 METODOLOGIA

Neste capítulo apresentamos o percurso metodológico utilizado para realização desta pesquisa.

5.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo se classifica como qualitativo, do tipo estudo de caso de caráter exploratório e descritivo, com nuances etnográficas e utilização alguns dados quantitativos.

As principais características dos métodos qualitativos são a imersão do pesquisador no contexto e a perspectiva interpretativa de condução da pesquisa (KAPLAN; DUCHON, 1988). A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como essencial no processo de coleta e análise de dados, pois é ele quem observa, seleciona, interpreta e registra os comentários e as informações (RICHARDSON et al., 2007).

O caráter exploratório na pesquisa qualitativa, segundo Gil (2007), tem a finalidade de ampliar o conhecimento a respeito de um determinado fenômeno. É um tipo de pesquisa que explora a realidade buscando maior conhecimento, para depois planejar uma pesquisa descritiva.

Por se tratar de uma pesquisa feita com indígenas, também utilizamos de nuances do método etnográfico, que, para Matos (2001), busca melhor compreensão de grupos específicos através do seu próprio olhar sobre o mundo. Essas nuances abrangeram a forma de abordagem aos indígenas, respeitando sua cultura e estilo de vida, de modo a extrair informações relevantes sem qualquer tipo de agressão psicoemocional.

Quanto às variáveis, observamos de que forma estas influenciam direta ou indiretamente no atendimento na CASAI-SLZ. Variáveis qualitativas são as características que não possuem valores quantitativos, mas, ao contrário, são definidas por várias categorias, ou seja, representam uma classificação dos indivíduos (LAKATOS; MARCONI, 1986). As categorias principais utilizadas durante a pesquisa foram: a organização, a humanização e a ambiência da CASAI-SLZ. Neste trabalho verificamos essencialmente as variáveis ligadas à ambiência e à

organização da casa de apoio, mas também consideramos aquelas ligadas aos participantes da pesquisa.

Como variáveis ligadas aos participantes da pesquisa, temos as especificidades das etnias atendidas, o tempo de serviço e a formação dos colaboradores, o tempo de hospedagem dos indígenas. Como variáveis ligadas ao ambiente, temos a ambiência e os serviços prestados, além da existência ou não de ações de humanização na unidade. Como variáveis relativas à organização, temos a gestão da casa e a sua interação com o SUS e com o DSEI-MA e os serviços oferecidos na casa, como alimentação, por exemplo.

O presente projeto foi desenvolvido na cidade de São Luís, Maranhão, Brasil, especificamente na Casa de Saúde do Índio da capital maranhense. A CASAI-SLZ, durante quase toda a coleta de dados estava localizada na Avenida São Luís Rei de França, Casa nº 03, Jardim Eldorado, no bairro do Turu, uma das principais avenidas da cidade. No final da pesquisa de campo a unidade foi transferida para um novo prédio, na Avenida Paulista, nº 11, no Bairro Olho d'Água.

A escolha CASAI-SLZ se deu por a mesma estar na capital do estado, que é também a sede do DSEI-MA e por ser a CASAI de maior referência do referido Distrito e que recebe o maior número de pacientes e acompanhantes. Por outro lado, no Maranhão a maior rede de referência de média e alta complexidades encontra-se em São Luís. Além disso, destacamos que a unidade recebe pessoas de vários grupos indígenas e já foi alvo de várias reportagens pela situação em que se encontra. O estudo ocorreu entre os meses de janeiro de 2014 e fevereiro de 2015.

Para coleta de dados através de entrevistas, demos preferência aos funcionários contratados, visto que os terceirizados costumam variar de acordo com a empresa à qual estão vinculados. Apesar disso, conversas informais e observações sistemáticas do trabalho dos terceirizados colaboraram para a aquisição de informações para a pesquisa. Os trabalhadores contratados podem permanecer na instituição por vários anos, enquanto que é mais comum que os terceirizados sejam transferidos ou desligados de acordo com o contrato feito com a empresa responsável por eles.

Utilizamos como critérios de inclusão dos participantes: a) consentir participar da pesquisa; b) ser colaborador da CASAI; c) ser usuário dos serviços da CASAI; d) estar ligado direta ou indiretamente à CASAI ou ao DSEI-MA. Quanto aos

critérios de exclusão adotamos os seguintes: a) não consentir participar da pesquisa; b) não se enquadrar nos critérios de inclusão.

A finalidade na amostra qualitativa é compreender o fenômeno de interesse, sendo que as suas investigações dependem de amostras escolhidas propositalmente, que disponham das melhores informações, até que se obtenha os resultados (MAYAN, 2001 apud BOCCHI, 2008). É importante salientar que a quantidade de funcionários e gestores envolvidos na CASAI sofreu variações durante a pesquisa, porém, na última visita feita, em fevereiro de 2015, obtivemos a seguinte informação, como se vê no Quadro 5.

Quadro 5: Funcionários da CASAI-SLZ

CARGO/FUNÇÃO	REGIME DE TRABALHO	QUANTIDADE
Auxiliar administrativo	Contrato	01
Coordenador técnico	Contrato	01
Gestor geral	Concurso	01
Enfermeiras	Contrato	05
Técnicas de enfermagem	Contrato	15
Assistente social	Contrato	01
Nutricionista	Contrato	01
Motoristas	Terceirização	04
Vigilantes	Terceirização	04
Serviços gerais	Terceirização	05
Cozinheiros	Terceirização	04
TOTAL: 01 concursado, 24 contratados e 17 terceirizados		

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base em pesquisa de campo.

Para esta pesquisa os participantes foram escolhidos segundo os critérios de inclusão e exclusão (considerando também aqueles que pudessem oferecer subsídios importantes para alcançar os objetivos do trabalho) e o tamanho da amostra foi variável de acordo com a quantidade de funcionários e indígenas disponíveis e que concordaram em participar da coleta de dados. Por ser uma

pesquisa qualitativa, buscamos uma quantidade de participantes adequada, ou seja, uma amostra não probabilística.

5.2 ETAPAS DA PESQUISA

Em primeiro lugar fizemos um levantamento de dados bibliográficos e nos documentos da Política Nacional de Atenção à Saúde de Povos Indígenas, bem como nas cartilhas da Política Nacional de Humanização para revisão de literatura (fase da pré-análise). Foram buscados também relatórios e documentos publicados pela FUNASA e Ministério da Saúde e Leis e Portarias relacionadas à temática do trabalho. A disparidade nas informações contidas nesses documentos, no que diz respeito a datas, períodos e dados quantitativos foi um aspecto dificultador para obtenção de informações.

Além disso, utilizamos informações obtidas em livros, artigos científicos da base de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, documentos e sítios eletrônicos de significância para melhor entendimento e embasamento a respeito das políticas de saúde indigenista e a realidade em torno desta temática, bem como se dá o funcionamento das CASAs em âmbito nacional e local. Utilizamos especialmente os trabalhos de Cruz (2005; 2007) e Varga e Viana (2009) sobre o DSEI-MA; Garnelo et al (2003; 2012; 2013), sobre as políticas de saúde indígena; Langdon (1999; 2007; 2013), sobre interculturalidade na saúde indígena, Varga, Batista e Viana (2013) sobre a situação de saúde indígena no Brasil e Maranhão.

Em seguida, iniciamos a pesquisa de campo para coleta de dados, mediante anuência do DSEI-MA (Anexo A). Durante esta fase tudo aquilo que julgamos importante foi coletado e registrado em diário de campo, como os aspectos subjetivos nas entrevistas e impressões gerais sobre o trabalho que é realizado na casa.

Ao total foram feitas 15 (quinze) visitas à CASAI-SLZ, sendo, pelo menos uma visita por mês, com exceção de Dezembro de 2014, que foi o mês de adaptação e organização para o novo prédio, no bairro do Olho d'Água. Por algumas vezes as visitas não contemplaram entrevistas, devido à indisponibilidade dos funcionários ou dos indígenas. Nessas ocasiões, demos preferência a observar o ambiente e os serviços da casa.

A coleta de dados foi feita através de observação sistemática da ambiência e das práticas assistenciais da CASAI (roteiro de observação no Apêndice A) para análise da ação destes elementos sobre os indígenas. Buscamos também identificar junto à administração da CASAI a existência de projetos de humanização voltados aos pacientes.

Fizemos entrevistas semiestruturadas com os gestores e colaboradores e usuários (indígenas) da CASAI (Apêndices B, C e D), sendo que, apesar do roteiro, as entrevistas foram realizadas de acordo com a abertura permitida pelo entrevistado para que fossem feitas novas perguntas segundo as respostas que iriam sendo dadas.

As entrevistas realizadas com os indígenas hospedados na unidade tiveram caráter informal, de modo a evitar constrangimentos. Poucos indígenas foram entrevistados durante o período de coleta de dados pelas seguintes razões: a) sentiu-se, durante o início da pesquisa de campo, que a gestão da CASAI não se sentia à vontade para permitir a abordagem aos usuários; b) dificuldades com o idioma, visto que a CASAI não possui funcionários que atuem como intérpretes; c) não consentimento de alguns indígenas em participar da pesquisa. Ao total foram realizadas 18 (dezoito) entrevistas, sendo:

- 04 (quatro) gestores¹⁴, com as seguintes formações: (01) enfermeiro; (01) farmacêutico; (02) profissionais de ensino médio completo, sendo que, nesta categoria, todos eram do sexo masculino;
- 08 (oito) funcionárias, com as seguintes formações: (01) ensino médio completo; (03) enfermeiras; (01) assistente social; (01) nutricionista; (02) técnicas de enfermagem, sendo que, nesta categoria, todas eram do sexo feminino;
- 06 (seis) indígenas: (04) Guajajara, sendo dois homens e duas mulheres; (02) Krikati, sendo um homem e uma mulher.

Por entrevista semiestruturada compreende-se aquela em que é feito um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões que possam surgir, sendo que esse tipo de entrevista pode trazer informações de forma mais

¹⁴ Para preservar a identidade do Coordenador Técnico da CASAI-SLZ, optou-se por enquadrá-lo na categoria de gestor, inclusive pelo fato de suas atribuições incluírem a gestão da casa.

livre, pois as respostas não estão atreladas a respostas pré-formuladas (MANZINI, 2003).

As entrevistas foram gravadas em mídia de áudio e transcritas posteriormente para melhor análise daquilo que fora dito pelos entrevistados. Durante a fase de transcrição selecionamos trechos e respostas condizentes com os objetivos e categorias utilizadas no estudo, analisando-as segundo o que fora apresentado no referencial teórico. Para tanto, seguimos a preceitos da Análise de Conteúdo de Bardin (2006), na qual o tratamento dos resultados é feito através de interpretação, inferência e análise reflexiva e crítica.

Evitamos fazer grandes correções gramaticais durante as transcrições com o intuito de manter a autenticidade das respostas dos entrevistados, porém, pequenas alterações, como concordância nominal e verbal foram feitas em alguns casos para evitar ambiguidade nas respostas e conseqüente comprometimento de seu entendimento. Dentre os entrevistados houve ainda a participação de um profissional que ocupa cargo de importância no DSEI-MA, e de um gestor que trabalhava na CASAI-SLZ nos primeiros meses da pesquisa e que foi transferido para a sede do Distrito.

Fizemos também alguns registros fotográficos com o intuito de melhor explicar a ambiência da unidade. Durante a pesquisa, porém, a resistência em permitir que se fotografasse as dependências da casa do bairro do Turu por parte da gestão foi um dificultador nesse sentido. Apenas na semana da mudança do prédio para um novo, no mês de novembro de 2014, foram permitidos alguns registros feitos com telefone celular. Consideramos que os registros fotográficos foram importantes para exemplificar questões inerentes à ambiência do local. No mês de fevereiro de 2015, em visita à nova unidade, fizemos feitos outros registros em câmera profissional de alta resolução, com autorização de um dos gestores, o que colaborou para termos de comparação entre os dois prédios.

Durante toda a pesquisa, buscamos junto ao órgão competente, a saber, o DSEI-MA, informações de dados secundários sobre registros de atendimentos na CASAI de São Luís para que se pudesse ter melhor compreensão da realidade, como por exemplo, quais etnias costumam utilizar mais os serviços. Porém, este foi um aspecto que evidenciou problemas gerenciais na CASAI e no Distrito, visto que a casa não possui estes dados de forma organizada e o DSEI afirmou não receber estes dados, pedindo que entrássemos em contato com a CASAI novamente.

Apenas quatro relatórios mensais foram encontrados pela equipe e disponibilizados para uso nesta pesquisa, mas apresentavam problemas de organização e informação.

Observamos também uma desorganização e um caráter fundamentalmente informal na sede do DSEI-MA em todas as visitas realizadas para obtenção de dados, com informações desencontradas e inexistência de documentos solicitados. Outro fator relevante diz respeito à base de dados, SIASI, que na plataforma de acesso público não possui informações sobre as Casas de Saúde Indígena, mas apenas alguns dados demográficos. Foram realizadas, ao total, 4 (quatro) visitas à sede do DSEI-MA.

A discussão dos resultados da pesquisa compila a análise obtida pela observação sistemática e pelas entrevistas e ainda através das conversas informais e impressões que foram registradas no diário de campo (neste caso, na maioria das vezes, estas impressões aparecem ao longo do texto e poucas vezes em transcrições do diário). Esses dados foram contextualizados de acordo com as definições das políticas que nortearam o trabalho, a PNASPI e a PNH. Os registros fotográficos colaboram para exemplificar melhor a estrutura física e ambiência do local.

5.3 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Esta pesquisa respeitou os apontamentos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de São Luís, pelo protocolo de número 2013.02.27.11-93 (Anexo B).

Apresentamos aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice E), com a justificativa, o objetivo e a metodologia da pesquisa, a garantia do anonimato em todas as fases do estudo e a liberdade em participar e em poder retirar o consentimento em qualquer etapa da pesquisa.

Também houve o cuidado em respeitar a interculturalidade e especificidades dos participantes indígenas de forma a não oferecer qualquer tipo de dano moral, físico ou psicológico.

O anonimato foi garantido através da utilização de códigos como pseudônimos para todos os participantes, como mostra o Quadro 6:

Quadro 6: Códigos usados como pseudônimos para os participantes da pesquisa

TIPO DE PARTICIPANTE	CÓDIGOS USADOS
Indígena	IND1; IND2; IND3 etc.
Gestor	GES1; GES2; GES3 etc.
Funcionário	FUN1; FUN2; FUN3 etc.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Quanto aos registros fotográficos, fizemos, através do programa de edição profissional *Adobe Lightroom 5*, o uso de desfoque nos rostos para evitar qualquer tipo de identificação. Reiteramos ainda que todas as informações recolhidas serão utilizadas unicamente para os fins desta pesquisa.

Reiteramos ainda que os resultados e sugestões desta pesquisa serão enviados à gestão do DSEI-MA e da CASAI-SLZ, como forma de contribuir para melhorias nas casas de apoio do distrito.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo apresentaremos os resultados obtidos na pesquisa de campo na Casa de Saúde do Índio de São Luís do Maranhão. Exibiremos os resultados da observação sistemática e entrevistas contextualizando com a literatura pesquisada e revisada nos capítulos anteriores, comparando a teoria à prática da CASAI de São Luís.

Como já informamos no Capítulo 5, que trata dos procedimentos metodológicos, durante a maior parte da pesquisa a casa ficava no bairro do Turu, onde foram feitas a grande maioria das entrevistas. Porém, nos últimos meses de coleta de dados a casa mudou-se para um novo endereço, no bairro do Olho d'Água, mantendo o mesmo quadro de funcionários e estilo de gestão, entretanto, com uma estrutura física diferenciada.

Pelos motivos apresentados, optamos por fazer uma análise comparativa da casa nova, do bairro Olho d'Água, na Seção 6.1.5, no final deste capítulo, sendo que nas demais seções a análise será feita essencialmente a respeito da casa do bairro Turu, por esta ter sido foco do estudo durante a maior parte do tempo. Imagens da estrutura física das duas casas serão apresentadas para melhor exposição e compreensão da ambiência.

6.1 A CASAI DE SÃO LUÍS: dinâmica de organização e gestão

Apesar deste trabalho ter como objeto de estudo a Casa de Saúde do Índio da cidade de São Luís, é importante primeiro compreender que dentro da jurisdição do DSEI-MA existem três CASAIs: a que fica em São Luís, uma em Imperatriz (que é a segunda maior cidade do estado) e ainda uma terceira que fica na cidade de Teresina, capital do estado do Piauí.

Durante a pesquisa tentamos compreender, junto aos funcionários e gestores da CASAI de São Luís e até mesmo em entrevista com a coordenação do DSEI-MA, os motivos que justificam a existência de uma unidade de apoio em outro estado, porém, o que percebi foi um desconforto por parte dos entrevistados, que não chegaram a responder a esta questão de forma satisfatória. De acordo com GES3, da coordenação do DSEI-MA (o único que comentou sobre a situação

logística da CASAI de Teresina), tal unidade é um assunto polêmico e que envolve problemas políticos:

“A questão da CASAI de Teresina é bem... vamos dizer, polêmica, porque existe uma articulação interestadual aí, que ela, por conta de uma dívida, não sei como que tá funcionando, ela não... ela tá um pouco estremecida e vários indígenas do sudeste do Maranhão, principalmente, são encaminhados pra Teresina e aí... mas ainda não afetou a saúde indígena nesse quesito dessa articulação interestadual não” (GES3).

Durante a entrevista com GES3 percebemos que o mesmo não se sentiu confortável para entrar em mais detalhes a respeito da questão, deixando o assunto “em aberto”. Porém, alguns aspectos merecem ser comentados, como a grande demanda em Teresina de pacientes maranhenses (índios e não índios) em busca de atendimento médico-hospitalar e distância geográfica da capital piauiense dos territórios indígenas do Maranhão.

É válido mencionar que, apesar da CASAI de Teresina ser parte do DSEI-MA, recebendo recursos desse distrito, o atendimento aos pacientes da unidade é feito em hospitais e clínicas do estado do Piauí, demandando recursos e vagas disponibilizadas para os cidadãos daquela região. Tal situação vai de encontro a um problema interestadual, uma dívida (milionária), como citou GES3.

Segundo reportagem exibida no telejornal “Bom Dia Brasil”, da Rede Globo de Televisão, exibida em 10 de janeiro de 2014, naquela ocasião o Piauí estava se recusando a aceitar pacientes oncológicos porque o Governo do Maranhão lhe devia 8 milhões de reais, quantia acumulada de um acordo feito entre as duas Unidades Federativas (UFs).

Desde o dia 1º de janeiro, o hospital de referência no tratamento de câncer no Piauí, que atende pelo SUS, não recebe mais pacientes do Maranhão. De um total de 3.500 pessoas em tratamento, 500 são do estado vizinho, quase 15%. [...] Um acordo entre o governo do Maranhão e a prefeitura de Teresina, feito em 2010, prevê um repasse de R\$ 300 mil por mês para garantir a assistência médica a pacientes com câncer de 39 municípios maranhenses. Segundo a Secretaria de Saúde de Teresina, o valor não vem sendo pago. O débito acumulado já passa de R\$ 8 milhões, o que acarretou a suspensão do atendimento (BOM DIA BRASIL, 2014, sem paginação).

Ainda de acordo com a reportagem, o fato se deve à posição geográfica de Teresina, que fica próxima às cidades do leste maranhense, o que justifica, em parte, a grande demanda oriunda do Maranhão, pois para a população dessa localidade é muito mais rápido chegar a Teresina do que a São Luís. Todavia, no que se refere aos povos indígenas no Maranhão, este fato não parece justificar a existência de uma Casa de Saúde do Índio em Teresina, visto que a totalidade das

Terras Indígenas demarcadas do Maranhão localizam-se na chamada “Amazônia maranhense”, a oeste do estado, como é possível observar na Figura 5 (Localização do DSEI-MA e organização de serviços no Maranhão), na página 37 deste trabalho. Em outra reportagem recente, publicada em janeiro de 2015, foi noticiado que a justiça determinou que o Piauí voltasse a atender aos pacientes provenientes do Maranhão, mas que somente os habitantes de 26 municípios próximos serão atendidos (G1 PIAUÍ, 2015).

Outra questão a se ponderar é que o Piauí é o estado da região Nordeste que possui a menor população indígena, sendo que não existe um DSEI que atue especificamente dentro de seu território geográfico. Parece que a situação da existência de uma CASAI em Teresina traz as mesmas indagações a respeito da localização da sede do DSEI-MA estar em São Luís, como foi comentado na Seção 2.2 desta pesquisa.

Quanto à CASAI de Imperatriz, sua localização e existência parece ser bastante apropriada, visto que a cidade fica no extremo-oeste maranhense, próximo à área de concentração de Terras Indígenas no estado (vide Figura 5). Além disso, Imperatriz é a segunda maior cidade maranhense, tanto em extensão territorial quanto em população e possui uma estrutura de saúde de média complexidade.

Indagamos ao GES3 se apenas três unidades de apoio não seria pouco diante da demanda indígena do estado, qual foi sua resposta:

“Talvez sim, né... mas também há uma quantidade pequena de municípios-referência... É que não adianta a CASAI estar num município em que a região não oferta o serviço, não adianta... Aí é recurso ineficiente... mas talvez haja um número insuficiente de CASAI. Tanto é que, assim, a gente tem o terreno, já tem o levantamento topográfico, já tá numa fase assim... é inicial, mas avançou... pra construção da CASAI em Grajaú. Então, Grajaú tem 3 hospitais, sendo um que recebe recursos de incentivo à atenção especializada à atenção dos povos indígenas e aí a gente que tenha uma resolutividade maior” (GES3).

Para o entrevistado, a cidade de Grajaú possui um papel importante dentro do DSEI-MA, pois, segundo ele, se trata de um centro de referência de média complexidade, o que justificaria a construção de uma Casa de Saúde do Índio. Porém, ressaltamos que as instituições de saúde no município de Grajaú também apresentam problemas sérios em sua estrutura e que a construção de novas CASAI não resolvem o problema da rede de referência, que precisa ser resolvido através de ações realizadas pelos governos federal, estadual e municipal.

Quanto à Casa de Saúde do Índio de São Luís, esta é a unidade de apoio aos indígenas que precisam de tratamento médico de média e alta complexidades na capital maranhense. Segundo relatos coletados na pesquisa de campo, a casa inicialmente ficava no bairro do Parque Vitória¹⁵, em imóvel alugado, porém, o difícil acesso ao local exigiu que providências fossem tomadas, o que fez com que, em dezembro de 2006, segundo as entrevistadas FUN2 e FUN4, as instalações mudassem para a Avenida São Luís Rei de França, Quadra 8, Número 3, Jardim Eldorado, Turu.

As entrevistadas apontaram aspectos que consideravam positivos e negativos na casa do Parque Vitória, destacando questões como a infraestrutura da casa, a quantidade de pacientes e os problemas enfrentados com terceirização de funcionários.

“Aqui a gente não participa de nada, a gente só sabe quando já tá feito. No Parque Vitória alagava. A gente ficava ilhado quando chovia. Na época não tinha asfalto, era estrada de chão e tinha um riacho [...] Não tinha muito quarto, mas tinha muita área verde. Tinha um terraço grande que “arrodeava” a casa, tipo casa de fazenda. Atrás tinha muito espaço, muitas árvores, eles armavam as redes. O ruim era o acesso” (FUN2).

“Lá a gente trabalhava em média 150 índios, não tinha um teto. Tinha uns que já montavam era casa [...] Teve um tempo que ficou sem limpeza. O terreno muito grande. Foi um problema... vigilância, limpeza, motorista, tudo hoje é terceirizado¹⁶. Hoje tá bom. Eles querem acabar com o funcionalismo. Tudo é terceirizado. A SESAI paga a empresa. Servidores mesmo, somos 8. Aposentou 2 agora...” (FUN4)

Apesar de existirem três Casas de Saúde do Índio no DSEI-MA, percebemos durante toda a pesquisa que não há um contato entre essas unidades, limitando-se a assuntos emergenciais, como transferências de pacientes. Ainda foi destacado o problema entre o Maranhão e o Piauí no tocante às vagas em hospitais. Os depoimentos abaixo apresentam a opinião de alguns entrevistados.

“Na verdade a interação nossa é com os distritos e com os polos. Não há uma interação com as CASAIs, mas ao menos que haja necessidade de alguma informação, alguma coisa, mas dentro da rotina mesmo, não” (GES2).

“O contato da gente com outros profissionais das outras CASAIs são assim, de transição de paciente, translado... a CASAI de Imperatriz [...] não tem tal recurso, eles entram em contato com a gestão daqui né, o gestor... pra

¹⁵ Segundo informações obtidas durante a disciplina “Saúde de Populações e Comunidades Indígenas”, do Mestrado em Saúde e Ambiente, a primeira CASAI de São Luís ficava na Rua do Sol, no Centro da cidade, porém, durante a pesquisa de campo, nenhum dos funcionários fez menção à unidade, mas referiram-se apenas à que ficava no bairro do Parque Vitória.

¹⁶ Segundo informações, esses profissionais terceirizados são de contratações via ONGs e, também, dos contratos realizados pela sede do DSEI.

tentar viabilizar algum tipo de especialidade específica que é só aqui em São Luís [...] a gente fica nessa interlocução, de transporte né... de agendamento, de transferência, mas isso é muito mais com o gestor” (FUN6).

“Olha, nós fizemos em 2006 o encontro com as Casas do Índio tentando exatamente buscar isso aí. Que fosse feito o mesmo sistema nas três. Mas eles estão buscando pra esse ano esse novo encontro. Seria fundamental, agora, sabendo que cada... no caso, o Piauí, que eles já tem uma dificuldade maior, por não ter índio no estado eles têm essa dificuldade no acesso. Os índios são do Maranhão. Eles enfrentam uma barreira grande no SUS pra fazer essa mediação, justamente porque são indígenas no Maranhão, porque a documentação deles é de outro estado. Essa é uma briga grande” (FUN4).

“Na verdade, agora está começando a haver uma interação, mas não havia nenhuma interação. A gente tá tentando fazer [...] uma oficina¹⁷, no mês que vem de regulação de fluxo do serviço dentro do DSEI [...] A gente vai ter essa oficina e vai tá regulando esse fluxo e normatizando esse fluxo. Normatizando e padronizando nas três CASAs como é que vai ser feito. Então assim, que é uma coisa... não existe padronização nenhuma, cada uma trabalha de uma forma e de forma independente. A gente quer fazer todas trabalhando de uma forma só e de forma ligada” (GES4).

Durante as entrevistas percebemos que alguns funcionários e gestores não pareciam se preocupar com o contato entre as CASAs do DSEI-MA, considerando a interação como algo que deveria ser corriqueiro e/ou emergencial. Ao mesmo tempo, outros participantes da pesquisa aparentaram a aspiração de ter maior contato com as demais casas de apoio, entretanto, ainda assim, demonstraram acreditar que esta é uma função da gestão.

Obviamente, a gestão deve tomar a iniciativa, junto à SESAI e ao DSEI para que estes órgãos responsáveis tomem medidas que permitam a interligação entre as unidades, estimulando os trabalhadores das casas de apoio a manter alguma relação, proporcionando encontros que promovam o debate para a melhoria dos serviços ofertados. Na contramão do que os depoimentos anteriores apontam, para GES3 há sim uma mesma lógica administrativa entre as CASAs do DSEI-MA.

“Na verdade assim, administrativamente, as CASAs possuem os mesmos contratos de serviços, não é... então o serviço que é ofertado dentro da CASAI de São Luís é o mesmo ofertado dentro da CASAI de Imperatriz. Recentemente nós fizemos agora uma capacitação entre os coordenadores técnicos das CASAs e os profissionais de Polo-Base pra que a gente normatize os fluxos de referência e contrarreferência, é... quais documentos, quais histórias clínicas, são imprescindíveis na referência... o resultado disso foi muito bom e isso deve ter no máximo uns 20 dias que isso aconteceu e a gente já pretende colocar na prática essa questão das regulações da CASAI. Mas administrativamente uma CASAI, ela possui os mesmos contratos de serviços da outra CASAI. Então, um serviço ofertado

¹⁷ Segundo informações posteriores, a oficina de aconteceu entre os dias 10 e 14 de novembro de 2014. Porém, maiores detalhes não foram comentados pelos funcionários e não foram encontradas informações em meios de comunicação ou informativos da SESAI e DSEI-MA.

dentro da CASAI, eles são homogêneos, eles são os mesmos, tem que ter uma assistência de enfermagem de nível primário, alimentação, a hospedagem, agora a gente tá entrando com um contrato de lavanderia, cama, mesa, banho pra todas as três CASAls. E agora as três CASAls já têm empresa vencedora...” (GES3).

Como se vê na declaração de GES3, o mesmo afirma que os serviços ofertados são os mesmos nas três casas do distrito, pois estas possuem os mesmos contratos. Porém, não comentou exatamente a respeito da interação entre os funcionários das mesmas, fazendo menção apenas ao evento promovido para maior articulação entre as CASAls.

A iniciativa do evento é bastante importante, visto a situação da saúde indígena e das CASAls no estado, mas destacamos que ações como essa devem ser periódicas e parte integrante do calendário de eventos da SESAI no Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão, com a participação não apenas das coordenações das casas, mas também de representantes dos profissionais que nelas atuam e principalmente dos membros do Condisi, para assimilação das reivindicações dos indígenas a respeito do que é ofertado nas CASAls, de acordo com as necessidades de cada unidade e levando em conta, ainda, a realidade de cada região onde as mesmas estão inseridas.

Alguns funcionários que já haviam trabalhado ou visitado as outras CASAls do distrito deram sua opinião a respeito das semelhanças, diferenças e dificuldades entre elas. A entrevistada FUN5 deu sua opinião sobre a unidade de Imperatriz, onde já chegou a atuar, demonstrando que há problemas também nessa unidade, tanto em estrutura quanto em articulação com a rede de serviços de saúde da cidade.

“Aqui [em São Luís] é porque a gente tá mais perto assim de hospital, tem mais aquela facilidade, se bem que não é tanta, mas existe mais essa facilidade. Às vezes há dificuldade de medicação, de conseguir uma consulta [...] Eu acho que é uma coisa pela outra [a estrutura física da CASAI de São Luís e da CASAI de Imperatriz], porque todas elas nunca são adequadas, a gente vai de acordo... porque não é o ideal. Todas são adaptadas [ela usou o termo como sentido de ‘improvisadas’]. A demanda é menos [em Imperatriz]” (FUN5).

O gestor GES4, que atuou em outro DSEI, fez um comentário comparativo entre a CASAI de São Luís e a de Belém do Pará e destacou problemas referentes a medicamentos, que, segundo ele, são identificados nas duas unidades.

“A CASAI de Belém tem uma adequação melhor porque lá o terreno é próprio e o prédio é próprio, então isso aí é uma grande diferença, isso aí

já... a CASAI já foi construída pensando em ser uma CASAI... essa que é a diferença. Que aqui a gente tem que... como é alugado, é adequado o espaço. Mas em questão do serviço é praticamente... o desenvolvimento do serviço é praticamente assim... as mesmas dificuldades que eles têm lá a gente tem aqui [...] principalmente medicamentos, a gente tem mais dificuldade [...] questão de receituário especial. Como a gente atende aqui a especialidades, então, normalmente, os médicos prescrevem medicações fora da dinâmica e isso que dificulta a gente à compra. E aí, como a gente é Ministério da Saúde e atenção básica, então a gente só pode comprar Rename [Relação Nacional de Medicamentos Essenciais] Atenção Básica, do Ministério da Saúde. Então, quando é passada uma receita fora desse contexto, a gente não pode comprar porque... questão de legislação, do Ministério da Saúde [...] isso atrapalha bastante [...] a gente sabe que o indígena não tem condições de comprar, mas a gente não pode comprar por causa dessa legislação” (GES4).

Salientamos que São Luís, como capital do estado do Maranhão, é uma cidade com uma infraestrutura de saúde maior em comparação as cidades do interior, que possuem estrutura precária para todos, índios e não índios. Dessa forma, muitos pacientes indígenas fazem uso da CASAI-SLZ, em busca de atendimento de média e alta complexidades, sendo estes de todas as etnias do estado. Tal fato contribui para que a unidade de apoio esteja sempre ocupada, o que se mostrou um problema, visto que o limite de pessoas (entre pacientes e acompanhantes) que a CASAI-SLZ deve comportar, segundo o DSEI, é de trinta e cinco pessoas. O problema de superlotação na casa leva a consequências diversas, ligadas à escassez de alimentação, medicamentos e espaço. Indagamos a respeito deste assunto com FUN4, que respondeu o seguinte:

“Olha, voltar o paciente a gente não pode, o que nós tentamos aqui é trabalhar com urgências, emergências ou pacientes que estejam com consultas marcadas, consultas eletivas. No mais é tentar ir fazendo isso. Aqueles que já estão liberados tá retornando, porque existe uma cota de alimentação, que são 35. E se passar desse valor, aí é feito um documento justificando, mas a gente tenta trabalhar com esse teto de 35 pessoas na casa” (FUN4).

Como comentado, o fato de se existir um teto máximo de trinta e cinco pessoas é um problema não só no quesito alojamento, mas também no que tange aos recursos disponibilizados para a CASAI, pois todo o cálculo de insumos, material, alimentação e água mineral é feito com base nesse quantitativo. Durante a pesquisa houve relatos de funcionários que afirmaram que, em certas ocasiões, a casa chegou a hospedar mais de sessenta e dois indígenas simultaneamente, quase o dobro do que a unidade suporta.

Em observação sistemática percebemos que muitos dos pacientes estavam na casa com problemas de saúde menos complexos, como diarreia, por

exemplo, que pode ser tratado na região onde moram. Tal fato evidencia uma problemática não apenas na atenção básica no DSEI-MA e também na estrutura deficiente do SUS no estado do Maranhão, pois a cobertura insuficiente de saúde atinge a população não indígena e indígena. Para FUN5, a problemática envolve também a mudança de órgão gestor, primeiramente da FUNAI para a FUNASA.

“Eu não vi muita mudança. Depois que mudou pra FUNASA¹⁸ a gente sente a diferença. Assim oh, antes não tinha muito essa demanda de índio sair da aldeia e vir para cá. Quando era a FUNAI, tinha a equipe de saúde que passava 30 dias [...] ali ia enfermeira, médico, dentista, assistente social, laboratorista. Então, quando tinha aqueles casos que era pra encaminhar pra cá, o médico já deixava com a gente: “olha, tem uns índios aí que vai ser preciso ir pra São Luís”, a gente vai tá agendando consultas e a gente vinha pra cá só com aqueles casos que a gente já tinha esgotado toda... todos os coisas e não resolvia. Mas hoje vem pra cá com uma diarreia, uma pneumonia, uma pneumonia leve, que dava pra você lá, entendeu? Às vezes ele vem com uma doença que quando ele vem ele traz a família, aí aquele que vem com a doença, o que vem bom adocece com o tempo, tira ele da aldeia e vem pra cá, é outra coisa” (FUN5).

O depoimento acima evidencia questões delicadas referentes ao contexto de saúde que provocam uma espécie de “reação em cadeia”: primeiro, a gestão da saúde indígena, que apresenta deficiências nos Polos; em seguida, a estrutura de saúde do SUS nos municípios próximos às aldeias, que “obrigam” que pacientes com doenças pouco complexas se desloquem para outros centros; e ainda o adoecimento dos acompanhantes, que vêm para a CASAI para dar suporte ao familiar enfermo, mas que acabam adquirindo algum problema de saúde, em decorrência do tempo de hospedagem na casa e nos hospitais de referência. Para FUN7, o serviço era melhor quando a FUNAI era responsável pela saúde. Segundo ela, essa também é uma opinião geral dos índios.

“A FUNAI era melhor [...] todos falam que a FUNAI era melhor, inclusive os próprios índios [...] diz que a FUNAI ia e dava a cara mesmo, metia a cara e fazia. E hoje a SESAI tem toda uma etapa [...] licitação [...] tudo demora” (FUN7).

Para Cruz (2007), essa é uma questão bastante polêmica, pois a FUNAI é um órgão que foi criado especificamente para lidar e trabalhar em prol das reivindicações e direitos do índio, ao contrário da FUNASA, que precisou inteirar-se da especificidade que área requer:

A inserção da gestão da saúde indigenista no âmbito da FUNASA significou um desafio que comprometeu a referência positiva que esse órgão havia

¹⁸ Apesar de a saúde indígena ser coordenada atualmente pela SESAI, notamos que muitos funcionários ainda se referem nominalmente à FUNASA, como se fossem o mesmo órgão. No depoimento de FUN5, a mesma se refere a uma mudança negativa que se deu a partir da gestão da Fundação Nacional de Saúde, que se estendeu à gestão da Secretaria Especial de Saúde Indígena.

conquistado ao longo dos anos. Despreparada para assumir essa função, que requer competências que seus quadros não dispunham, como, por exemplo, conhecimento da diversidade indígena e sensibilidade para atuar com diferentes concepções de saúde e doença, a FUNASA viu-se envolvida num emaranhado de denúncias de ineficiência no que se refere à saúde indigenista (CRUZ, 2007, p. 32).

Como as diversas mudanças nos órgãos responsáveis pela gestão da saúde indígena já foram comentadas no referencial teórico, não aprofundaremos mais essa questão neste capítulo, mas é importante salientar que, ainda que a FUNAI seja o órgão criado para trabalhar com as questões diversas inerentes aos indígenas e ainda seja referenciada muitas vezes como melhor do que a FUNASA no quesito saúde, muitos problemas e falhas existiram durante seu período de gestão, inclusive no que diz respeito à formação e preparo de seus funcionários para lidar com o contexto intercultural, como já comentamos. A mudança para a FUNASA contribuiu para agravar esses problemas, visto que esta não possuía as competências exigidas, como comenta Cruz (2007).

Um fator importante diz respeito aos profissionais e sua formação para trabalhar especificamente com populações indígenas na CASAI. Durante a coleta de dados indagamos sobre a trajetória profissional na saúde indígena dos colaboradores e a grande maioria afirmou não ter recebido uma capacitação específica para tal fim, tendo ingressado na carreira por meio de contrato, alguns através de ONGs e outros diretamente contratados pelo DSEI-MA.

“Na verdade, a gente nunca recebeu. O que a gente... o que acaba acontecendo é convivência mesmo... a gente acaba aprendendo na prática” (FUN1).

“Não, a gente sempre solicita, mas... eu já fiz algumas capacitações, mas não nesse sentido. Mais no sentido de SIASI pra informações quando eles lançam outros modelos, a gente tem que ir, mas quanto assim, trabalhar com eles não, isso aí é conviver mesmo e acostumar” (FUN 2).

“Nenhuma, não teve. Fiquei em treinamento durante uma semana aqui na CASAI [...] trâmites burocráticos” (FUN8).

“Quando eu entrei na FUNAI, pelo convênio da Vale do Rio Doce [ocasião em que recebeu capacitação]. A gente tem que tá sempre se atualizando. Quando a gente sabe [do oferecimento de treinamentos] às vezes já passou, fica às vezes só lá na administração, não chega informativo, já vai saber através de terceiros e já passou e pronto. Já fizemos reclamações várias” (FUN5).

“Esses profissionais... essa... essa experiência, elas são adquiridas no próprio dia a dia né, com o paciente” (GES1).

Além desses relatos, houve vários comentários sobre o fato de haver sempre seletivos (a maioria em caráter emergencial para contratos) e não concurso

público. Por diversas vezes os funcionários demonstraram aguardar o edital para concurso, que há algum tempo estava “prometido” para o DSEI-MA.

Entre os que eram contratados a partir de seletivos, alguns já haviam trabalhado em outros DSEIs, enquanto que alguns estavam em sua primeira experiência na saúde indígena, alegando, inclusive, que o processo para ingressar na área foi muito rápido, forçando a aprender as atividades imediatamente na rotina da CASAI. Para FUN8, que afirmou ter sido admitida dessa forma, o problema da carência de conhecimento sobre populações indígenas se estende às instâncias de governança em saúde no Maranhão.

“Como eu tenho a visão do estado [trabalhou na saúde no estado do Maranhão], a gente pouco tinha relação com a saúde indígena. A gente sabia que existia um órgão, que era a SESAI, que era responsável pela saúde indígena, do mesmo jeito como o sistema de informações são separados [...] não é um acesso facilitado. Há sim a necessidade de se unificar, de se conversar muito mais em termos de política, de programas mesmo do governo entre, digamos, o restante da população e a SESAI e a saúde indígena” (GES8).

O sistema de informações em saúde indígena é um problema que já fora comentado no referencial teórico desta pesquisa e que dificulta que novos estudos e análises sejam feitos sobre a situação da saúde indígena no Brasil. Na própria CASAI-SLZ não há uma organização a respeito dos dados dos pacientes, sendo que, para esta pesquisa foram solicitados os relatórios mensais com quantitativo de internações, hospitais que prestaram atendimento, etnias e outros dados relevantes, porém, a desorganização ficou nítida quando esses dados não foram localizados em nenhum dos computadores ou mesmo nas pastas com material impresso. Apenas quatro relatórios foram disponibilizados (dos meses de janeiro, julho, agosto e setembro, sendo que há nítida diferença entre a qualidade do primeiro para os três últimos, que estavam bem melhor organizados). Não foram disponibilizados os prontuários, que, segundo alguns funcionários, era de uso exclusivo da CASAI.

Quando indagados sobre a exigência da elaboração desses relatórios, os funcionários propuseram que procurássemos pelos documentos nos armários de arquivos que estavam na secretaria, sugestão que, obviamente, não acatamos.

Ainda fora informado que os dados não ficavam na CASAI porque eram mandados diretamente para a sede do DSEI-MA, porém, através de ofício (Anexo C) enviado ao distrito, solicitamos os documentos, mas, em resposta (que foi dada diretamente e não através de documentos) a funcionária responsável afirmou que

todos esses relatórios ficam na própria CASAI e nunca foram enviados para a sede do DSEI-MA.

Em nova tentativa de obter os dados em fevereiro de 2015, um dos gestores informou que os únicos relatórios mensais disponíveis de 2014 são os que nos foram disponibilizados e que os mesmos só começaram a ser elaborados de forma organizada depois que ele ingressou na casa, no fim do primeiro semestre.

Quanto ao gerenciamento dos leitos disponíveis na CASAI-SLZ, podemos afirmar que não há uma dinâmica baseada em procedimentos operacionais padrão. Como a casa está constantemente cheia e a maioria dos indígenas tem predileção por dormir e descansar em redes, a situação e quantidade de quartos disponíveis dificulta ações de gestão de hospedagem. Há, contudo, um fato de extrema importância que diz respeito a pacientes que estejam com alguma doença infectocontagiosa, pois sua estadia na casa oferece riscos àqueles que não têm problemas sérios e ainda aos acompanhantes, que, em tese, não estão doentes.

“O cuidado é tomado de acordo com qualquer cuidado de uma instituição de saúde, por exemplo, se for um paciente, digamos, que está com tuberculose, a gente tenta não colocar ele num local fechado, a gente coloca num local que tenha ventilação, entendeu, justamente pra evitar, ao máximo, a questão da transmissão e são cuidados básicos que a gente realiza em qualquer tipo de instituição, entendeu? Não muda muito não” (FUN1).

“A gente geralmente procura assim, na medida do possível, isolar um pouco. Principalmente, TB [tuberculose]. Agora estamos com dois em tratamento de TB, mas a casa não oferece, mas a gente deixa numa área mais aberta pra não ficar circulando muito” (FUN5).

Os depoimentos apontam para problemas na gestão de pacientes com doenças contagiosas. Apesar de terem citado apenas casos de tuberculose, é preciso atentar para o fato de que há alto índice de indígenas infectados pelo vírus HIV¹⁹ no Maranhão (DEPARTAMENTO DE IST²⁰, AIDS²¹ E HEPATITES VIRAIS, 2007).

Tal fato incorre em questões delicadas, que envolvem a esterilização dos utensílios de enfermagem, as condições sanitárias da casa e a conscientização dos próprios usuários da instituição. Além disso, para que a casa possa oferecer segurança a todos os pacientes, se faz necessário ter uma estrutura física que

¹⁹ Vírus da imunodeficiência humana.

²⁰ Infecções sexualmente transmissíveis.

²¹ Síndrome da imunodeficiência adquirida.

possibilite o incremento das práticas de forma correta e eficaz. Sobre esse assunto falaremos a seguir.

6.1.1 Estrutura física e ambiência

Como visto no Capítulo 4, a ambiência possui um papel importante para a humanização, contribuindo para facilitar a atuação da equipe e para minimizar os impactos negativos de um ambiente diferente para os pacientes, que estão longe de suas residências e passando por momento delicado em questão de saúde.

Durante a pesquisa observamos aspectos relevantes da ambiência da Casa de Saúde do Índio do Turu, muitas delas divergentes do que preconizam a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e a Política Nacional de Humanização e ainda as portarias que definem como deve ser a estrutura de uma CASAI.

Apesar de ampla, a casa não foi construída para tal fim, sendo uma edificação residencial, em uma das mais movimentadas avenidas da capital do estado do Maranhão. Com apenas um pavimento, a casa não possui área verde para circulação e os quartos e banheiros estavam em condições precárias quando da coleta de dados. A fachada da casa continha uma placa grande com a identificação de que se tratava de uma CASAI, como mostra a Figura 7.

Figura 7: Fachada da CASAI-SLZ e placa de identificação



Fonte: Pesquisa de campo.

A estrutura da casa conta com um terraço-varanda (vide Figura 8), o qual um dos gestores denominou de “área de convivência” (nesse local a grande maioria dos usuários armava sua rede para dormir e descansar); uma sala ampla, mas mal aproveitada, com um pequeno aparelho de televisão, onde alguns indígenas ficavam praticamente do dia todo; um posto de enfermagem com farmácia, cujos utensílios estavam em péssimo estado (segundo observação sistemática e relatos de técnicos de enfermagem em conversas informais).

Figura 8: Varanda



Fonte: Pesquisa de campo.

A casa ainda possui uma divisão feita com compensado na sala, onde foi improvisado um gabinete para a gerência (desfeito quando ocorreu a mudança para a casa nova). Vale destacar também que uma das suítes era utilizada como secretaria, onde ficavam os materiais de escritório, um computador e algumas mesas de trabalho, para uso dos assistentes administrativos, nutricionista e chefe de enfermagem, além de um refrigerador, para conservação das refeições dos funcionários, que é levada por eles próprios e armários de metal onde estavam localizados os arquivos.

Um fator que chamou bastante a atenção foi a ausência de uma área verde, como um gramado ou um jardim, essencial nesse tipo de instituição, por

favorecer contato com a natureza, além de deixar o ambiente menos frio e impessoal.

Nesse quesito, apesar de a casa contar com três espaços chamados “jardim de inverno”, não havia plantas nesses locais, que serviam apenas como um recurso para iluminação e ventilação, além de serem muito pequenos (em um ambiente residencial os mesmos possuem a função de decorativos).

“A estrutura da casa necessita de reparos urgentes. Percebi que o espaço é pequeno para a quantidade de usuários que comporta e não há sequer uma área verde no local. Como imóvel residencial me pareceu ser um uma casa boa e até ampla, mas não para ser uma casa de apoio, especialmente por receber pessoas enfermas. Os jardins de inverno não possuem plantas e pareceu que não colaboram na ventilação interna. Em um deles vi um pouco de lixo acumulado, como papéis amassados” (DIÁRIO DE CAMPO).

Quanto às enfermarias, havia três, com macas, colchões e cadeiras de banho bastante danificados. Os banheiros também estavam em condições precárias, sendo alvo de críticas tanto de funcionários quanto de usuários. Em conversa informal com um dos funcionários foi afirmado que, apesar de existirem três enfermarias “oficiais”, ainda havia uma improvisada, que provavelmente se tratava de uma estrutura no quintal, um pavimento acima da lavanderia (um espaço pequeno, sem máquina de lavar) aparentemente bem estruturado, ao qual não tivemos acesso durante todo período de coleta de dados.

“A primeira visita feita para conhecer as dependências da CASAI-SLZ foi bastante impactante. Observei que os quartos exalavam mau cheiro, os banheiros estavam sem estrutura alguma e ainda me deparei com pessoas tomando banho no quintal, no tanque onde as roupas são lavadas pelos próprios usuários. Apesar de a situação ser crítica e alarmante, não identifiquei nos funcionários uma grande preocupação, talvez por já estarem acostumados à situação, talvez por já brigarem há algum tempo por melhorias, mas sem sucesso” (DIÁRIO DE CAMPO).

Em conversa com outros funcionários, obtivemos ainda a resposta de que era um local para uso dos seguranças terceirizados da casa. Ainda havia um quarto utilizado para descanso dos plantonistas, um quarto simples, que não foi fotografado.

A cozinha com copa e despensa da casa são amplas, mas não eram utilizadas para fazer as refeições dos pacientes, visto que uma empresa terceirizada se responsabilizava pela alimentação em forma de “quentinhas”. Também fora relatado que o espaço era aproveitado pelos funcionários, especialmente técnicos de enfermagem plantonistas quando precisavam esquentar a comida que traziam de

casa ou mesmo para preparar algo. A Figura 9 mostra a estrutura desse cômodo da casa.

Figura 9: Copa e cozinha



Fonte: Pesquisa de campo.

O abastecimento de água da casa era feito através de um poço artesiano, segundo informação obtida em conversa com uma das técnicas de enfermagem. A água utilizada para beber era comprada com recurso enviado pelo DSEI-MA, ou seja, água mineral. Quanto às instalações hidráulicas, a situação dos banheiros foi bastante criticada durante a coleta de dados, com relatos de torneiras e chuveiros quebrados, o que dificultava a higiene pessoal dos usuários. Quanto às instalações elétricas não houve reclamações e, apesar de a casa aparentar ser antiga, não foram notados problemas com relação a essa questão, a não ser o modelo de algumas tomadas.

Ao longo das visitas realizadas à casa, observamos que a estrutura necessitava de reformas e ajustes. Por ter visitado o local em todos os meses do ano, pudemos verificar que nos primeiros seis meses, época de chuva intensa no Maranhão, a casa ficava bastante úmida e com cheiro de mofo nas dependências. Um dos indígenas entrevistados alegou ainda que a fossa da casa exalava mau cheiro quando chovia.

“O que até agora ele, a gente já reclamou pra ele [para o gestor da casa]... pra ele arrumar esses banheiro, e ele nunca arrumou! E a fossa mesmo tá com um cheiro velho ruim, na hora que chove, enche, aí sai tudinho” (IND1).

Durante o segundo semestre o incômodo maior era o calor, que, apesar de ser um problema durante o ano inteiro, intensificava-se nessa época, fator que incomodava não somente os usuários, mas também os funcionários, que chegaram a comentar inúmeras vezes sobre como a alta temperatura no interior da casa dificultava o rendimento no trabalho.

“Muito quente, principalmente à tarde, aí a gente não produz muito à tarde, então tem que correr com o serviço de manhã, porque à tarde a gente tá fatigado, cansado, por causa do calor” (FUN2).

Como meio de fugir do calor do interior da casa os usuários permaneciam a maior parte do tempo no terraço, em redes, porém, como a unidade estava localizada em uma das principais avenidas da cidade o ruído de veículos era muito intenso.

“As entrevistas e conversas que realizei hoje foram feitas no terraço da casa e percebi o quanto o local é barulhento. Também entra muita poeira e fumaça. Fiquei sensibilizada com uma mãe que tentava descansar numa rede com uma criança que aparentava ter uns 5 anos e que tossia muito” (DIÁRIO DE CAMPO).

Em algumas ocasiões, através de conversas informais, identificamos pacientes com cefaleia se queixando do barulho no terraço, mas sem um bom espaço confortável para descansar dentro da casa. Apesar do consenso de que os pacientes preferem dormir em redes, no terraço, o paciente IND1 relatou que também havia certo incômodo em tal situação.

“Podia arrumar outra casa pra cada um dos doente chegar aqui com acompanhante dentro dos quarto né... Eles dorme ali fora, tem muita muriçoca também... a gente tem medo de pegar... como é que chama? É... dengue... aí a gente fica preocupado né” (IND1).

Para FUN7, o incômodo advindo dos ruídos externos é intensificado pela existência de uma casa noturna de *shows*, que provoca muita indisposição entre os pacientes e os plantonistas, especialmente nos fins de semana, ocasiões quando ocorrem mais eventos no referido estabelecimento.

Pesquisadora: Como você avalia a estrutura da casa e a ambiência?

“Não é boa... olha, é vários fatores, um dos principais fatores aqui ao lado é uma casa de show que tem aqui ao lado e devido isso tem muita zoada à noite, não é bom para os índios. Essa, assim, estrutura também não tá tão boa também” (FUN7).

Pesquisadora: De que forma isso influencia pra eles, no relaxamento, no conforto?

“Olha, não é bom, eles reclamam muito, eu acho que atrapalha também o tratamento porque, se tem uma pessoa operada, então ele vai passar a noite toda com aquela zoadá, porque praticamente é só esse muro que divide né, então isso atrapalha muito, atrapalha muito o tratamento deles” (FUN7).

Durante as entrevistas perguntamos sobre o impacto da ambiência para os funcionários e para os indígenas, pedindo para que cada entrevistado destacasse os aspectos positivos e negativos. A grande maioria respondeu que a casa precisaria de adequações para que pudesse se tornar mais confortável.

“Acho que nos falta mais leitos, pra gente tá... porque tem a questão das etnias, essas especificidades, porque eles não gostam de cama, então a gente tem que tá adequando à rede... isso não tem como mudar, é cultural, não tem como tá alterando” (FUN4).

A entrevistada FUN5 ainda comentou sobre os equipamentos de trabalho e escassez de medicamentos na casa, o que dificulta bastante o desenvolvimento do trabalho da equipe de enfermagem.

“Olha [...] começa pela sala de curativo que foge totalmente... primeiro que não tem uma pia, não tem um armário assim adequado, não tem chave no armário. [...] Tem as dificuldades de medicamento, um aparelho de pressão, que agora, no momento, ele tá desregulado, uma medicação, coisa bem simples, que não precisa levar num hospital que muitas das vezes a gente leva e eles não querem internar... ah, isso aí dá pra dar um analgésico [ela se refere ao que os profissionais dos hospitais comentam]... muitas das vezes a gente não tem aqui nem um analgésico” (FUN5).

Não identificamos uma sala organizada especificamente como sendo sala de curativos. Acreditamos que esse serviço era feito no posto de enfermagem (Figura 10), onde ficava o material do qual FUN5 se queixou, justificando sua crítica.

Figura 10: Posto de enfermagem e farmácia



Fonte: Pesquisa de campo.

Alguns funcionários ainda justificaram que a ambiência não era adequada, e que não possuem espaço ideal para exercícios de suas funções, mas que, de certa forma isso não seria mais um problema, pois mudariam daquela casa para outra bem maior.

“Eu não tenho lugar... pra... às vezes o índio quer conversar comigo, quer falar um assunto particular e não tem uma sala que ele possa chegar e conversar à vontade, porque ele nunca vai chegar no meio de todo mundo e vai contar ou vai ficar, assim, chamando a gente. Às vezes a gente que chama, vai... mas o índio não, ele precisa do espaço dele, do lugar dele, que ele se sinta à vontade, que ele se sinta confortável pra chegar, falar, contar o problema dele [...] porque realmente, na verdade não tem estrutura né... mas nós já estamos se mudando daqui, creio que amanhã, e a gente pretende ter tanto estrutura pro índio como também pros funcionários também né... eu acho que vai ter quarto adequado, eu acho que com ar-condicionado também, é... uma estrutura melhor, em termos de funcionários, a CASAI tá ótima de funcionário, o transporte, eu creio também que tá bom, também... tem o transporte adequado e também o... assim... o quadro de funcionário, transporte, pessoal da limpeza, tudo tá bom, falta é uma estrutura melhor na casa pra dar mais conforto pra eles” (FUN7).

Notamos que o interior da casa era bastante mal iluminado, o que somado às péssimas condições de pintura das paredes, acabava por deixar o ambiente ainda mais escuro e melancólico. Paredes amareladas, descascadas e riscadas eram visíveis em praticamente todos os ambientes, especialmente nos quartos, como se vê na Figura 11, abaixo.

Figura 11: Enfermaria na CASAI-SLZ



Fonte: Pesquisa de campo.

No que diz respeito à movelaria e à decoração do local há críticas a serem feitas. Primeiramente, como já observado, a ausência de plantas deixa o ambiente impessoal. Além disso, nas áreas comuns a casa possuía cadeiras plásticas bastante envelhecidas e, nos quartos, a estrutura das macas e cadeiras de banho estava bem danificada. Em uma das visitas, durante a entrevista com um paciente em uma das enfermarias, notamos que a colcha que cobria o leito possuía logomarcas de um hospital particular de São Luís e estava bastante gasta, o que nos fez crer que se tratava de doação, já que os indígenas utilizam serviços de saúde públicos. Observamos que a casa não possui enxoval próprio, fato confirmado por FUN2.

“É... aqui eles têm um problema sério com essa parte de... é... lençol, essas coisas né, enxoval. Então às vezes eles até mandam, mas só que eles não têm, eles acham que é deles, que aquilo ali, tá ali no quarto, é deles. Quando ele vai embora ele quer levar [risos]. Eu acho que se tivesse esse serviço, uma equipe pra cuidar disso aí, quem sabe, né... acho que funcionaria” (FUN2).

Na maioria das vezes as camas ficavam descobertas, com o colchão aparente e com a estrutura metálica enferrujada.

Figura 12: Cadeira de banho e maca



Fonte: Pesquisa de campo.

Na Figura 12 é possível observar o estado das paredes, maca e cadeira de banho, que exemplificam o péssimo estado da estrutura de hospedagem dos

pacientes. Destacamos que, ainda que muitos tenham preferência por dormir e descansar em redes e que, mesmo lhes sendo garantido o direito de escolha, a casa tem por obrigação oferecer camas e quartos bem estruturados para aqueles pacientes que necessitam desse tipo de recurso. Durante a pesquisa, observamos um usuário que, por conta de um problema de diabetes passou por uma amputação em membros superiores, preferindo dormir na cama, em uma das enfermarias. Entretanto, o mesmo demonstrou insatisfação com o estado das acomodações.

Também não foram observados extintores de incêndio em locais visíveis e de fácil acesso. Em conversa informal foi confirmada a inexistência de uma brigada de incêndio na casa.

Quanto à limpeza do local, percebemos uma mudança durante o período de pesquisa de campo. Nos primeiros meses de coleta de dados o ambiente aparentou estar mais sujo do que nos últimos meses. Atribuímos o fato à mudança de empresa terceirizada responsável pela execução da higiene do local, apesar de, mesmo após a mudança, ainda ter sido possível observar problemas com relação a este fato, o que também foi influenciado pelas condições estruturais da casa, como já comentamos.

Apesar das alegações sobre a mudança de prédio, destacamos que durante a maior parte da pesquisa de campo (11 meses de pesquisa, mais precisamente), a casa permaneceu na mesma situação, sendo que, segundo relatos, o imóvel já estava alugado desde o mês de dezembro do ano de 2006, o que corresponde a oito anos de aluguel (segundo informações obtidas, o valor mensal do aluguel custava em torno de R\$ 2.463,00). Considerando que a demanda pelos serviços de saúde em São Luís é muito grande, pois se trata do maior centro do estado do Maranhão e que pacientes de todas as etnias indígenas presentes no estado são atendidas na cidade e ficam alojadas na CASAI, entendemos que a situação de pouco espaço para esses usuários perdurou durante todo o tempo em que a unidade esteve localizada no bairro do Turu, o que foi agravado pela péssima manutenção do imóvel.

“Eu acho que espaço, que quando... hoje... hoje nós estamos com um número bem fácil de você tá acomodando né... um número pequeno. Mas a questão de espaço, eu acho que pra eles, hoje, seria isso. Porque melhorou. Antigamente a gente nem tinha remédio... hoje a gente já pode tá comprando pro índio voltar pra aldeia, levando a medicação. Então eu acredito que hoje seria essa adequação mesmo, adequar a casa. Principalmente, se tu fores ver, tem algumas etnias... o Guajajara tá mais aí com o branco e tudo mais... mas o Ka'apor, o Guajá, que tem um ali na

frente, então essa falta de espaço de um local pra eles, a gente acredita que eles sentem muito, porque o contato deles é muito pouco com o branco” (FUN4).

Desde o primeiro contato com os funcionários e gestores da CASAI-SLZ para coleta de dados, feito em janeiro de 2014, a promessa de mudança para um novo prédio foi comentada. Durante todo o ano, nas entrevistas, os funcionários afirmaram que essa era uma ação prevista já há algum tempo, mas que não saía do papel.

“Olha, era pra nós... era pra ter mudado ano passado [2013], o processo correu outro dia, só que quando chegou no final do ano, não sei o que foi, o processo voltou e acabou que a gente ficou mais um ano aqui. Aí aqui tá alugado até... o contrato é até novembro. Já, já tinha tudinho, o contrato já tava todo...é no Olho d’Água, uma casa boa, a gente foi lá ver, tava tudo certinho, mas acho que foi questão de contrato, burocracia, questão de valores, aí barraram o contrato... parou tudinho. Aí tá retomando... quem sabe esse ano? Mas tem previsão de mudança pra uma casa maior, mais espaço” (FUN2).

“O prédio, existe um projeto da gente mudar daqui, que ainda foi... não tá... tava previsto... é.. ainda tá... tá na pauta” (GES2).

A estrutura e condições da CASAI de São Luís têm sido alvo de denúncias há vários anos, sendo que, em reportagem de 2008, o Jornal Pequeno publicara que o Ministério Público Federal no Maranhão (MPF/MA) já havia solicitado, em caráter de urgência, que toda a estrutura do prédio fosse reformada (JORNAL PEQUENO, 2008). Em outra denúncia feita ao MPF/MA em 2013, publicada no jornal Estadão, os índios reivindicam melhorias na assistência prestada na aldeia e novamente pedem por intervenções na estrutura da CASAI de São Luís (ARRUDA, 2013).

Concomitantemente ao período da pesquisa de campo, mais precisamente no mês de outubro de 2014, o Ministério Público Federal no Maranhão propôs ação civil pública, com pedido de liminar, contra a União devido à falta de condições sanitárias no imóvel da CASAI-SLZ:

Relatórios realizados durante visita à Casai de São Luís pelo MPF, Vigilância Sanitária e o Departamento de Auditoria do SUS, indicaram a ausência de condições adequadas para recebimento de pacientes indígenas, pelas condições inapropriadas de alojamento, segurança, higiene e limpeza, inadequadas aos padrões de saúde exigidos. As condições de atendimento também foram relatadas por meio de reclamações por parte dos indígenas com relação à alimentação e à estrutura do local, inadequadas para aqueles que estão em tratamento de saúde. Embora o MPF/MA tenha buscado medidas extrajudiciais para resolução dos problemas, as providências tomadas pelos órgãos competentes foram insatisfatórias, conforme nova vistoria da Vigilância Sanitária. Com a finalidade de acabar com a violação ao direito à saúde e à proteção cultural dos indígenas de forma imediata, o MPF/MA pediu à Justiça Federal que

concedesse medida liminar, exigindo da União uma solução urgente para os problemas apresentados, expondo a gravidade dos fatos. Na ação, o MPF/MA pediu liminarmente que a União seja obrigada a adequar as irregularidades constatadas na estrutura e higiene da Casai em São Luís e que tais correções sejam feitas no prazo de 180 dias. E, também, que a União seja obrigada a elaborar e implementar um plano de reestruturação da Casai em São Luís, no prazo de 180 dias, para adequar o estabelecimento às recomendações da Vigilância Sanitária, respeitando a cultura de cada etnia (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2014).

Indagado a respeito, o gestor GES3 respondeu o seguinte:

*“Então, na verdade é um inquérito civil público que foi aberto em 2012 [ele enfatiza o ano] né... e aí veio tramitando e denunciando e cobrando da União... imediatamente essa unidade gestora aqui, ela autuou um processo de locação de imóvel, um imóvel mais adequado e é o mesmo imóvel. E esse processo tramitou durante quase nove meses entre as estruturas do Ministério, as coordenações jurídicas em análise e aí só após essa coordenação assumir, que retomou, buscou e chamou e conseguiu celebrar o contrato. Agora, algumas coisas é... também... **a denúncia ela é gerada pela falta de conhecimento**, que você forma opinião daquilo que foi te informado e o que acontece nas CASAIs hoje é que o indígena, ele permanece na CASAI durante um tempo maior do que ele deveria ou ele nem deveria estar ali, porque, por exemplo, vamos dar por exemplo os municípios circunvizinhos a Imperatriz, que é uma regional de saúde: a grande maioria dos municípios não têm condições de oferecer uma ultrassonografia pra uma gestante. Imagina o indígena ter que ir pra CASAI pra aguardar a data da realização de exame de ultrassonografia em Imperatriz, que não tem população indígena no seu território, tudo é feito através da PPI²² lá de 2003 e aí, assim... há uma precariedade nos serviços complementares de atenção básica, que são os municípios que também impactam na CASAI e os órgãos que defendem a sociedade civil, eles deveriam primeiro se adentrar no assunto, saber o porquê que aquilo acontece, onde é a nascente do problema, porque aqui é... quando chega na CASAI é o fruto do processo. E aí, forçar a União a resolver o problema lá no final, onde ele já tá colocado é bem complicado” (GES3, grifo nosso).*

A fala do gestor possui alguns argumentos que necessitam ser analisados. O problema existente na atenção básica no estado do Maranhão é fato e já comentamos sobre ele ao longo deste trabalho. Também é evidente que este problema traz consigo consequências que acabam por provocar lotações na CASAI. Entretanto, mediante a realização desta pesquisa de campo, e mais ainda em decorrência da observação *in loco*, não é possível concordar com a afirmação de que a denúncia feita à estrutura física da CASAI seja gerada pela falta de conhecimento, visto que as condições da ambiência se mostraram precárias, fato comprovado através das imagens aqui exibidas e pela concordância externada nos depoimentos dos entrevistados. Além disso, a denúncia se deu através de vistorias da Vigilância Sanitária e de reclamações dos próprios indígenas, que são os

²² Programação Pactuada Integrada: recurso distribuído *per capita*, baseado num teto determinado para cada região (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

usuários dos serviços e possuem o direito às melhorias reivindicadas. O fato é que após tal denúncia, percebemos que a mudança para o novo prédio foi realizada com bastante agilidade, tendo sido efetivada no mês de novembro de 2014. A ambiência da nova casa será em seção específica.

6.1.2 Alimentação

A alimentação na Casa de Saúde do Índio de São Luís foi uma das maiores reclamações durante a pesquisa. De fato, é um serviço bastante complexo, visto que cada etnia possui suas preferências alimentares, mas, ao mesmo tempo, é necessário que a dieta esteja de acordo com as restrições nutricionais do paciente (se houver).

Todo o serviço de refeições para os usuários é terceirizado e discriminado em um contrato com a empresa competente. A entrevistada FUN8 explica que o contrato prevê quatro refeições diárias e que é o DSEI que se responsabiliza por firmar o contrato:

“[...] a gente não pode extrapolar o que tem em contrato, também tem isso... a gente tem que seguir o que tem dentro do contrato. O contrato é um pouco limitado, as coisas. Inclusive, eles colocam coisas a mais, que não têm no contrato: sobremesas... vêm sobremesas, frutas, que não têm, por exemplo, no contrato. Então a gente tem que tá fazendo esse jogo de cintura com o restaurante pra favorecer o que os nossos pacientes necessitam e o que eles têm como preferência e também tá indo junto com o acordo, contrato [...] Ele estabelece, é um pouco amplo, estabelece quatro refeições [...] os pacientes têm direito ao café da manhã, almoço, jantar e a ceia. Em cada refeição, no contrato, tem os tipos. Tipo, o café da manhã [...] o que pode vir né... o café, o leite, o pão... se não tiver pão, pão, biscoito, pode vir um queijo dentro do pão, a margarina [...] ele é bem especificado [...] Coisas mirabolantes a gente não pode tá pedindo, tem que pedir dentro do que tem inclusive no contrato [...] ele vem especificando o modo de armazenamento dos alimentos, como eles devem também ser transportados, vem especificando o horário que eles devem chegar, o horário que deve ser solicitada a alimentação e o horário que essa alimentação deve tá chegando aqui na CASAI [...] Quem fecha mesmo o contrato mesmo é o DSEI” (FUN8).

Algumas reclamações com relação ao atraso na entrega das refeições foram relatadas durante a coleta de dados. Outro problema, que inclusive já foi comentado, é que o número de refeições é correspondente à quantidade de pacientes e acompanhantes hospedados na casa, desde que esteja dentro do teto de trinta e cinco pessoas estabelecido como limite para atendimento na unidade. Sendo assim, chegou a ser relatado que, quando a quantidade de alimentos é

inferior ao número de usuários, é feito um fracionamento para que ninguém fique sem se alimentar.

“A gente tenta organizar com uma merenda [...] a gente tenta fracionar, vamos dividir [...] Quando não dá, sinto muito [risos]” (FUN6).

Os pedidos de refeições são feitos diariamente e necessitam da assinatura dos indígenas para comprovação, como afirma FUN2.

“[...] porque eu tenho que fazer o controle da alimentação e eu tenho que pegar todos os dias. Todos os dias, quando eu chego eu vejo quem viajou e quem chegou. Eu dou entrada e depois eu tenho que ir de um por um saber qual é a dieta, né, primeiro ver se tem alguma restrição na dieta, eu vou lá com eles e pego a assinatura de cada um pra confirmar a quantidade pra poder solicitar o almoço. Aí eu faço uma planilha” (FUN2).

De forma geral, há muita reclamação dos indígenas em relação à comida servida na CASAI. O que ficou notório é que se trata de uma alimentação muito mais próxima do que se come na cidade do que necessariamente adequada aos aspectos culturais das etnias. Eis aqui um desafio enorme que envolve não apenas a CASAI-SLZ, mas todas as Casas de Saúde do Índio do país, visto que os profissionais responsáveis pelo preparo da comida devem conhecer as especificidades inerentes às etnias atendidas e os nutricionistas precisam se ater, além dos aspectos interculturais, às características nutricionais dos alimentos, de forma a favorecer a recuperação dos doentes se atendo, ainda, ao tipo de dieta em questão. Os depoimentos a seguir demonstram a insatisfação dos indígenas no que se refere à alimentação na CASAI-SLZ.

“É... é a comida também, porque a comida que vem aqui pros doente é uma comida muito ruim, é ruim demais a comida, a gente reclama mas a gente não pode fazer nada também. A gente já reclamamo (sic) várias vezes, a gente já reclamou, aí nunca ajeitaram a comida [...] Porque eles não bota tempero dentro, eles bota só... é... corante, aqueles corante... eles não botam... é... eles podiam botar cebola, tomate... pra comida ficar gostoso... é... pros doente, né?! Assim, comida bem insosso mesmo, que principalmente nós que somo índio, a gente não gosta de comida salgada, comida sempre é insosso mesmo, né. Carne, arroz, feijão...” (IND1).

“A comida não é bem regada não. Às vezes vem salgada, tem vez que vem insossa. Salada sem sal” (IND4).

Segundo IND5, “A gente come porque se não comer, onde que vai achar?”. Tal afirmação é reiterada por IND6, que diz: “É o jeito comer. Nós tá aqui mais de mês”. Porém, para a paciente IND2, a alimentação oferecida era boa: “Comida é bem normal... gostosa, comida boa, peixe frito, salada, beterraba. Eu gostei demais aqui dessas comidas”. Quanto às preferências alimentares dos

usuários da CASAI-SLZ, notou-se no discurso dos funcionários que há predileção por carnes brancas e peixes de água doce.

“Frango e peixe. Frango assado com pouco óleo, sem pele. O peixe... Existe alguns peixes de água doce, que é da preferência e ainda vou sentar com o restaurante pra ver a disponibilidade, porque dependendo do peixe é difícil a gente encontrar aqui em São Luís, mas por exemplo, o peixe de couro eles não gostam [...] eles gostam muito de peixe frito do que peixe cozido, só que é um método de preparo que a gente não pode tá fazendo aqui, na CASAI. Então sempre vai existir essas diferenças né, entre o que é saudável [...] e o que eles têm costume de comer [...]” (FUN8).

Quando indagada se a alimentação era adequada, FUN5 respondeu o seguinte:

“Eu não acho. Eu não acho porque tem às vezes tem aquele... o hipertenso, tem o diabético... eu não acho que tem aquele acompanhamento como deveria ser... fazer aquela dieta o restaurante mesmo, porque doente já tá sabendo que tem aquele horário... [...] é tudo igual, os índios reclamam. [...] geralmente na aldeia eles gostam mais é de assado... eles não comem algumas coisas, peixe da água salgada eles não gostam muito... no café da manhã não vem nenhuma fruta, [...] café com leite e pão com manteiga” (FUN5).

Segundo Leite (2012), o entendimento amplo das condições de alimentação dos povos indígenas é fundamental para atenção à saúde dispensada a eles e se trata de cumprimento do que preconiza a PNASPI. O autor ainda destaca que a alimentação indígena é coerente com as visões de mundo desses povos, não acontecendo de forma aleatória ou através de pensamentos menos sofisticados em comparação com os não indígenas.

Estranhamente, para FUN3 é impossível que a CASAI ofereça uma alimentação de acordo com a cultura deles, pois considera que nenhum restaurante tem essa possibilidade.

“[...] aqui a gente não pode ter uma comida de acordo com a cultura deles porque eles gostam muito de assado, de... daquela comida com quiabo, aquela comida mesmo de aldeia, então restaurante nenhum não tem a possibilidade de fazer, de dentro da cultura deles, essa alimentação, mas ela é feita de acordo com o gosto, tipo assim, eles gostam de arroz, de farinha, de feijão, então é feito a comida em cima disso aí. Às vezes, a maioria não gosta muito de peixe daqui, eles gostam de peixe lá da aldeia, do jeito deles, que eles fazem, não gostam muito de peixe de restaurante, eles preferem a carne ou frango” (FUN3).

De acordo com Leite (2012), o reconhecimento das especificidades e da legitimidade das formas de alimentação das comunidades indígenas é essencial para o entendimento das formas originais de produção, distribuição e consumo de alimentos e ainda das nuances que estas especificidades e práticas assumem mediante a interação com novas práticas alimentares que surgem a partir do contato

com não índios. Para o autor, este é um entendimento importante que deve permear a atuação dos profissionais que trabalham com esta parcela da população, pois a alimentação é uma peça fundamental para que se ofereça uma atenção diferenciada em saúde indígena.

“Muitos pacientes, a realidade deles, que vêm das aldeias indígenas, existe uma limitação muito grande do que eles comem na aldeia pra o que a gente oferece aqui pra eles, isso daí é fato, é nítido. Tanto que tem uma etnia [ela se refere a uma mulher internada em hospital de São Luís de determinada etnia] que ela está em desnutrição crônica. São etnias que alimentam basicamente de abóbora, farinha e peixe. O que hoje, aqui é ofertado na CASAI, a gente, claro, tenta adequar o máximo possível. Eu sempre converso com eles, vejo qual é a preferência deles, até especificamente o tipo de peixe que eles... porque até mesmo o tipo de peixe que eles comem, sendo de água salgada ou de água doce também influencia na aceitação ou não dos pacientes. Então a gente tem toda essa preocupação de tá vendo a aceitação deles. Muitas vezes não muda o cardápio porque ELES não gostam que mude o cardápio” (FUN8).

Como se vê na afirmação de FUN8, existe uma complexidade inerente às preferências alimentares dos indígenas que exige uma análise específica e elaboração de projetos direcionados ao assunto para que se possa evitar complicações oriundas de uma má alimentação, como a desnutrição. Tal questão se agrava quando pensamos em pacientes que permanecem meses na CASAI, visto que é um período extenso consumindo as refeições ofertadas pela unidade.

Outro aspecto observado no serviço de alimentação são os utensílios oferecidos. Talheres de plástico, que se quebram com facilidade, inclusive as facas, que não cortam direito, além das quentinhas de alumínio. A Figura 13 exemplifica.

Figura 13: Exemplo de refeição



Fonte: Pesquisa de campo.

A imagem evidencia um prato segundo os padrões não indígenas, no modo de preparo do frango (grelhado) e tipo de salada. Observamos que, algumas vezes, os pacientes podem se alimentar fora do horário, caso estejam aguardando o transporte que irá levá-los de volta para a aldeia. No caso desta imagem, a mesma fora capturada por volta das 16 horas, horário bastante posterior ao do almoço, indicando ou um atraso no oferecimento da refeição para esta usuária ou uma possível paciente em alta, que estava regressando para seu domicílio.

De acordo com GES3, é um desejo da gestão do DSEI-MA acabar com o modelo de refeições em forma de quentinhas.

“é... a gente vai terceirizar a cozinha da CASAI, então não vai mais ter oferta de quentinhas, a gente vai ter uma alimentação mais específica, pro indígena, dentro das possibilidades [ele enfatiza esta frase] da administração ofertar uma alimentação mais específica pra cada povo, mas ainda é uma dificuldade essa questão alimentar dos indígenas” (GES3).

Durante visita à nova unidade da CASAI-SLZ, observamos que realmente o sistema de quentinhas fora extinto. Em seção específica trataremos sobre o assunto.

Como se pôde perceber, os pormenores da alimentação indígena demandam conhecimentos específicos que remetem à humanização, ao cuidado e à qualidade da assistência prestada, sendo fundamental, não apenas para nutrir e satisfazer o apetite, mas também para que o período de hospedagem longe da aldeia não seja de total estranheza.

6.1.3 Interação com a rede hospitalar de São Luís

Dentre as dificuldades apontadas pelos entrevistados da CASAI-SLZ, a relação com a rede hospitalar do SUS em São Luís foi citada inúmeras vezes como um desafio grande a ser enfrentado para uma oferta de qualidade dos serviços de saúde aos usuários da casa de apoio.

“Olha, na verdade o maior problema não é nem com relação com aqui a CASAI nem com a relação que a gente tem com eles. O maior problema é com a saúde em si, com a saúde pública, entendeu? Porque como a gente depende do SUS, então muitas vezes a gente tem coisa que escapa do que a gente pode fazer, né. Tipo, às vezes tem um índio que tá muito ruim, que chegou aqui que a gente vê que é um índio assim, um caso de internação e às vezes a gente não consegue uma internação ou por que não tem leito ou porque o médico acha que não tem que internar. Ou então um índio que tá precisando muito de uma cirurgia, aí demora meses pra ele fazer essa cirurgia. Uma consulta rápida demora um tempão, entendeu? Então o maior problema é esse, porque de resto a gente consegue levar na boa” (FUN1).

“Porque é assim, marca consulta, aí vai fazer exame, é demorado né, é SUS, a gente trabalha com a rede SUS, é um pouco demorado. Às vezes é rápido, mas tem vezes que demora bastante, então você fica se estressando. Às vezes fica a ponto de você vai na aldeia e amanhã aí você volta. A gente trabalha muito assim, pra eles não demorem muito aqui porque eles ficam muito estressados [...] Olha, nos hospitais, aquelas pessoas que já conhecem a gente, já conhecem o trabalho da gente, trata bem e facilita as coisas. Às vezes quando muda de administração ou de recepcionista [nos hospitais], essas pessoas assim, aí dificulta, aí precisa ir uma equipe daqui lá e conversar [...] Tipo assim, é... marcação de consultas, de exames... às vezes diz que não tem, coisas assim. Aí a gente tem que conversar, porque eles acham que a gente leva muito papel, muitas coisas” (FUN3).

Indagado sobre de que forma esses problemas interferem nos serviços da CASAI, GES1 respondeu que:

“De alguma forma, negativamente, né, porque a gente... isso influi na permanência do paciente aqui em São Luís, se nós tivermos um atendimento, né, rápido na rede, nós damos uma resolução maior pra esse paciente, isso a dificuldade da rede deixa o paciente aqui mais tempo, ele sai do habitat natural dele... isso já é um problema pro próprio cliente” (GES1).

Segundo a Lei Arouca, de 1999, o SUS deve ser a retaguarda do SASI, adaptando sua estrutura e organização nas regiões onde residem populações indígenas, para propiciar integração e atendimento necessário em todos os níveis sem discriminação. Além disso, ainda de acordo com a lei, o Sistema Único de Saúde deve pautar seu modelo de atenção numa abordagem diferenciada e global. O grande embate está na estrutura do próprio SUS, que no Maranhão é bastante problemática. O interior do estado não possui oferta adequada de hospitais de média e alta complexidades, o que acaba lotando os hospitais de São Luís com pacientes advindos de todas as regiões. Obviamente, tal problemática se estende à saúde indígena, como já comentamos. Para FUN5, além das dificuldades em agendar consultas, há ainda um problema na forma como os pacientes são comunicados pelo Polo a respeito da viagem para São Luís e ainda com a quantidade de acompanhantes aceita nos hospitais.

“Medicação, falta de medicação, às vezes transporte... que muitas das vezes tem consultas agendadas, que às vezes você, pra conseguir, é uma dificuldade, aí às vezes avisa pro Polo, eles não têm aquele interesse de avisar e às vezes quando eles avisam eles chegam no dia lá.. aí ‘arruma aí que vocês têm consulta amanhã’... aí quando eles chegam aqui [os índios] eles reclamam: ‘parece bicho, parece que estão lidando é com bicho, que eles só chegam assim: te arruma que vocês têm uma consulta amanhã!’ Também não é assim, porque eles têm família, têm filho, às vezes eles querem deixar uma estrutura lá de dinheiro e coisa assim, aí ele vem daquele jeito. Muitos quando chegam aqui abandonam o tratamento, não querem mais ficar porque deixou lá totalmente desestruturado, não se

programou e às vezes tem filho pequeno, às vezes a avó não quer ficar e às vezes traz, já tem aquela dificuldade... às vezes a mulher, ela vem acompanhada de um homem e o hospital não aceita, às vezes vem com crianças, entendeu... e aí dificulta” (FUN5).

Além dos problemas relativos à demora para internação ou marcação de consultas, ainda foi afirmado que alguns profissionais de saúde da rede SUS em São Luís não estão preparados para lidar com o paciente indígena, que possui características culturais diferenciadas.

“Aí com muita persistência aí consegue às vezes um atendimento. Muitas vezes eles não internam porque tira a vaga de alguém que tá mais grave [...] Existe muita discriminação, muito, muito. Às vezes eles atendem com má vontade... Questão de higiene... tanto dos funcionários, quanto dos próprios pacientes [pacientes não indígenas]...” (FUN5).

“Não são preparados [no SUS] pra receber esse tipo de público né... não são. Porque as pessoas desconhecem [...] eu, que passei por uma universidade, não sou preparada pra trabalhar na área indígena. Quando a gente se depara, toma mesmo um susto. É uma linguagem diferente, é um convívio diferente, é um social diferente... as reuniões, eles são muito liderados, eles respeitam aquela liderança deles, entendeu... eles se organizam pra lutar por um objetivo comum, que termina beneficiando uma comunidade inteira, diferente de nós, não indígenas, que é muito individual, que é muito solto [...] mas na rede do SUS eles não são preparados pra receber aquele índio. Eles ainda se assustam, muitos deles ainda têm umas brincadeiras meio desconformes: ‘ah, esse aí já anda vestido?!’, ‘Ah, o índio tem dinheiro!’ [...] uns estereótipos bem chulos, assim [...] a preparação acadêmica deles, eles não são preparados... nós não somos preparados” (FUN6).

“Aqui dentro nós não temos tanto essa dificuldade [de lidar com a interculturalidade], mas nos hospitais ela é grande, pela questão da comunicação... já tivemos vários casos deles estarem internados que pra eles é normal culturalmente e pro branco não. Então isso aí é a... é constante [...] Falta de preparo dos profissionais pra trabalharem com essa clientela diferenciada. Não é que você seja obrigado a entender a língua deles, mas tentar essa comunicação [...] A gente percebe que falta um pouco ainda [por parte dos profissionais em geral] até porque, eu costumo sempre dizer nos hospitais: na faculdade todo mundo é preparado a trabalhar com várias... mas com o índio não. Você não vê... pelo menos no meu período de faculdade você não vê nada específico ao índio, que é uma clientela diferenciada” (FUN4).

Os depoimentos, além de evidenciarem as dificuldades encontradas no atendimento nos hospitais, questionam a formação dos profissionais de saúde no Brasil, que não são preparados para lidar com populações e comunidades indígenas, fato já citado no decorrer deste trabalho. Apesar desta barreira, funcionários da CASAI-SLZ também teceram elogios aos profissionais dos hospitais, destacando que há um esforço para prestação de uma assistência melhor.

“Olha, não é ruim, é boa [a assistência nos hospitais]. Quando tu fala em como eles são recebidos, como eles são tratados [...] eu já cheguei num dos hospitais pra visitar os índios, eles estavam lá, com pinturas, com desenhos

[...] eles são bem recebidos [...] Inclusive em Teresina foi feito um trabalho que tem algumas enfermarias que teve um trabalho com diretor dos hospitais, que eles adequaram, botaram rede, escápula nos quartos. Algumas enfermarias em Teresina têm isso” (FUN7).

Sobre quais hospitais recebem maior fluxo de pacientes indígenas referenciados pela CASAI em São Luís, os gestores responderam que há maior diálogo com o Hospital Universitário Presidente Dutra (HUUFMA) e com a Fundação Antônio Jorge Dino, mais conhecida como Hospital Aldenora Belo. Além disso, GES1 afirmou que a equipe da CASAI possui técnicos que acompanham diariamente os indígenas para realização de exames, consultas e internações, fato comprovado através de observação durante a pesquisa de campo.

“É bem diversificado o atendimento, mas tem a demanda maior é Dutra e Aldenora Belo [...] Nós temos diariamente os técnicos que fazem o agendamento e acompanham eles até os procedimentos, as consultas, exames...” (GES1).

Quanto ao recebimento de recursos específicos para saúde indígena, também foi confirmado que esses dois hospitais recebem o incentivo, chamado de Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI), segundo a Portaria nº 2.656, de 17 de outubro de 2007, recurso destinado à implementação qualitativa e equânime da assistência ambulatorial, hospitalar, apoio diagnóstico e terapêutico à população indígena. Durante a pesquisa ninguém soube informar exatamente quanto é o valor que os hospitais recebem para adequações dos serviços, apenas duas funcionárias comentaram que há alguns anos o valor era de, aproximadamente, R\$13.000,000 (treze mil reais) para o Hospital Universitário (incluindo as duas unidades, o Hospital Presidente Dutra e o Hospital Materno-Infantil) e, aproximadamente R\$10.000,00 (dez mil reais) para o Aldenora Belo.

“Eu tenho certeza que tem o Hospital Universitário e o Aldenora Belo [...] a gente tá tendo um acesso melhor no Dutra [...] melhorou bastante [...] a gente consegue agendar direto no Dutra através de ofício [...] no Aldenora Belo também” (GES4).

“Então, vamos falar de uma maneira geral... não existe nada regulado, normatizado sobre priorizar a população indígena no atendimento, nem em São Luís, nem em Imperatriz, mas em relação a São Luís, é importante a gente salientar que, assim, através da articulação entre CASAI e os serviços de saúde ofertados em São Luís eles têm bastante sensibilidade em relação a essa pauta. São os profissionais, as unidades de São Luís, eles se mobilizam, eles têm compromisso, sabem da dificuldade que é do indígena, e dentro das suas possibilidades [ele enfatiza isso] eles nos atendem. Então vamos falar do recurso, o recurso ainda existe, na verdade é IAP²³, que é o Incentivo à Assistência Especializada aos Povos Indígenas. O que foi extinto é o IAB-PI, Incentivo da Assistência Básica dos Povos Indígenas,

²³ Na verdade, ele quis se referir à sigla IAE-PI.

que hoje, quem faz é a SESAI, diretamente. Então, existe. O único [hospital] que eu tenho certeza que recebe é o Aldenora [depois ele confirma que o Hospital Universitário também recebe]... Mas é importante você colocar na sua pesquisa, no seu levantamento, que esse incentivo não é para custear a assistência ao indígena, porque a assistência ao indígena, o SUS já faz isso [...] Esse incentivo ele é pra que a unidade fizesse um serviço diferenciado: permitir a entrada do pajé, colocar armador de rede nas enfermarias, ter um serviço diferenciado. Na prática, isso não acontece.” (GES3).

Na sequência da resposta de GES3, perguntamos sobre a fiscalização nos hospitais que recebem o recurso para adequações no serviço prestado aos indígenas. A resposta foi de que esta é uma responsabilidade do Condisi, o conselho distrital formado especialmente por representantes das etnias. Ele também afirmou que a forma como o dinheiro é repassado dificulta bastante a vistoria.

“Não sei se você conhece o Condisi. O Condisi é o controle social do serviço da saúde indígena, que no estado do Maranhão, pelo menos quando eu cheguei, estava bem disperso, pouco atuante e o que a gente tem feito, a gente tem capacitado bastante os conselheiros, inclusive, nessa pauta desses recursos que esses hospitais recebem... todas essas pautas relacionadas a recurso, inclusive os recursos que o DSEI recebe. Então, assim... esse repasse é um repasse fundo a fundo, ele sai da SASI e vai direto pra unidade ou pra prefeitura ou direto pra unidade [...] então a fiscalização torna bastante difícil. A gente tá capacitando os conselheiros distritais [...] pra acompanhem isso lá na ponta, mas isso tá tendo um pouco... um resultado assim... caminhando a passos de formiga, mas a gente espera dar a eles a responsabilidade que é deles né... de fazer o controle social, mas por ser fundo a fundo dificulta a nossa... a nossa... fiscalização. Poderia ser de outra maneira, ele faria determinadas coisas, apresentava pro Ministério e o Ministério pagava, mas não é assim, ele deposita direto na conta e aí ele faz o que achar que deve.

A Portaria nº 2.656/2007 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) estabelece que o Ministério da Saúde, por meio da Fundação Nacional de Saúde e da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), em conjunto com o respectivo gestor, são responsáveis por pactuar a referência e a contrarreferência para à atenção especializada, ambulatorial e hospitalar na rede de serviços, sendo que o monitoramento do IAE-PI se dará por meio da verificação da utilização dos sistemas nacionais de informação a serem preenchidos e remetidos ao Ministério da Saúde pelos Municípios e Estados contemplados conforme normas em vigor. Dessa forma, se os sistemas de informação estiverem mal alimentados ou desatualizados, certamente fica mais difícil a fiscalização. Os Condisi possuem um papel importante nesse processo de vistorias, e é importante que o DSEI-MA capacite seus componentes para que saibam cobrar o bom uso do recurso.

É importante salientar que, além do Dutra e do Aldenora Belo, outras instituições de saúde recebem os indígenas referenciados através da CASAI, como

clínicas e laboratórios, alguns particulares, inclusive. Curiosamente, em nenhum dos relatórios cedidos pela CASAI-SLZ consta o Aldenora Belo.

Apesar das considerações, na grande maioria das vezes negativas, a opinião dos indígenas sobre o atendimento nos hospitais, de forma geral foi positiva. Para IND2, *“No hospital o tratamento foi bom demais... toma remédio certinho”*. Além desta opinião, destacamos a seguinte:

“Eu gostei de ficar porque quando eu cheguei no hospital fui bem recebido, me trataram bem e principalmente o meu médico, eu agradeço muito, muito, muito mesmo [...] me trataram bem nesses três meses que eu passei dentro do hospital, as enfermeiras também, auxiliar... acho que todo mundo” (IND1).

Como se percebe, para os entrevistados o atendimento nos hospitais foi satisfatório, inclusive para IND1, que permaneceu internado por um período longo, de três meses. Ressaltamos que a dinâmica dos serviços ofertados nas instituições de saúde pode melhorar a partir de uma interação maior e melhor entre a SESAI e o DSEI-MA e os governo estadual e municipal para que se cumpra a legislação vigente.

6.1.4 Ações e projetos de humanização

Após expor a situação gerencial e estrutural da CASAI de São Luís e ainda a sua dinâmica de serviço de alimentação e interação com a rede hospitalar, fica mais fácil compreender alguns aspectos dificultadores para a prática de humanização da unidade. Um fato relevante a ser notado quando se trata desse conceito é que ele não se refere apenas ao imaginário de “bem receber” com alegria e simpatia, mas necessita de aparatos que assegurem sua existência, como gestão, recursos, ambiência, capacitação de profissionais, logística, entre outros. Justamente por isso, ainda que todos os profissionais exerçam suas atividades com afeto e valorização da sociabilidade no âmbito do intangível, se os suportes tangíveis não estiverem adequados, o cuidado humanizado será incompleto.

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira (BRASIL, 2010b, p. 03-04).

Na CASAI, os índios estão em um local novo, em uma cidade diferente, onde receberão tratamento e interagirão com pessoas de outra cultura, desconhecidas, que não falam o mesmo idioma. É importante criar meios que minimizem a estranheza ao lugar, à comida, às pessoas, ao atendimento à saúde.

Outro fato importante é respeitar as diferenças entre as etnias diversas que compõem o quadro de usuários da CASAI, porém este fato não deve ser usado como justificativa para não estimular o convívio saudável entre as comunidades.

A abordagem feita aos indígenas na CASAI-SLZ é feita especialmente pela equipe de enfermagem, mas também faz parte do trabalho de nutricionistas e assistente social. Sobre a adaptação dos serviços à realidade intercultural, destacamos os seguintes depoimentos.

“A gente sempre conversa, a gente conversa até eles aceitarem. Alguns a gente tem alguma dificuldade... uma certa... às vezes, por eles não entenderem a língua direito, então a gente tenta sempre achar um outro que fale ou então pelo menos que entenda um pouquinho que seja. A gente... alguns profissionais que entendem também, que trabalharam muito tempo em aldeia e entendem alguma coisa e falam alguma coisa. Então a gente vai fazendo aquele processo de barganha até conseguir e costuma sempre ter sucesso nisso” (FUN1).

“Olha, eles sofrem muito, porque eles querem ir embora o tempo todo, o tempo todo eles querem saber o que tá faltando pra ele fazer porque ele quer ir. Porque é difícil porque eles ficam... pra eles acho que isso aqui é uma prisão. Complicado e acho que falta, falta profissional pra fazer isso aí, entendeu... pra... é... preencher esse tempo deles. Eles ficam ociosos demais, demais... e sofrem muito com isso [...] O que eles mais falam é isso, pra eles vir pra cá é como a prisão. Ele quer voltar, por ele vem e volta no mesmo dia. E às vezes até lá no Polo eles falam isso pra eles virem, senão eles não vêm se tratar.” (FUN2).

Outro aspecto importante para diminuição da estranheza de estar em um local diferente diz respeito ao acompanhamento dos pacientes até a referência do SUS. O gestor GES4 explica como é feito.

“O acompanhamento é todo feito por uma equipe externa que a gente tem. Na verdade, são duas equipes de dois técnicos por dia, durante o dia que fazem esse acompanhamento [...] em alguns casos é feito por enfermeiras” (GES4).

Para FUN7, nem todos os funcionários sabem abordar os pacientes. Ela destaca que o modo de falar é muito importante para o trato com os indígenas.

“Às vezes, é... às vezes tem certos funcionários que não sabem abordar o índio. Fala muito alto, o índio não gosta. Ele não gosta. Se tu fala alto ele acha que tu tá brigando e ele não vai entender que ali é teu tom de voz. Eu mesma tenho o tom de voz muito alto, então quando eu trabalhei pela primeira vez com eles eu tive que trabalhar esse meu tom de voz pra trabalhar com eles, porque todo tempo eles achavam que eu tava brigando [...] então eu tive de trabalhar meu tom de voz com eles. E às vezes têm certas pessoas que fala alto com índio não é de má... com ruindade, mas às

vezes eles não entendem [...] têm pessoas que precisam trabalhar com o índio pra entender o índio, como o índio é na verdade, a forma como ele é: muito simples, mas, tem certas coisas que a gente precisa aprender muito, sabe [...] na verdade, é um tratamento diferenciado, né” (FUN7).

A PNASPI preconiza que os serviços voltados para populações indígenas devem se adequar a elas de forma a respeitar as identidades culturais e dentro desse processo a língua é um fator essencial, pois a comunicação precisa ser clara entre profissional e paciente. Na CASAI-SLZ não foi identificado nenhum colaborador que possuísse a função de tradutor.

“Nós temos alguns técnicos que por já terem trabalhado muito tempo em aldeia, eles entendem um pouco, então eles que nos ajudam mais nessa comunicação” (FUN4).

“A maior dificuldade é com Guajá e Ka’apor. E aqueles índios mais antigos [...] Muitas vezes a gente chama o filho, que fala a língua...” (FUN5).

[...] a maior dificuldade pra gente é a língua desses índios [...] eu entendo um pouco canela e guajajara” (FUN7).

“Olha, deixa eu te dizer, porque na verdade, aqui no Maranhão, é... a predominância aqui é Guajajara, é mais de 80% é Guajajara e Guajajara 100% falam português, não tem problema. Algumas etnias aí que não falam, mas aqui na CASAI tem técnico aqui, enfermeiro que trabalha aqui há mais de dez anos, há mais de doze anos e eles também já têm, já dominam um pouco já. E como ele falou, geralmente eles vêm já com um acompanhante, vem pra poder fazer a... a tradução” (GES2).

Como se observa pelos depoimentos, há dificuldades na comunicação. Ainda que seja um desafio a compreensão e fluência em todas as línguas indígenas faladas no Maranhão, esta é uma função da CASAI, prevista em seus regulamentos. Assim sendo, mais do que esperar que o indígena chegue acompanhado de um parente que saiba se comunicar na língua portuguesa, é necessário que haja um profissional capacitado para conversar e esclarecer quaisquer dúvidas que possam haver no usuário no que diz respeito ao seu período de permanência na CASAI e/ou no hospital. Um aspecto facilitador foi o da presença de profissionais que já haviam atuado em aldeias e que conseguiam se comunicar minimamente, mas eram pessoas que se comunicavam em apenas uma ou duas línguas (mais entendendo do que falando, segundo relatos), o que mantém a necessidade de tradutores para casos específicos.

Projetos de humanização que considerem o contexto intercultural dos pacientes são de grande valia para a qualidade da assistência prestada na CASAI. Porém, infelizmente, nenhuma ação humanizante periódica fora identificada durante

todo o período de pesquisa de campo. Indagados sobre a existência de projetos de humanização alguns responderam:

“Não. Humanização é nós, que a gente vai conversando [risos]” (FUN2).

“Não existe um programa assim, específico, mas a humanização existe aqui no dia-a-dia, a pessoa chega, você conversa, você dá o material de higiene, você ensina, você educa, você procura... integrá-los, entendeu? Não existe um programa específico, mas existe a humanização diária” (GES2).

Muitas vezes a ausência de ações de humanização fora justificada pela falta de um profissional de Serviço Social durante os primeiros seis meses de pesquisa.

“Hoje nós estamos sem assistente social na casa, desde dezembro [dezembro de 2013; a entrevista foi feita em março de 2014]. Geralmente é responsabilidade do serviço social, mas a enfermagem também...” (FUN4).

“Olha a gente tinha assim a assistente social que sempre saía com eles, levava à praia, mas diretamente não tem, até porque aqui é passageiro” (FUN3).

“Quando tinha assistente social, nas datas... teve uma vez que levou à praia, ali pelo Reviver [Centro Histórico de São Luís], mas sempre, sempre ociosos, sentados ali na frente ou na televisão ou ali deitado” (FUN5).

A periodicidade dos passeios não ficou clara durante as entrevistas. Enquanto que alguns entrevistados afirmaram que essas ações aconteciam “sempre”, outros evidenciaram que aconteceu apenas uma vez, pois dependia do transporte cedido pelo DSEI-MA, o que nem sempre era possível, já que a prioridade do transporte era fazer o traslado dos pacientes para os hospitais. Porém, é válido enfatizar que a responsabilidade de prestar serviços humanizados e desenvolver tarefas é de todo profissional. Uma alternativa seria a criação de um GTH na CASAI e atividades de lazer e recreação que otimizassem o tempo livre dos pacientes dentro da unidade. Os funcionários reconhecem que a ociosidade, especialmente para os que necessitam permanecer por mais tempo em São Luís é um fator desestimulante.

“Ficam ociosos, só aquela televisão, tem uns que gostam outros que não. Eles ficam OCIOSOS [ela enfatiza a palavra] o dia todo, por isso tem os que brigam logo. Briga de casal... muitas vezes a gente tem que dar uma acalmada, porque toma proporções...” (FUN5).

“No momento não. Também estamos buscando uma parceria pra uma brinquedoteca pras crianças, porque, pelo menos pra mim é uma coisa que me incomoda, essa ociosidade. Eles ficam aí, deitadinhos numa rede o tempo todo. Então isso é uma coisa que me incomoda não de agora, de muito tempo [...] a gente busca parcerias com o estado, essa parceria... a Vale já tentou disponibilizar essa brinquedoteca, fomos até o último passo e parou nisso mesmo [...] eles vieram aqui, tiraram foto e não foi pra frente” (FUN4).

“Então é cultural isso, quando ele vem ele fica muito ocioso porque fica muito tempo preso, não pode sair, então a gente precisa do trabalho, de algumas ferramentas pra tá trabalhando com eles, tá entretendo eles, pra que o tempo passe mais rápido, como hoje, hoje eu cheguei e tinha bastante criança, então eu tive que fazer alguma coisa com as crianças [...] teve um que disse: “Mãe, eu não quero ir embora amanhã, eu quero ficar mais”. Então precisa disso, entendeu? E aqui é só uma assistente social, no caso, precisaria de duas [...]” (FUN7).

“Olha, muitos eles não gostam de ficar aqui muito tempo. Como eles têm o costume... agora mesmo eu tava aqui conversando com [ela cita o nome de um dos gestores]... lá na aldeia eles têm o trabalho deles, eles têm... alguns pescam... então eles estão acostumados com uma realidade completamente diferente daqui da cidade, né, sem falar que eles têm a vida deles. É como a gente, se a gente têm a nossa vida e tá num lugar que a gente não tá fazendo nada disso e tá parado, sem fazer nada, a gente não vai gostar. Então quando eles chegam aqui, como eles passam muito tempo, eles começam a reclamar, a achar ruim, querer ir embora logo, entendeu? Então a maior dificuldade é essa. Quando precisa ficar muito tempo, muitos não aceitam... querem porque querem ir embora e quando eles querem, não tem poder de convencimento que consiga [risos]” (FUN1).

Em uma das visitas, após a contratação de novo profissional de serviço social, observamos uma atividade de pintura com as crianças, realizada no espaço que corresponde à copa da casa. O interessante é que, inclusive alguns adultos resolveram participar, devido ao tempo ocioso, como mostra a Figura 14:

Figura 14: Atividade com as crianças



Fonte: Pesquisa de campo.

Alguns pacientes confirmaram o problema da ociosidade no período de hospedagem na Casa de Saúde do Índio de São Luís. Para IND2, *“O dia todo... não se faz nada, só deitada, lavar roupa”*. A questão é comentada também por IND3.

“Aqui nada a fazer, só bater um papinho, a não ser aquela televisão que ali que a gente tá olhando né... se aborrecer, volto pra cá... às vezes eu... como tava falando, às vezes anda essa casa todinha e volta pro mesmo lugar né... senta ali, aí retorna de volta pro mesmo lugar de novo. Aí fica nessa luta até passar o dia. Fica contando o dia e as horas da gente ir pra casa [...] se fosse pelo menos dar uma volta, passar pelo menos o dia... às vezes num final de semana é pior porque a gente fica aqui, né.. e os funcionários sai tudo né, e a casa fica mais triste, parece que o final de semana se torna maior do que a semana inteira” (IND3).

Em conversas informais, alguns indígenas chegaram a comentar que era muito difícil permanecer por períodos mais longos e que, quando começavam a fazer amizade com alguém, essa mesma pessoa recebia alta e regressava para a aldeia, tornando a estadia mais complicada, especialmente por não ter com quem conversar. Já em conversas com os funcionários, foi relatado que havia uma dificuldade com certas etnias devido à ausência de um espaço maior na casa, pois para alguns povos o “isolamento” (preferência por não interagir com as demais etnias) é parte das características culturais, como por exemplo, os Kanela e os Awá-Guajá, segundo informaram.

Uma situação identificada que vai em direção oposta ao que se entende por humanização, acolhimento e hospitalidade, foi a ausência de um serviço de lavanderia, que “obriga” que os próprios indígenas se encarreguem pela lavagem de suas roupas e redes. A paciente IND4 afirmou que *“Eu lavo a rede, se não ser a gente pra lavar... é o jeito”*, enfatizando que não havia um serviço para este fim. A afirmação foi reiterada por IND3: *“A gente lava ali fora, é nós que lava mesmo. Prefiro a rede mesmo, mais acostumado com rede”*. Indagados sobre a ausência de um serviço de lavanderia ou até mesmo sobre uma máquina de lavar para facilitar o processo de higienização das roupas, os funcionários alegaram a existência de um tanque no quintal da casa, que era utilizado para tal finalidade.

“Tem a máquina que tá no conserto né, deu problema. Eles estão lavando na mão, tem o tanque” (FUN3).

“Tem, tem uma máquina. Ela funciona ainda? [pergunta pra outra funcionária na sala] não né? eles lavam na mão [a outra funcionária diz: já tivemos várias máquinas, mas rápido eles dão um jeitinho de quebrar].” (FUN4).

“Eles que lavam a roupa deles. A máquina que tinha aí, quebrou” (FUN5).

Há questões importantes relacionadas à ausência de um serviço de lavanderia. Em primeiro lugar, as portarias que regulamentam as responsabilidades das CASAs determinam que o cuidado com o enxoval é de responsabilidade dessas instituições, que como casas de apoio, devem ter condições de ofertar esse serviço, que também está inserido num contexto de humanização.

Em uma casa que hospeda pessoas com as mais diversas enfermidades é arriscado não ter uma higienização correta das roupas por conta do risco de contaminação e infecção. Além disso, conversando com técnicos de enfermagem obtive a informação de que não havia um controle sobre a periodicidade da lavagem das redes e das roupas. Por vezes, algumas redes no terraço da casa exalavam mau cheiro, indicando que não eram higienizadas com frequência. Outro aspecto relevante sobre este assunto é que nem sempre o doente ou o acompanhante estão em condições de exercer esse serviço. Uma rede é um objeto de difícil lavagem, por ser grande e aumentar bastante de peso quando está molhado. Além disso, o tempo de secagem ao sol é demorado e por si só já é arriscado, pois o vento pode depositar sujeira, além do risco de sujidades provocadas por aves e insetos.

Sobre os cuidados tradicionais indígenas todos os funcionários concordaram que é importante valorizar essas práticas e destacaram que se deve manter o respeito a essa cultura sem desprezar o tratamento biomédico.

“Eu só acho que sempre quando eles vêm... eles têm aquele negócio de pajé... então eu sempre digo, olha, vocês fazem, mas tem que levar no médico pra fazer exame. Faz parte da cultura deles, é uma identidade, muitos a gente vê que até a língua eles estão perdendo, ali no Pindaré já falam quase só português entre eles” (FUN5).

“A gente vê que muitos estão deixando de mão, eles preferem mais o tratamento medicamentoso. Eu acredito que a gente teria era que estar incentivando isso aí né, pra que eles não percam esse lado cultural” (FUN4).

“Quando eles chegam aqui falando mais desses cuidados tradicionais a gente dá todo apoio, inclusive trazem garrafadas pra tomar e a gente não diz pra eles deixarem de tomar, a gente só diz pra seguir o tratamento daqui e seguir o tratamento deles, fazer os dois juntos” (FUN1).

Como comentamos no Capítulo 4, abarcar a diversidade e trabalhar meios de acolher e inserir o enfermo no contexto de tratamento é uma maneira de humanizar os serviços de saúde, sendo que, nesse sentido, é primordial integrar as práticas e saberes tradicionais indígenas (que variam de acordo com a etnia, aumentando a complexidade da questão) às práticas médicas ocidentais, identificadas no SUS e, conseqüentemente, nas CASAs.

Outro papel dessas casas é oferecer serviços de educação em saúde. Consideramos também como uma prática humanizadora no sentido de que existem meios lúdicos e dinâmicos de realizar essas atividades. Constatamos, porém, que a CASAI-SLZ não oferece esse tipo de ação de forma organizada.

Pesquisadora: Educação para a saúde, já fizeram?

“Não. Pelo menos eu, que entrei agora, não” (FUN7).

“Não porque tem um rodízio muito grande aqui na CASAI [...] a educação em saúde termina sendo individual, dificilmente a gente faz no coletivo” (FUN6).

Ainda que haja um rodízio grande na CASAI é comprovado que muitos pacientes chegam a ficar meses hospedados devido ao tratamento médico. Sendo assim, é possível fazer atividades de educação para a saúde em forma de lazer e integração entre os usuários. Oficinas que valorizem particularidades de cada etnia, como artesanato, culinária, entre outras, podem servir como plano de fundo para o desenvolvimento de ações educativas e até mesmo de terapias ocupacionais.

Percebemos que os indígenas, de forma geral, se mostravam satisfeitos com a receptividade dos funcionários da CASAI e que os trabalhadores se preocupavam em demonstrar simpatia para com os pacientes. Observamos ainda um mural de fotografias na sala da secretaria com imagens de pacientes, adultos e crianças. Em uma das vezes em que observávamos o quadro, uma funcionária, ao perceber nosso ato, comentou se sentir bastante realizada ao exercer seu trabalho e afirmou sentir saudades dos pacientes pediátricos que voltavam para a aldeia. Para GES1, mesmo não havendo projetos específicos, o atendimento em si já é uma forma de humanização que tem impacto sobre o tratamento do paciente.

“Assim, tudo, como você falou na humanização. Acho que aqui o objetivo da equipe é atendê-los bem, né, justamente pra eles se sentirem em casa, né. Por que se não for isso, se não for nada esse atendimento de uma receptividade boa, né... condizente com a realidade deles, isso não ajuda no tratamento” (GES1).

A humanização pode e deve estar presente em cada atividade desenvolvida em serviços de saúde, assim como na estrutura física, na formação e capacitação dos profissionais. Entre os princípios da PNH está a valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às reivindicações de gênero, cor/etnia, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos, como os povos indígenas (BRASIL, 2001b).

6.1.5 Um novo espaço para os índios em São Luís

Após a ação civil pública feita pelo MPF-MA, a CASAI-SLZ mudou-se para um novo prédio alugado, pois o antigo não atendia às demandas e não era adequado às necessidades dos pacientes. A estrutura da casa nova surpreendeu positivamente por vários aspectos: fica em rua silenciosa, próximo à praia, tem uma área total muito maior que a área da casa anterior e possui ampla área verde, fator essencial. Não houve tantas mudanças em relação ao mobiliário, mas ficou nítido que o mesmo passou por uma limpeza mais pesada (o que certamente não acontecia na antiga casa há algum tempo), ficando visualmente mais agradável.

Em uma visita para reconhecimento do espaço, a estrutura da casa foi apresentada. Possui cinco quartos melhor estruturados (não foram fotografados, pois todos estavam com pacientes alojados), sendo que, dentro da casa há três enfermarias, que segundo GES4, hospedam pacientes que necessitam de uma atenção maior, de acordo com a patologia. Do lado de fora da casa há ainda duas estruturas para alojamento: a primeira em uma construção que lembra um refeitório, que segundo afirmação do gestor por meio de conversa informal, aloja especialmente indígenas da etnia Kanela, que, segundo ele, são culturalmente “menos sociáveis” com as outras etnias e levam maior número de acompanhantes. Na Figura 15 apresentamos uma imagem dessa estrutura.

Figura 15: Alojamento externo 01



Fonte: Pesquisa de campo.

A imagem demonstra nítida diferença estrutural em relação ao prédio anterior, com espaço bem maior e área de convivência. Ter espaços que possibilitem às diferentes etnias o direito a se organizarem da forma como se sentem mais à vontade é essencial dentro da logística da Casa de Saúde do Índio e obedece à PNASPI, que estabelece atenção diferenciada e adequada a essa clientela específica.

Uma outra estrutura fora da casa também funciona como quarto. Segundo o gestor, é um espaço que foi aproveitado para este fim e que, geralmente abriga indígenas da etnia Ka'apor, que, assim como os Kanela, também tem a característica de preferir ficar mais isolada. Aparentemente, tal construção fazia parte da área de lazer da casa, pois fica em frente ao espaço que correspondia à piscina (que foi aterrada), além de possuir desenho arquitetônico diferenciado, com referências ao estilo português. A Figura 16 mostra esse espaço.

Figura 16: Alojamento externo 02



Fonte: Pesquisa de campo.

Dentro da casa há várias salas, que foram divididas de forma a facilitar a rotina de trabalho dos funcionários, havendo uma sala equipada para a gerência geral, outra para a secretaria e ainda uma sala para o Serviço Social.

“O clima organizacional na casa nova aparentou ser mais leve. Além dos espaços serem mais amplos, a casa é mais bonita e arejada e os setores administrativos ficam em salas próximas. Os funcionários aparentavam estar à vontade no local e o gestor que guiou minha visita às dependências

da casa se mostrou bastante solícito e simpático, o que me fez ficar mais à vontade para entrevistá-lo mais uma vez de forma menos formal” (DIÁRIO DE CAMPO).

Também há um posto de enfermagem com balcão e sala de espera e ainda uma sala de curativos com maca e equipamentos para este fim, que se vê na Figura 17.

Figura 17: Sala de curativos



Fonte: Pesquisa de campo.

Pela imagem é possível perceber que existe uma estrutura mínima para a realização de pequenos procedimentos de enfermagem. Foi notada também na sala de curativos uma caixa para descarte de material perfurocortante, como indica a RDC nº 306 da ANVISA, já comentada no referencial teórico deste trabalho.

Assim como acontecia na casa anterior, não há um serviço específico para coleta de resíduo biológico e, segundo GES4, a caixa e todo o resíduo produzido na CASAI continuam sendo descartados no lixo comum, que é recolhido pela prefeitura de São Luís e despejado no aterro sanitário da cidade, sem nenhum tratamento prévio, como incineração, por exemplo. Dessa forma, o uso da caixa de descarte funciona apenas para proteção dos profissionais que realizam os procedimentos, incorrendo em risco para aqueles que fazem a coleta e mais ainda para quem trabalha no aterro sanitário.

Outra diferença em relação ao prédio anterior que ficava no bairro do Turu é a varanda da casa, que possui mais espaço, com melhores possibilidades de organização e instalação de redes. Além disso, a casa possui área aberta bastante ampla, o que permite que a varanda seja ventilada e iluminada, com conseqüente melhoria da qualidade dos momentos de descanso dos usuários. A Figura 18 exemplifica.

Figura 18: Varanda do prédio novo



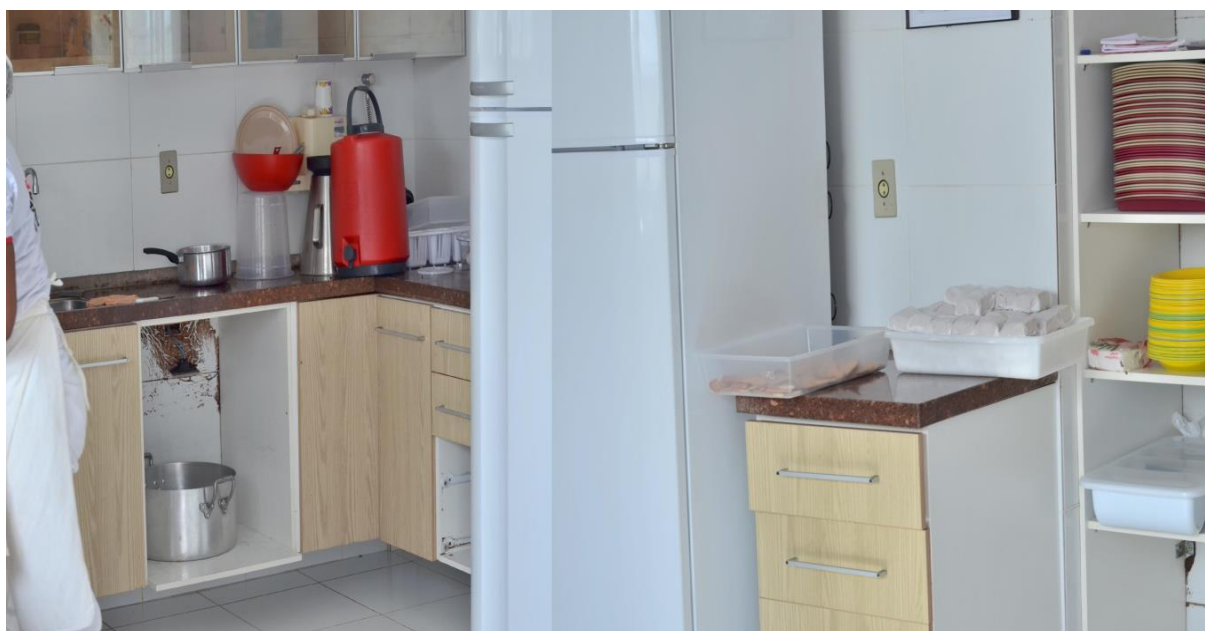
Fonte: Pesquisa de campo.

Uma das diferenças mais significativas que envolvem não apenas a estrutura física, mas um dos serviços mais importantes e necessários da CASA1 está relacionada à cozinha. Apesar de a cozinha da casa anterior ser maior, o serviço terceirizado agora é prestado dentro da unidade, ou seja, os alimentos são preparados na cozinha da casa, como GES3 havia afirmado em entrevista (trecho citado em seção anterior).

Segundo GES4, além de ter sanado os problemas com o atraso na entrega das refeições, tal fato melhorou a qualidade, a quantidade e a variedade da alimentação. Segundo ele, as reclamações ainda existem, mas diminuíram significativamente. Não foi possível ver o tipo de alimento que é servido, mas é importante salientar que sempre será necessário adequar o cardápio de acordo com as especificidades das etnias e a dieta prescrita pelo médico.

Não se trata de um espaço muito grande e ainda precisa de adequações, como um exaustor, para diminuir a temperatura dentro do espaço, que é bastante quente devido ao preparo dos alimentos, característica comum de cozinhas. No momento da captura da imagem a cozinha estava sendo higienizada pela equipe, que usava avental, touca e luvas. Entretanto, não observamos um local adequado para lavagem das louças, que é um detalhe importante, visto que uma má higienização dos utensílios pode favorecer contaminações. A Figura 19 mostra como é o ambiente onde são preparadas as refeições na CASAI-SLZ.

Figura 19: Cozinha do prédio novo



Fonte: Pesquisa de campo.

Outro aspecto que chamou a atenção foi a existência de louças de plástico no armário (à direita, na figura), o que demonstra que as quitinhas de alumínio foram abolidas (apesar de o plástico não ser o material mais recomendado para esse tipo de instituição).

Quanto ao serviço de lavanderia, os usuários continuam a lavar suas próprias roupas e redes. O espaço da lavanderia possuía cordas para secagem das roupas (varal), que estavam completamente ocupadas e havia algumas pessoas no local no momento da visita. No que diz respeito à estrutura da lavanderia, o prédio anterior possuía melhor espaço, mais amplo, inclusive.

Não foi notada a existência de uma máquina de lavar na área de serviço e, segundo o gestor GES4, a lavanderia continua sendo uma questão delicada, visto que, para higienizar as roupas os indígenas permanecem bastante tempo sob o calor do sol. A Figura 20 mostra como é a estrutura da área de serviço/lavanderia no prédio novo da Casa de Saúde do Índio em São Luís.

Figura 20: Lavanderia do prédio novo



Fonte: Pesquisa de campo.

Segundo GES4, há um processo de licitação em andamento desde o início de 2015 para oferecimento de serviço de lavanderia terceirizada e material de hotelaria (enxoval).

“Tá sendo licitado processo de lavanderia, e algumas... é, material de hospedagem, hotelaria, e tá sendo licitado um processo de manutenção predial também aqui pra CASAI... tá em processo de licitação pra terminar agora, por esse período. Acho que até em abril, no máximo, esses dois processos estão terminados” (GES4).

O depoimento de GES4 corrobora o que fora dito em entrevista anterior feita com GES3 (trecho citado na seção 6.1), que havia afirmado que seria aberto um processo de licitação para contrato de lavanderia e material de cama, mesa e banho.

Foi possível observar também alguns brinquedos para uso das crianças (vide Figura 21) e, segundo GES4, algumas atividades estão acontecendo de forma periódica, visando ao lazer dos indígenas que podem participar, como passeios à

praia, que fica a poucos metros da casa. O gestor declarou que: *“A gente tá tendo passeios à praia uma vez por semana. Amanhã... sempre na sexta-feira, ou pela manhã ou pela tarde”*. Todavia, a casa ainda não possui um profissional de terapia ocupacional e não tem previsão para contratação de alguém dessa área. Segundo GES4, a gestão da CASAI-SLZ já efetuou esse pedido junto ao DSEI-MA, mas ainda não fora atendida.

Figura 21: Brinquedos no prédio novo



Fonte: Pesquisa de campo.

Apesar de melhora significativa da ambiência através da mudança de imóvel, a CASAI-SLZ continua atuando da mesma forma. O quadro de funcionários continua o mesmo, exceto pelas funcionárias terceirizadas trabalhando na cozinha e todo o modelo gerencial e desafios relativos à interação com os hospitais continuam iguais. Além disso, apesar de, agora, atuarem em um local maior, o limite para alojamento de usuários continua sendo de 35 pessoas, o que evidencia que os recursos continuam os mesmos.

“Ainda é o mesmo [teto de 35 pessoas], mas nós não estamos conseguindo manter [...] na faixa de 50, 70 pessoas [é a média de lotação], não estamos conseguindo baixar, de jeito nenhum” (GES4).

Quanto ao contrato de aluguel, o mesmo foi firmado com prazo indeterminado. Apesar de não ter ficado à vontade para comentar a respeito, GES4 afirmou que o valor mensal do aluguel *“fica na faixa de dez mil reais por mês”*, sendo

que toda a responsabilidade pela manutenção do prédio é do DSEI-MA. Como é possível notar, o valor do aluguel chega a custar quatro vezes mais do que o da casa anterior e um fator a ser ponderado seria a construção de uma unidade já arquitetada para esse fim. Quando indagado sobre a existência de algum projeto para construção de uma CASAI nova em São Luís, GES3 respondeu:

“Há, há um projeto. Na verdade, todas as CASAIs, mas é bastante burocrático esse processo, porque, assim, primeiro a Secretaria de Patrimônio da União tem que disponibilizar um terreno. Quando ele não tem – que nós fizemos essa consulta e ele não tem esse terreno – aí a gente tem que aguardar uma doação [ele ri] que seja cedido por... ou algum terreno. Porque a União, ela não adquire terras, ela desapropria terras, se você chegar numa terra que já é da União [...] mas comprar, adquirir novas terras, a União não faz isso. E a terra do indígena, ela é da União. E nós não temos terrenos da União dentro dessas localidades e o processo de adquirir, nunca ouvir dizer da União adquirir um terreno... mas assim, só pra te dar um esclarecimento... o orçamento anual do DSEI, de custeio, ele passa de 17 milhões de reais, 17 milhões de reais! [ele enfatiza] Os alugueis das CASAIs, total, por ano, não chega a 140 mil por ano” (GES3).

A entrevista com GES3 foi realizada no mês de dezembro na sede do DSEI-MA, quando a CASAI-SLZ havia acabado de mudar para o novo prédio. Como é possível perceber, com os valores atualizados do aluguel do novo imóvel, apenas a CASAI-SLZ custará por ano, aproximadamente R\$120.000,00 (cento e vinte mil reais), o que evidencia um grande aumento dos gastos com aluguel de imóveis para sediar as casas de apoio.

A nova casa é, inquestionavelmente, mais espaçosa e arejada do que a anterior, o que é um passo importante para prestação de um serviço com maior qualidade, mas é necessário que haja ainda melhorias no serviço, como atividades terapêuticas e oficinas que visem à socialização entre as etnias e evite o isolamento e ociosidade dos indígenas, visto que muitos permanecem por bastante tempo no local.

É importante frisar também que a casa nova não possui um espaço minuciosamente adequado para atender à clientela indígena especificamente, pois se trata de um imóvel residencial que está sendo utilizado com outra finalidade.

6.1.6 Sugestões

Como fora apresentado, a Casa de Saúde do Índio de São Luís possui problemas a serem sanados para que o atendimento se dê em conformidade com as diretrizes da PNASPI e da PNH. Diante dessa realidade, optamos por elencar nesta

seção algumas sugestões que consideramos importantes para a qualidade dos serviços prestados na unidade. Muitas delas, inclusive, já foram citadas durante as seções anteriores. Como vimos, a estrutura física sofreu melhora significativa após mudança para novo prédio, o que diminuiu consideravelmente os problemas de ambiência identificados no imóvel que ficava no bairro do Turu.

Apesar da mudança estrutural, ainda há fatores essenciais a serem pensados para que a CASAI-SLZ tenha serviços humanizados e melhor organizados de acordo com a necessidade de seus usuários e funcionários, pois, ainda que seja muito importante, apenas o espaço físico não é capaz de humanizar e organizar todo o serviço. Além disso, mesmo no imóvel novo ainda são necessárias intervenções estruturais para melhor adequação. Compreendemos que as sugestões aqui apresentadas podem ser adaptadas para todas as CASAIs do DSEI-MA e são aplicáveis a médio e longo prazos.

Em primeiro lugar, para que as ações humanizantes sejam mais bem organizadas é importante a criação de um GTH na CASAI-SLZ, em consonância com a PNH. Para tanto, sugere-se a elaboração de um projeto com a discriminação das atribuições de cada componente, bem como dos objetivos e projetos a serem desenvolvidos. Também é importante que o GTH trabalhe com um plano de atividades a serem desenvolvidas, onde estarão descritos a periodicidade dos eventos e projetos, os locais onde serão desenvolvidos, quais profissionais serão responsáveis por cada um, como serão avaliados e divulgados. Para projetos específicos, sugerimos:

a) oficinas de arte

Dentre os problemas identificados na CASAI-SLZ, percebemos que a ociosidade dos usuários (pacientes e acompanhantes) é preocupante, especialmente para aqueles que permanecem por longos períodos na cidade em busca de tratamento. Assim sendo, seguindo o que preconizam a PNASPI e a PNH, ações humanizadoras como pequenas oficinas de arte são medidas que podem minimizar o impacto negativo da hospedagem no local.

Sabemos que cada etnia possui suas formas de expressão artística, relacionadas a um estilo de vida, crenças e costumes próprios, mas que podem ser

compartilhados de forma não invasiva dentro do contexto da CASAI. Desse modo, sugerimos as seguintes oficinas:

- oficinas de dança: ações que valorizem as expressões de danças das etnias presentes na CASAI-SLZ, considerando a música e os ornamentos típicos;
- oficinas de artesanato: oficinas que estimulem a produção de bijuterias com matéria-prima utilizada nas aldeias, objetos feitos de palha, máscaras e cocares típicos;
- oficinas de pintura: a serem realizados especialmente (e não exclusivamente) com as crianças como forma de expressão de sentimentos, percepção e inter-relação entre o universo vivenciado na aldeia e na CASAI.

Cada oficina deverá ter uma periodicidade a ser definida pela gestão da unidade de acordo com um calendário elaborado pelos funcionários. Acreditamos que a realização destas oficinas favorecerão ainda os funcionários da unidade, que terão contato maior com a cultura dos usuários e suas relações sociais e hábitos, o que colaborará para a abordagem intercultural e troca de saberes. Sugerimos ainda que todas as ações sejam registradas em fotografias e vídeos, criação de banco de dados e também para facilitar avaliação posterior.

b) passeios

Foi mencionado durante a pesquisa de campo passeios à praia realizados com os usuários. Sugerimos, que, além da praia, o Centro Histórico da cidade de São Luís seja incluído como roteiro regular, inclusive por possuir museus que podem ser visitados. Nessas ocasiões, a CASAI deverá dispor o transporte e a alimentação.

c) brinquedoteca

Bastante comum em hospitais, os espaços com brinquedos para as crianças permitem que as mesmas interajam umas com as outras, favorecendo a socialização e a ludicidade durante o período de internação. Fora relatado nas entrevistas que a gestão da CASAI-SLZ já pensou em montar uma brinquedoteca em parceria com outras entidades, como a Vale, porém, sem sucesso.

Compreendemos que um espaço destinado especialmente às crianças é importante não apenas para seu divertimento e ocupação, mas também para auxiliá-las a enfrentar o momento de enfermidade com menos traumas.

d) educação para a saúde

Vimos nas seções anteriores que a CASAI-SLZ não oferece de forma organizada eventos que promovam educação para a saúde, contrariando a PNASPI. Assim sendo, através de parceria com as Secretarias de Saúde do estado e município, sugerimos eventos periódicos, que podem ser quinzenais, para conscientização dos indígenas quanto a alcoolismo, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, como AIDS e outras DSTs, segurança alimentar, higiene pessoal, saúde da mulher e higiene bucal, por exemplo.

Para melhor assimilação dos conteúdos, podem ser utilizados métodos lúdicos, que considerem as características das etnias que estiverem presentes.

e) interação com a Universidade Federal do Maranhão

O estabelecimento de parcerias entre o DSEI-MA e a UFMA pode proporcionar mudanças significativas não apenas nas CASAIs, mas nas ações do Distrito de forma geral. O trabalho de antropólogos, psicólogos, hoteleiros, assistentes sociais, pedagogos, médicos, enfermeiros, nutricionistas, dentistas, cientistas sociais, entre outros, além da execução de projetos de extensão e pesquisa direcionados às comunidades indígenas seria bastante positivo tanto para o DSEI quanto para a universidade.

f) alimentação

Ainda que a CASAI-SLZ já possua uma cozinha onde são preparadas as refeições da unidade, percebemos que é necessária uma pesquisa maior sobre os hábitos alimentares das etnias. Sugerimos ainda que a unidade disponibilize um espaço onde os acompanhantes possam preparar algumas receitas próprias em horário determinado e de acordo com as possibilidades.

g) tradução idiomática

Visto que a comunicação ainda possui desafios, sugerimos cursos de aperfeiçoamento nesse sentido para a equipe multiprofissional da CASAI-SLZ e nas aldeias, para que haja intérpretes da própria etnia, designados para exercer esta função e que possam acompanhar os pacientes.

h) gestão e outras questões

O cuidado dispensado a pacientes com doenças infectocontagiosas mostrou-se deficiente durante a pesquisa de campo, sendo assim, sugerimos um que a gestão da casa tenha melhor definição e elaboração de um plano de ações para estes usuários, como o local onde ficarão alojados, o padrão de limpeza desse local e meios para evitar contaminações para as demais pessoas hospedadas. Também propomos a elaboração de procedimentos operacionais padrão de higiene de cada local específico da casa, especialmente para áreas como posto de enfermagem e sala de curativos. Esses procedimentos deverão discriminar o tipo de limpeza e como deve ser executada, quais produtos e EPIs serão utilizados.

Além disso, a elaboração de um plano de gerenciamento de resíduos, como é determinado pela RDC ANVISA 306 é importante para a CASAI, visto que se trata de um estabelecimento que realiza pequenos procedimentos de saúde, como curativos, além de possuir medicamentos, que também devem ser descartados de forma específica.

Sugerimos ainda que seja elaborada uma agenda de visitas de representantes do Condisi à CASAI-SLZ, para que haja avaliação de como os serviços estão sendo oferecidos e debate saudável a respeito das necessidades, direitos e reivindicações dos usuários.

Para que os serviços ofertados pelas CASAIs do DSEI-MA funcionem em congruência, é interessante que haja encontros periódicos, que podem ser quadrimestrais ou semestrais. Tais encontros servirão para avaliação dos serviços e projetos e análise de indicadores através dos registros das ações humanizadoras e gerenciais, como oficinas, passeios e serviços em geral. Cada encontro poderá acontecer em uma CASAI diferente. Além disso, propomos uma pesquisa de satisfação com os usuários, a ser feita respeitando, obviamente, à cultura de cada

indígena. As críticas e elogios deverão ser analisados e as medidas cabíveis deverão ser tomadas para melhorias no serviço. Relatórios de todas as ações deverão ser elaborados e encaminhados para o DSEI-MA e SESAI.

Compreendemos que as sugestões aqui contidas permitirão à CASAI-SLZ o oferecimento de uma assistência com maior qualidade e humanização, além de permitirem aos usuários maior participação no processo de tratamento. Esperamos que sejam aplicadas em médio e longo prazos, para incremento da qualidade na unidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve por objetivo estudar a adequação dos serviços da Casa de Saúde do Índio de São Luís, no Maranhão, à realidade de seus usuários segundo a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e a Política Nacional de Humanização. Para tanto, optamos por analisar a ambiência e a humanização da unidade, bem como sua organização gerencial.

As Casas de Saúde do Índio, como estruturas de apoio que recebem e alojam pacientes indígenas e seus acompanhantes quando estes necessitam de tratamento médico em uma cidade fora de seu município, necessitam de estrutura condizente com a demanda e de gestão direcionada a uma clientela diferenciada.

A CASAI-SLZ, no início da pesquisa de campo, estava localizada em um imóvel que não apresentava condições estruturais (espaciais e sanitárias) adequadas para o recebimento de pessoas enfermas. Nesse imóvel observamos enfermarias mal estruturadas, banheiros sucateados e superlotação, tanto que, durante o período de coleta de dados, tomamos conhecimento de uma denúncia feita pelo Ministério Público Federal no Maranhão sobre as péssimas condições da unidade, que teria um prazo para ou adequar o imóvel ou mudar-se para outro local.

Os fatores físicos melhoraram após a mudança para novo imóvel, mas, apesar das mudanças na estrutura física, a estrutura organizacional manteve-se a mesma, com os mesmos problemas e desafios, sendo que ainda há fatores essenciais a serem pensados para que a CASAI-SLZ tenha serviços humanizados e melhor organizados de acordo com a necessidade de seus usuários e funcionários, pois, ainda que seja muito importante, apenas o espaço físico não é capaz de humanizar e organizar todo o serviço. É importante destacar que as CASAIs não devem ser espaços alugados, mas sim espaços construídos para atender de forma digna aos seus usuários.

Constatamos que a CASAI-SLZ atende a indígenas de todas as etnias existentes no estado do Maranhão, o que aumenta a complexidade da unidade e exige equipe multiprofissional capacitada para ofertar assistência diferenciada.

Durante a pesquisa de campo e análise dos dados foi possível identificar problemas na execução das políticas de saúde para os povos indígenas pelos órgãos competentes e ainda pelo Sistema Único de Saúde. O relato dos trabalhadores e dos usuários da CASAI-SLZ apontou para problemas na estrutura

física e organizacional, bem como a falta de projetos e ações humanizantes, além de serviços que se contrapõem ao que determinam as leis vigentes. Também foram descritos problemas no que tange à adequação nos hospitais, mesmo naqueles que recebem incentivo financeiro para tal fim.

Notamos ainda que não há fiscalização dos recursos destinados aos hospitais para melhorias no atendimento a populações indígenas, fato justificado por um dos gestores devido à forma como o dinheiro é destinado. O mesmo ainda atribuiu ao Condisi a responsabilidade de fiscalizar essa questão.

Nenhum projeto de humanização organizado e periódico foi identificado na CASAI-SLZ, tampouco atividades de educação para a saúde. A ociosidade dos usuários durante o período de hospedagem foi evidenciada nas entrevistas com funcionários, gestores e usuários e foi também observada durante a pesquisa.

Negativamente, identificamos falhas no oferecimento de serviços de apoio básicos, como alimentação (alvo de inúmeras reclamações e críticas), lavanderia e enxoval e até mesmo nas condições de alojamento.

Os resultados indicaram que, apesar de a PNASPI e a PNH estabelecerem que os indígenas tenham o direito à atenção diferenciada, as condições da referida casa não favorecem um cuidado integralmente baseado na interculturalidade e especificidade dos seus usuários. Percebemos uma diferença grande entre o que é recomendado pela PNASPI e PNH e o que é efetivado na gestão da CASAI-SLZ.

Identificamos ainda problemas que são gerados no DSEI-MA, a precarização das condições de trabalho, evidenciadas nas entrevistas e não oferecimento de cursos de capacitação para os funcionários e uma vistória pouco minuciosa do trabalho que é desenvolvido. Durante a pesquisa foi notório que os profissionais ingressam na saúde indígena despreparados para tal, sendo obrigados a compreender esse universo já em campo de trabalho. Alguns reclamaram ainda da formação acadêmica, que não contempla a atenção diferenciada a grupos específicos.

Dessa forma, especialmente quando consideramos que a rotatividade de profissionais ainda é bastante alta no DSEI-MA, a adequação nos serviços se torna mais difícil de ser efetivada, visto que esses trabalhadores não compreendem as peculiaridades dos povos com os quais irão trabalhar, o que explicita a necessidade de formação permanente dos profissionais.

Um problema grave que encontramos foi a não existência ou não organização e arquivamento dos relatórios mensais de atendimento da CASAI-SLZ, documentos perdidos e mal armazenados, tanto em meio físico quanto digital. Enquanto os funcionários da CASAI-SLZ afirmavam que os relatórios estavam no DSEI-MA, este, por sua vez, garantia que nunca os havia recebido e que era função da CASAI-SLZ mantê-los arquivados em suas dependências.

A ausência e não disponibilização de dados dificulta a análise quantitativa dos serviços e impede que estudos e pesquisas, que visam melhorar as condições da saúde indígena no Distrito, sejam realizados. Consideramos esta uma falha grave de gestão, tanto do DSEI-MA quanto da CASAI-SLZ.

Percebemos que todas as categorias da pesquisa apresentaram problemas, a saber, a organização, a humanização e a ambiência. Diante dessa realidade, optamos por elencar algumas sugestões na seção 6.5.6, que consideramos importantes para a qualidade dos serviços prestados na unidade.

Ao chegarmos ao final desta pesquisa, concluímos que alcançamos o objetivo a ela proposto. Infelizmente, os resultados demonstraram diversos problemas e desafios, que vão desde a alimentação até ao alojamento dos pacientes, confirmando as hipóteses da pesquisa. Evidenciamos que esta não é e nem tem a pretensão de ser uma pesquisa conclusiva, pois a dinâmica dos serviços de saúde prestados às populações indígenas no Maranhão é bastante complexa e problemática e envolve fatores organizacionais, antropológicos, geográficos e políticos, portanto, afirmamos que novos estudos devem ser realizados na área.

Acreditamos que este trabalho colaborará para diminuição da escassez de pesquisa na área da saúde indígena e reduzirá o fator limitante de informações, colaborando para o incremento de melhorias para as populações indígenas atendidas na CASAI-SLZ. Reiteramos ainda que o atendimento humanizado nas casas de apoio merece ser compreendido como elemento benéfico para gestores, trabalhadores e usuários e engloba questões importantes que vão desde o aspecto físico e estrutural dos ambientes até aspectos subjetivos, como cultura e preferências pessoais.

Esperamos que esta pesquisa contribua para a sensibilização dos órgãos competentes para a urgência de melhorias gerenciais nas instâncias que fazem parte da saúde indígena no Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão.

REFERÊNCIAS

ALTINI, Emília et al (org.). **A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil:** Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas. Conselho Indigenista Missionário – CIMI. Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB. Edição Revisada, 2013. Disponível em: <<http://6ccr.pgr.mpf.mp.br/institucional/grupos-de-trabalho/saude/cartilha-sobre-saude-indigena-cimi>>. Acessado em: 15 de novembro de 2014.

ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 306, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.** 2004. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/10d6dd00474597439fb6df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA+306,+DE+7+DE+DEZEMBRO+DE+2004.pdf?MOD=AJPERES>> Acessado em: 15 Jun 2014.

ARAÚJO, Ana Valéria. **Povos indígenas e a lei dos “brancos”:** o direito à diferença. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco). LACED/Museu Nacional, 2006.

ARRUDA, Roldão. **Índios do Maranhão relatam drama da saúde a procuradores.** 2013. Disponível em: <<http://blogs.estadao.com.br/roldao-arruda/indios-do-maranhao-relatam-drama-da-saude-a-procuradores/>>. Acessado em: 11/08/2013.

ATENÇÃO BÁSICA. **CASAI-DF: a valorização da ambiência na busca da excelência no atendimento aos povos indígenas.** 2013. Disponível em: <<https://novo.atencaobasica.org.br/relato/133>>. Acessado em: 12 Dez. 2014.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70. 2009.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. **Humanização na saúde: um novo modismo?** Interface – Comunic., Saúde, Educ., v. 9, n.17, p.389-94, 2005.

BOEGER, Marcelo Assad. **Gestão em Hotelaria Hospitalar.** – 2. Ed.- São Paulo: Atlas, 2005.

BOM DIA BRASIL. **Por dívida de R\$ 8 milhões, PI recusa atender pacientes com câncer do MA.** Edição do dia 10/01/2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2014/01/por-divida-de-r-8-milhoes-pi-recusa-atender-pacientes-com-cancer-do-ma.html>>. Acessado em: 20 Fev. 2015.

BRASIL. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____ Decreto nº 23, de 4 de fevereiro de 1991. Revogado pelo Decreto nº 1.141, de 1994. **Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas.** Brasília, 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0023.htm>. Acessado em: 08. Nov. 2014.

_____ Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999. **Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nºs 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências.** Brasília, 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3156.htm>. Acessado em: 13 Out. 2014.

_____ Fundação Nacional de Saúde. **Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena / Fundação Nacional de Saúde.** - Brasília : Funasa, 2009.

_____ Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

_____ Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, 1990. Seção1, p.18055 - 18059.

_____ Lei nº 8.142, DE 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acessado em: 08 Nov. 2014.

_____ Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. **Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.** Brasília, 1999a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9836.htm>. Acessado em: 13 Out. 2014.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: ambiência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à

Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Portaria nº 852, de 30 de setembro de 1999. **Criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI**. 1999b. Disponível em: <http://6ccr.pgr.mpf.mp.br/institucional/grupos-de-trabalho/saude/docs_legislacao/portaria_852_1999.pdf>. Acessado em: 7 Out. 2014.

_____. **Programa de Saúde Indígena: etnodesenvolvimento das sociedades indígenas**. Ministério da Saúde, Secretaria executiva. Brasília, 2001a.

_____. **Vigilância em saúde indígena: dados e indicadores selecionados 2010**. Departamento de Saúde Indígena Brasília: Funasa, 2010a.

BRAVO, Maria Inês Souza; SOUZA, Rodriane de Oliveira. **Conselhos de saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional**. Ser Social — Revista do programa de pós-graduação em política social, Brasília, n. 10, 2002.

CASTELLANI, M. R. **Subsistema de Saúde Indígena: alternativa bioética de respeito às diferenças [dissertação]**. Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde; 2012.

CCPY. Comissão Pró-Yanomami. **Saúde indígena: impasse no modelo de gestão**. 2004. Disponível em: <http://www.socioambiental.org/banco_imagens/pdfs/ccpy.pdf>. Acessado em: 15 Abr. 2015.

CENTRO DE TRABALHO INDIGENISTA. **Situação de calamidade pública: povos Canela do Maranhão em situação de risco**. 2014. Disponível em: <<http://www.trabalhoindigenista.org.br/noticia/situa%C3%A7%C3%A3o-de-calamidade-p%C3%BAblica-povos-canela-do-maranh%C3%A3o-em-situa%C3%A7%C3%A3o-de-risco>>. Acessado em: 12 Jan. 2015.

CONCEIÇÃO, Tainá Souza. **A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares**. SER Social, Brasília, v. 11, n. 25, p. 194-220, jul./dez. 2009.

CRUZ, Katiane Ribeiro. **Os desafios da particip(ação) indígena na saúde indigenista**. 203 f. Tese (Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas). Universidade Federal do Maranhão, 2007.

_____. **Política indigenista de saúde e participação indígena: desafios do respeito à diferença**. II Jornada Internacional de Políticas Públicas. UFMA. São Luís – MA, 23 a 26 de agosto 2005.

DEPARTAMENTO DE IST, AIDS E HEPATITES VIRAIIS. **A melhoria da assistência aos negros e índios infectados pelo vírus do HIV/Aids no Maranhão e em São Paulo foi um dos desafios propostos na segunda-feira passada...** 2007. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/melhoria-da-assistencia-aos->

negros-e-indios-infectados-pelo-virus-do-hivaido-no-maranhao-e-e>. Acessado em: 20 Fev. 2015.

DESLANDES, Suely F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n. 1, p. 1-12, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>> Acesso em: 15 jan. 2015.

FEITOSA, Leonarda. **Humanização nos Hospitais**. São Paulo: Premius, 2001.

FERREIRA, Luciana Benevides. **O controle social no subsistema de atenção à saúde indígena: uma reflexão bioética**. 2012. 147 f. Tese (Doutorado em Bioética) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

FERREIRA, Luciane Ouriques. **Limites e possibilidades da articulação entre as medicinas tradicionais indígenas**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Projeto Vigisus II. Coordenação Técnica. Área de Medicina Tradicional Indígena. Medicina Tradicional Indígena em Contextos – Anais da I Reunião de Monitoramento. Luciane Ouriques Ferreira e Patricia Silva Osório (org.). Projeto Vigisus II/Funasa. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2007.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO. **Índios do Brasil. Quem são**. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/quem-sao?start=4#>>. Acessado em 24 Fev. 2015.

_____. **Índios do Brasil. Quem são**. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/quem-sao?limitstart=0#>>. Acessado em 24 Fev. 2015.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório de gestão 2007 CORE/MA**. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Coordenação Regional do Maranhão. São Luís, 2008.

_____. **Relatório de Gestão 2009**. Elaborado por Coordenação Geral de Planejamento e Avaliação CGPLA/DEPIN. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2010.

_____. **Atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil**. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo; 2002.

G1 PIAUÍ, 2015. **Justiça determina que Piauí atenda pacientes vindos do Maranhão**. Edição do dia 28/01/2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/pi/piaui/noticia/2015/01/justica-determina-que-piaui-atenda-pacientes-vindos-do-maranhao.html>>. Acessado em 20 Fev. 2015.

GANIOLE, Leika Aparecida Ishiyama et al (org.). **Saúde bucal por ciclos de vida**. Campo Grande, MS : Ed. UFMS : Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011.

GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L. C. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

GARNELO, Luiza. **Política de Saúde Indígena no Brasil**: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: Garnelo, Luiza (Org.). **Saúde Indígena**: uma introdução ao tema. / Luiza Garnelo; Ana Lúcia Pontes (Org.). - Brasília: MEC-SECADI, 2012.

GARNELO, Luiza; MAQUINÉ, Aldemir Lima. **Financiamento do Subsistema de Saúde Indígena nos Planos Plurianuais (PPA) no Brasil**. 2013.

GARNELO, Luiza; SAMPAIO, Sully. **Bases socioculturais do controle social em saúde indígena**: problemas e questões na Região Norte do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, Feb. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100035&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 19 Dez. 2014.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GLOBO NATUREZA. **Com alta do ouro, reserva yanomami enfrenta invasão de garimpeiros**. 2011. Disponível em: <<http://g1.globo.com/natureza/noticia/2011/10/com-alta-do-ouro-reserva-yanomami-enfrenta-invasao-de-garimpeiros.html>>. Acessado em: 22 Abr. 2015.

GODOI, Adalto Felix de. **Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento em hospitais**. – 2. Ed.- São Paulo: Ícone, 2008.

IBGE. **Os indígenas no censo demográfico 2010**: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Rio de Janeiro, 2012.

JORNAL PEQUENO. **Funasa terá que recuperar Casa de Saúde do Índio em São Luís**. Publicado em 05/12/2008. Disponível em: <<http://jornalpequeno.com.br/edicao/2008/12/05/funasa-tera-que-recuperar-casa-de-saude-do-indio-em-sao-luis/>>. Acessado em: 02 Dez. 2013.

KAPLAN, Bonnie & DUCHON, Dennis. **Combining qualitative and quantitative methods in information systems research**: a case study. MIS Quarterly, v. 12, n. 4, p. 571-586, Dec. 1988.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia científica**: ciência e conhecimento científico; métodos científicos; teoria, hipóteses e variáveis. 7. ed. São Paulo: Atlas, 1986.

LANGDON, Esther Jean. **Medicina tradicional**: reflexões antropológicas sobre atenção diferenciada. In: Etnobiologia e Saúde dos Povos Indígenas. Moacir Haverroth, org. Rio de Janeiro/Florianópolis: NUPEEA - Núcleo de Publicações em

Ecologia e Etnobotânica Aplicada/IBP – Instituto Nacional de Pesquisa: Brasil Plural, 2013.

LANGDON, Esther Jean; DIEHL, Eliana E. **Participação e Autonomia nos Espaços Interculturais de Saúde Indígena:** reflexões a partir do sul do Brasil. Saúde e Sociedade. São Paulo, v.16, n.2, p.19-36, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n2/04.pdf>> Acessado em: 20 Nov. 2014.

LANGDON, Esther Jean. **Saúde e Povos Indígenas: os desafios na virada do milênio.** Trabalho apresentado no V Congresso Latino Americano de Ciencias Sociales y Medicina. Caracas, 1999

LEFEVRE, A.M.C. & CORNETA.V.C **Recursos Humanos para a Promoção da Saúde** In: LEFEVRE, F & LEFEVRE, A. M. C. **Promocão da saúde: a negação da negação.** Rio Janeiro, Vieira&Lent, 2004.

LEITE, Maurício Soares. **Nutrição e alimentação em saúde indígena:** notas sobre a importância e a situação atual. In: Garnelo, Luiza (Org.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema.** / Luiza Garnelo; Ana Lúcia Pontes (Org.). - Brasília: MEC-SECADI, 2012.

LIMA, Antonio Carlos de Souza; BARROSO-HOFFMANN, Maria (org.). **Etnodesenvolvimento e políticas públicas: bases para uma nova política indigenista.** Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002.

LIMA, Antonio Carlos de Souza; CASTILHO, Sergio Ricardo Rodrigues. **Povos indígenas, preconceito e ativismo político.** In: VENTURI, G.; BOKANY, V. In: **Indígenas do Brasil: demandas dos povos e percepções da opinião pública.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013.

LIMA, Abgair Xavier. **Humanização como política da instituição.** In: BOEGER, Marcelo; editoras Renata Dejtiar Waksman e Olga Guilhermina Dias Farah. **Hotelaria hospitalar.** Coleção Manuais de Especialização Albert Einstein. Barueri, SP: Manole, 2011.

MANZINI, E.J. **Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada.** In: MARQUEZINE: M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE; S. (Orgs.) **Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial.** Londrina: Eduel, 2003.

MATOS,C. L. G. de. **A abordagem etnográfica na investigação científica.** UERJ, 2001. Disponível em: <http://www.ines.org.br>. Acessado em: 22 de setembro de 2013.

MAYAN, M. J. **An introduction to qualitative methods:** a training module for students and professionals. Edmonton, Universidade of Alberta, 2001 apud BOCCHI, Silvia Cristina Mangini. **Métodos qualitativos de pesquisa:** uma tentativa de desmistificar a sua compreensão: manual de estudos para alunos de pós-graduação pretende ser um guia orientador em alguns dos métodos de pesquisa qualitativa. Botucatu : FMB - UNESP, 2008.

MERHY, Emerson Elias. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde:** uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-10.pdf>> Acesso em: 07 jan 2015.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Manual de atuação – Saúde Indígena.** Grupo de Trabalho Saúde Indígena. 6ª CCR/MPF. 2008

MPF/MA propõe ação civil pública para regularizar o atendimento na Casa de Saúde do Índio em São Luís. Relatórios da Vigilância Sanitária e do Departamento de Auditoria do SUS indicam falta de condições sanitárias adequadas ao acolhimento de pacientes indígenas. Publicado em 23/10/2014. Disponível em: <<http://www.prma.mpf.gov.br/noticia-5288>>. Acessado em: 30 Out. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dados gerais do Dsei Maranhão, referentes a 2013.** Secretaria Especial de Saúde Indígena. Diretoria de Gestão da Saúde Indígena. Coordenação Geral de Monitoramento e Avaliação da Saúde Indígena. Divisão de Monitoramento da Saúde Indígena. Sistema de Informação da Saúde Indígena. 2013. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/25/Dsei-Maranh--o.pdf>>. Acessado em: 15 Ago 2014.

Orientações para o processo de pactuação dos incentivos de atenção básica e especializada à saúde dos povos indígenas (Criados pela Portaria GM/MS nº. 2.656/2007). Fundação Nacional de Saúde, 2008. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/geral/perguntas_respostas_processo_pactuacao.pdf>. Acessado em: 23 Fev. 2015.

Portaria nº 2.656, de 17 de outubro de 2007, que dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas. 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2656_17_10_2007.html>. Acessado em: 26 Fev. 2015.

Portaria 3.965 de 14 de dezembro de 2010, que aprova os regimentos internos dos órgãos do Ministério da Saúde. 2010. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/29/portaria-3965-2010.pdf>>. Acessado em: 12 Dez 2014.

Projeto de atividades cotidianas para os indígenas da CASAI de São Paulo: ações de humanização do atendimento e promoção de bem-estar para melhor reabilitação dos pacientes indígenas. Fundação Nacional de Saúde. São Paulo: 2005.

PASCHE, Dario Frederico; PASSOS, Eduardo. **A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde.** Boletim do Instituto de Saúde – BIS. Edição especial Novembro, 2010. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de->

saude/homepage/bis/pdfs/bis_especial_humanizacao_em_perspectiva.pdf>
Acessado em: 20 Nov. 2014.

PELLEGRINI, Marcos et al. **Modelo de Atenção**. Consórcio IDS-SSL-Cebrap. Fevereiro de 2009. Disponível em
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modelo_atencao_saude_indigena.pdf>
Acessado em: 19 Nov. 2014.

PORTAL DA SAÚDE. **Conheça a secretaria SESAI**. 2014a. Disponível em:
<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/conheca-a-secretaria-sesai>>. Acessado em: 28 de outubro de 2014.

_____. **Conheça o DSEI**. 2014c. Disponível em:
<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai/mais-sobre-sesai/9540-destaques>>
Acessado em: 23 Mar 2015.

_____. **Diretrizes para a implementação do HumanizaSUS**. 2014b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/231-sas-raiz/humanizasus/l1-humanizasus/12419-diretrizes-e-dispositivos>>. Acessado em: 14. Dez 2014.

PORTARIA NR. 840, DE 15 DE AGOSTO DE 2007. **Estabelece as diretrizes para projetos físicos de estabelecimentos de saúde para povos indígenas**. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/uploads/2011/10/Port_840_2007.pdf> Acessado em: 24 Jan 2014.

POVOS INDÍGENAS DO BRASIL. **Encontro debate organização das Casais**. 2004. Disponível em: <<http://pib.socioambiental.org/pt/noticias?id=13622>> Acessado em: 22 fev. 2015.

RAYMUNDO, Marcia Mocellin. **Interculturalidade e a conjunção de saberes que congregam a atenção em saúde**. Revista bioética (Impr.). 2013; 21 (2): 218-25. Disponível in
<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/811/899>. Acessado em: 15 jan. 2015.

RICHARDSON et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. rev. ampl. São Paulo: Atlas, 2007.

SANTOS, L. G. **O índio brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006.
SANTOS, Ricardo Ventura et al. **Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil**. In: GIOVANELLA, Lígia et al (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

SIASI. **Dados populacionais de 2013 das etnias cadastradas no SIASI por Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI**. 2013. Disponível em:
<<http://dw.saude.gov.br/gsid/servlet/mstrWeb.jsessionid=80E7B430FCEE50590F82>>

D99ED138AD8A?evt=2048001&src=mstrWeb.2048001&visMode=0¤tViewMedia=2&documentID=5DECC34E11E3629D00000080EF2535D4&server=SRVBIPDF03&Project=DMSIASI_4&port=0&share=1&hiddensections=header,path,dockLeft,footer&uid=convidado.siasi&pwd=siasi2o13> Acessado em: 23 Mar. 2015.

SOUSA, Maria da Conceição de; SCATENA, João Henrique G.; SANTOS, Ricardo Ventura. **O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI):** criação, estrutura e funcionamento. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, Apr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400013&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 24 nov. 2014.

SURVIVAL INTERNACIONAL. **Os Yanomami.** 2015. Disponível em: <<http://www.survivalinternational.org/povos/yanomami/invasores>>. Acessado em: 22 Abr. 2015.

VARGA, István van Deursen; BATISTA, Luís Eduardo; VIANA, Rosana Lima. **Saúde da população indígena:** do paradigma da tutela ao horizonte das políticas de promoção da igualdade racial. In: VENTURI, G.; BOKANY, V. In: **Indígenas do Brasil:** demandas dos povos e percepções da opinião pública. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013.

VARGA, István van Deursen; VIANA, Rosana Lima. **Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão:** crônicas de um desastre anunciado. Revista de Direito Sanitário, São Paulo v. 9, n. 3 p. 133-149. 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

1. DA AMBIÊNCIA

- Localização do prédio e espaço físico;
- Número de leitos/ condições dos leitos/ alojamento dos acompanhantes;
- Moveleira e decoração;
- Área de lazer;
- Instalações físicas (espaços, quartos, salas, cozinha etc.);
- Instalações hidráulicas e elétricas;
- Condições de higiene;
- Iluminação, ventilação, ruídos;
- Enxovais e louças;
- Abastecimento de água;
- Sistema de combate a incêndios.

2. DOS SERVIÇOS

- Gerenciamento de leitos;
- Gerenciamento de resíduos;
- Alimentação;
- Lazer;
- Serviços de saúde;
- Projetos de humanização;
- Atendimento e abordagem feita aos grupos indígenas;
- Serviço de tradução idiomática;
- Lavanderia e rouparia;
- Higiene e limpeza;
- Serviços terceirizados.

APÊNDICE B
ROTEIRO DE ENTREVISTA - GESTORES

Nome: _____ Sexo: _____

Formação profissional: _____ Data da entrevista: _____

1. Há quanto tempo você está na gestão? Como você iniciou na saúde indigenista?
2. Como acontece a interação entre a CASAI de São Luís e as demais CASAIs do Distrito maranhense?
3. Quais são os maiores desafios na gestão da CASAI de São Luís? De que forma eles influenciam no serviço prestado?
4. Quais são os critérios para que estes usuários recebam atendimento na cidade de São Luís e não em outra cidade do Distrito?
5. Como os pacientes são deslocados até a CASAI de São Luís?
6. Existem programas de humanização na CASAI que tomem como base os princípios da Política Nacional de Humanização e da Política Nacional de Atenção à Saúde de Povos Indígenas?
7. Como se dá a capacitação dos profissionais da CASAI para lidar com o contexto intercultural dos grupos indígenas atendidos?
8. De que forma são escolhidos os hospitais da rede SUS que prestam o atendimento específico?
9. Existem profissionais capacitados ou alas específicas para indígenas nesses hospitais?
10. Esses hospitais são credenciados ou recebem algum recurso especial?
11. Há uma preocupação na CASAI em oferecer serviços que estejam relacionados ao estilo de vida que esses usuários levam na aldeia, como alimentação, alojamento e atividades de lazer?
12. Há na CASAI algum colaborador que trabalhe com os cuidados tradicionais indígenas?
13. Como é feita a comunicação com os indígenas que só falam a língua da aldeia?
14. Como é feito o acompanhamento dos pacientes até os hospitais?
15. Quais são as etnias mais recebidas na CASAI de São Luís?
16. Quanto tempo eles costumam permanecer na cidade?
17. Há previsões de adaptações ou mudanças gerenciais na CASAI? Quais? Quando devem acontecer estas adaptações/mudanças?
18. Você acredita que a forma de funcionamento e organização da CASAI influencia positivamente ou negativamente para a aceitação do tratamento por parte dos indígenas?

APÊNDICE C
ROTEIRO DE ENTREVISTA - COLABORADORES

Nome: _____ Sexo: _____

Formação profissional: _____

Tempo de serviço na CASAI: _____

Data da entrevista: _____

1. Qual função você exerce na CASAI?
2. De que forma a ambiência da CASAI influencia no seu trabalho?
3. Como é feita a adaptação dos serviços à realidade cultural?
4. Você já recebeu alguma capacitação para lidar com os pacientes de forma específica, respeitando o contexto intercultural?
5. Quais são os maiores problemas e desafios do trabalho na unidade?
6. Há insumos suficientes para que você exerça sua função?
7. Quais são as maiores inquietações e indagações dos indígenas com relação à unidade?
8. Como é feita a abordagem aos indígenas?
9. Há projetos de humanização que valorizem a hospitalidade e o acolhimento na CASAI?
10. Você trabalha ou já trabalhou com cuidados tradicionais indígenas? Qual importância você considera ter essa abordagem?
11. Você acredita que uma adequação de serviços hoteleiros (gestão de serviços de apoio, como alimentação e hospedagem) pode melhorar a qualidade da assistência da CASAI?

APÊNDICE D
ROTEIRO DE ENTREVISTA – USUÁRIOS

Nome: _____ Sexo: _____

Etnia: _____ Língua: _____

Comunidade: _____ Motivo da internação: _____

Data da entrevista: _____

1. Há quanto tempo você está na CASAI?
2. Como você foi recebido? Você gostou da receptividade?
3. O que você acha do prédio da CASAI?
4. Você acha que a CASAI possui uma boa organização gerencial?
5. Você acha as instalações confortáveis?
6. Você sentiu medo ou algum outro sentimento negativo ao chegar à CASAI e/ou ao ser atendido? Por quê?
7. Como são as refeições servidas? Você gosta das refeições? Por quê?
8. Você compreende tudo lhe é explicado? Quando você não entende, há preocupação dos funcionários em lhe explicar?
9. Com quais atividades você se ocupa durante o dia?
10. Como tem sido seu atendimento hospitalar fora da CASAI?
11. Você acha que estaria sendo mais bem cuidado na aldeia? Por quê?
12. Como você avalia os serviços da CASAI de maneira geral?
13. Como você avalia a Política Nacional de Atenção à Saúde de Povos Indígenas? Você acha que esse modelo tem sido exitoso?

APÊNDICE E
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: “**ADEQUAÇÃO DOS SERVIÇOS DA CASAI DE SÃO LUÍS AO CONTEXTO INTERCULTURAL DE SEUS USUÁRIOS**: humanização, ambiência e gestão”.

Prezado (a) senhor (a), convidamos você para participar voluntariamente na pesquisa sob responsabilidade da hoteleira Elza Galvão Bergê Cutrim Duailibe, discente do mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão, sob orientação do Prof. Dr. István Van Deursen Varga. Esta pesquisa tem por objetivo estudar a adequação dos serviços prestados na CASAI de São Luís – MA à realidade dos seus usuários com base na Política Nacional de Saúde de Povos Indígenas e na Política Nacional de Humanização.

Sua participação é muito importante para a concretização desta pesquisa, e será feita através de uma entrevista semiestruturada, ou seja, por meio de algumas perguntas que você irá responder. Após a efetivação da pesquisa, os resultados serão apresentados em eventos científicos e publicados em revistas e outras publicações, logo, sua participação será de grande valia para análise dos serviços da CASAI e mudanças positivas em seus serviços.

O único risco relacionado à sua participação poderá ser algum constrangimento em responder uma das perguntas. Caso isto ocorra, você tem liberdade para recusar respondê-la e poderá passar para a próxima pergunta. Sua identidade será resguardada em todas as fases da pesquisa bem como em todas as publicações e apresentações em eventos posteriores, a não ser que você mesmo se identifique. Garantimos ainda que você pode ou não aceitar participar e que pode desistir a qualquer momento, sendo que você não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração, nem durante, nem após a pesquisa.

Uma cópia deste termo ficará com você e outra com a pesquisadora. Caso queira esclarecer alguma dúvida você poderá entrar em contato com a pesquisadora Elza Galvão Bergê Cutrim Duailibe (98) 8187-7323 ou com o orientador István Van Deursen Varga (98) 3232-3837. Caso se sinta mais à vontade, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) da cidade de São Luís, Maranhão, através do telefone (98) 3212-8287. Após ter lido e compreendido este termo e a pesquisa da qual se trata, por favor, assine abaixo no local indicado e seja voluntariamente um participante.



Digital

Sujeito da Pesquisa (ou Responsável)

Pesquisadora

São Luís, ____/____/____

ANEXOS

ANEXO A
TERMO DE ANUÊNCIA DO DSEI-MA



SIPAT - Ministério da Saúde
DSEI - MARANHÃO
Registro Número:
25048_002398/2013-46

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DO MARANHÃO
Rua 05 de Janeiro, 166 Jordoá – CEP: 65040-450 – São Luís/MA – Fone: (98) 2016-7467
Email: dseima.sesai@saude.gov.br

Ofício nº 774 /2013/GAB/DSEI-MA/SESAI/MS

São Luís, 02 de outubro de 2013.

A Sua Senhoria a Senhora
Profª Drª ZULIMAR MÁRITA RIBEIRO RODRIGUES
Coordenadora do PPGSA
NESTA

Assunto: Responde o Ofício nº 111/2013.

Senhora Professora,

Em atenção ao Ofício em referência comunico que a aluna **ELZA GALVÃO BERGÊ CUTRIM DUAILIBE**, está devidamente autorizada à realização de coleta de dados sobre hospitais públicos que atendem a população indígena através da referência dos nossos serviços bem como ao desenvolvimento de pesquisa na CASAI-SLZ no que concerne ao atendimento, ambiência e à humanização, conforme solicitado.

Informo que encaminhei memorando à Chefia da CASAI-SLZ informando sobre a atividade a ser desenvolvida e para que as informações sejam disponibilizadas conforme consta no pedido.

Esclareço que será exigida a assinatura de termo de responsabilidade pela aluna no que refere às informações disponibilizadas e a sua utilização.

2. Sendo assim, coloco-me à inteira disposição para quaisquer outras informações complementares que entender por necessárias.

Atenciosamente,

LICÍNIO BRITES CARMONA
Coordenador Distrital de Saúde Indígena Maranhão

ANEXO B
PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LUÍS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
INSTITUÍDO PELA PORTARIA N. 10 de 23 de janeiro de 2012

PARECER CONSUBSTANCIADO II	Nº do Protocolo: 2013.02.27.11-93 Data de Entrada no CEP: 27.11.2013
-----------------------------------	---

I - Identificação:

Título do projeto: Adequação dos serviços da CASAI de São Luís ao contexto intercultural de seus usuários: humanização, ambiência e gestão.		
Identificação do Pesquisador Responsável: István Van Deursen Varga		
Identificação da Equipe executora: István Van Deursen Varga e Elza Galvão Bergê Cutrim Duallibe		
Instituição onde será realizado: Universidade Federal do Maranhão – Mestrado Saúde e Ambiente		
Local da coleta (se for diferente do local onde será realizada): Casa de Apoio à Saúde do Índio – CASAI, São Luís (MA)		
Área temática: Saúde - Enfermagem	Multicêntrico: Não	Patrocinador: Não
População Protegida: Não	Valor do Projeto: R\$ 25.430,00	Fontes dos Recursos: Próprios

II – Objetivos:

Estudar a adequação dos serviços prestados na CASAI de São Luís – MA à realidade dos seus usuários com base na Política Nacional de Saúde de povos indígenas e na Política Nacional de Humanização.

III- Sumário do projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa que visa **Estudar a adequação dos serviços prestados na CASAI de São Luís – MA à realidade dos seus usuários com base na Política Nacional de Saúde de povos indígenas e na Política Nacional de Humanização**. Os autores informam que a coleta dos dados será procedida no período de fevereiro a novembro de 2014. O protocolo está instruído com a seguinte estrutura: Carta de aceite (anuência) da direção da unidade onde serão coletados dados – CASAI – vinculada à Secretaria Especial de Saúde Indígena do Distrito Sanitário do Maranhão, cujo coordenador, subscreve o documento. Também apresenta currículos da equipe pesquisadora; folha de rosto prontamente preenchida apontando a pesquisadora responsável pela pesquisa; cópia impressa do projeto de pesquisa e cópia em CD e TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido).

O presente projeto justifica-se em face da importância que tem o presente tema. Trata-se de uma discussão sobre um "subsistema" de saúde, no caso, a saúde indígena. Pretende analisar a gestão da CASAI, identificar as etnias que utilizam a casa, as adequações do atendimento, bem como sua ambiência e implementação de medidas adotadas a partir dos instrumentos da Política Nacional de humanização assistencial. Segundo os autores, trata-se de um "estudo qualitativo, do tipo estudo de caso de caráter exploratório e descritivo com nuances etnográficas".

IV- Comentários do relator:

O trabalho de pesquisa tem muita relevância no campo da análise e avaliação assistencial no âmbito da saúde, ainda mais em se tratando de populações específicas, como no caso de etnias indígenas. Os objetivos, tanto geral e como específicos estão bem definidos e desenhados. O projeto tem uma boa descrição da proposta metodológica e aponta as perspectivas em relação aos resultados esperados.

V – Recomendações:



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LUÍS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
INSTITUÍDO PELA PORTARIA N. 10 de 23 de janeiro de 2012

Sem recomendações

VI – Pendências:

Suprida: Foi procedida a substituição do CEP da UFMA pelo CEP da SEMUS, onde o projeto está sob processo de análise.

VII – Parecer Consubstanciado do CEP

Ante o exposto, o projeto apresentado é considerado por este CEP como **APROVADO**.

OBS.

- 1) As Pendências são impeditivas para o início da pesquisa e o prazo para supri-las junto ao CEP é de até sessenta dias, a contar da data de sua apresentação em Assembleia.
- 2) As Recomendações não são impeditivas para o início da pesquisa, no entanto, devem ser satisfeitas a bem da coerência do fluxo de aprovação do projeto pelo CEP, podendo em alguns casos, a ser entregue no prazo de até o ano, a contar desta data.
- 3) V. Sa deve encaminhar regularmente relatórios parciais e finais conforme as datas indicadas por esse comitê, preenchidas devidamente em formulário específico. No caso de trabalhos de conclusão de curso, monografias, dissertações ou teses, acrescente uma cópia gravada em CD ROM, formato PDF ao relatório final.
- 4) Este parecer se refere só à forma como o projeto dessa pesquisa está desenhado e foi protocolado junto ao CEP, não dando nenhum respaldo à pesquisa para fins de publicação ou apresentação em congressos, bancas ou outros eventos científicos. Para isto, o pesquisador deve solicitar o Parecer Consubstanciado Aprovando Relatório de Pesquisa ou o Parecer Consubstanciado Aprovando a Finalização da Pesquisa.

VIII - Data da reunião do CEP: 13.03.2014

CEP SEMUS

Endereço: Rua Deputado Raimundo Vieira da Silva, nº 2000 – Parque do Bom Menino - Centro Telefone:(98) 3214 7303
cepsemuss@gmail.com

Marcos A. B. Pacheco

Coordenador do CEP-SEMUS

PORTARIA SEMUS N. 10 de 23 de janeiro de 2012

Dignidade humana como fundamento da ciência

ANEXO C
OFÍCIO PARA SOLICITAÇÃO DE DADOS DA CASAI-SLZ



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 – São Luís - Maranhão.

Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente

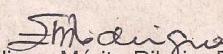
OFÍCIO Nº 04/2015 - PPGSA

São Luís, 13 de janeiro de 2015.

Ao Sr. Alexandre Cantarino
Coordenador Distrital de Saúde Indígena

Vimos por meio deste, solicitar autorização para ter acesso aos dados referentes à internação hospitalar de indígenas em São Luís e permanência na Casai de São Luís ara compor a Dissertação de mestrado da aluna Elza Galvão Bergê Cutrim Duailibe, do Programa de Pós Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão, que tem como projeto de pesquisa “Adequação dos serviços da Casa de Saúde do Índio de São Luís às necessidades de seus usuários: humanização, ambiência e gestão”, junto à Casa de Saúde do Índio de São Luís. Tal solicitação se respalda no fato de as pessoas responsáveis pelos referidos dados em São Luís se encontrarem de férias o que impossibilitaria a mestranda de ter acesso aos dados ainda no mês de janeiro. A mestranda necessitará de dados gerais referentes às internações e procedimentos realizados em hospitais e instituições de saúde em São Luís, como nome dos hospitais, procedimentos realizados e dados referentes à Casai, como atendimentos realizados, período e média de permanência, nome e etnia dos usuários, idade média, sexo, escolaridade. Solicita-se que esses dados sejam referentes aos anos de 2013 e 2014.

Atenciosamente,


Prof. Dra. Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues
Coordenadora do PPGSA

Prof.ª Dr.ª Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues
Coord. do Programa de Pós-Graduação
em Saúde e Ambiente - UFMA
Mat. UFMA - 7727-5

Recebido
Em, 13/01/2015

Rosa Maria Pinto
Sub. Ev. do Coordenador Distrital
DSEI-MA / SIAPE 049266
Port. nº 973/2014

9 8803 - 4655

Praça Madre Deus nº 02 – 2º andar – Bairro Madre Deus – São Luís/MA – CEP: 65.025-560
tel/fax – (98) 3232-3837 - Site: www.mestradosaudeambiente.ufma.br - e-mail: saudeambiente@ufma.br