

MODELO ASSISTENCIAL PARA A SAÚDE INDÍGENA.

Túlio Batista Franco
Psicólogo sanitário,
Professor Dr. Da Universidade Federal Fluminense
R. Marquês de Paraná, 303 – 3º andar – anexo,
Centro - Niterói - RJ - CEP:24030-210
tuliofranco@uol.com.br

Resumo

O presente texto reflete a experiência da organização dos serviços de saúde junto ao povo indígena Maxakali (MG), no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena – MG/ES. A análise da assistência à saúde remete-nos à idéia de que a organização do processo de trabalho, para o atendimento à saúde indígena, encontra-se centrado no saber biológico, negligenciando os aspectos culturais, ritualísticos e simbólicos que atuam transversalmente no processo saúde-doença entre os indígenas.

Sugere-se a reorganização do modelo assistencial através das diretrizes de Acolhimento, Vínculo, Resolutividade, Integralidade, Intersetorialidade, Autonomização e Vigilância à Saúde, sendo que cada conceito deste traz o sentido do trabalho multiprofissional, interagindo diversos saberes, inclusive os vinculados ao campo simbólico e da subjetividade. Propõe-se, ainda, a organização de equipes de base para atendimento junto às aldeias e simultaneamente a estruturação de uma equipe de apoio técnico para assessoramento a diversas equipes de base, nas áreas de maior relevância para a saúde indígena de cada região. Por isso a composição da equipe de apoio técnico é flexível.

Procura-se valorizar os ritos xamânicos enquanto dispositivos terapêuticos, como sugerem Deleuze & Guattari (1966:172) através da esquizoanálise, que deverão junto com o conhecimento tradicional indígena e a medicina científica, compor projetos terapêuticos de cuidado integral à saúde.

Palavras-Chave: Saúde Indígena, Acolhimento, Modelo Assistencial, Planejamento, Gestão.

ASSISTANCE MODEL FOR THE INDIGENOUS HEALTH

Summary

The aim of this text is to reflect the health services organization's experience together with the Maxakali (MG) indigenous people, in the ambit of the Distrito Sanitário Especial Indígena – MG/ES. The health assistance analysis leads us to the idea that the organization of the work process, to attend the indigenous health, is centered in the biological knowledge, neglecting the cultural, ritualistic and symbolical aspects that act crossly in the health-illness process among the natives.

It is suggested that the reorganization of the assistance model takes place according to the directives of User Embrace, Bond, Resolubility, Integrality, Intersectoriality, Autonomization and Vigilance to the Health. Each one of these concepts also contains the multiprofessional work's sense, interacting with various kinds of knowledge, including the ones linked to the symbolical and subjectivity field. The organization of teams of base to attend in the villages and simultaneously the structuring of a team of technical support for assistance to diverse teams of base, in the areas of major relevance for the indigenous health of each region is also proposed. That is why the composition of the technical support team is flexible.

It is intended to value the xamanic rituals while therapeutic devices, as suggested by Deleuze & Guattari (1966:172) through the esquizoanalyse, that joined with the indigenous traditional knowledge and the scientific medicine, should compose therapeutic projects of integral care to the health.

Keywords: Indigenous Health, User Embracement, Assistance Model, Planning, Management.

Introdução.

Pretende-se neste texto é, à luz do conhecimento de modelos tecnoassistenciais e de um diagnóstico preliminar das condições de assistência à saúde aos povos indígenas, apresentar uma proposta de organização da produção do cuidado a esta população, tomando como referência a área de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena de Minas Gerais e Espírito Santo (DSEI – MG/ES).

Sugerimos uma estrutura que tem como seu foco uma equipe multiprofissional básica de saúde que deve atuar na assistência às aldeias e domicílios indígenas, e junto a esta equipe propomos uma outra, matricial, isto é, que deverá ofertar ações de suporte técnico e assistencial para diversas equipes que estejam atuando em várias comunidades. Essa última deve ter uma composição de acordo com a especificidade de cada etnia e região. O aspecto da intersetorialidade é ressaltado partindo da constatação que para a resolução dos graves problemas que afetam a saúde dos índios, deve haver uma ampla colaboração e implicação de diversos órgãos relacionados a esta questão, além das ações específicas da saúde coletiva.

Um breve estudo dos dados disponibilizados pelo Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Brasil, 2003), revela-nos o quadro mórbido que predomina entre as nações indígenas destes estados, e indica quais áreas devem ser priorizadas para implantação de programas para

controle de agravos. Podemos assim destacar a alta prevalência da desnutrição, doenças infecciosas e parasitárias, alcoolismo e doenças do aparelho respiratório. Há nesses grupos mais de 50% das causas de adoecimento e morte entre os índios.

Um pressuposto importante do modelo de assistência é de que este deve estar centrado no atendimento às necessidades de saúde dos povos indígenas, nos termos definidos por Cecílio (2001:114) como: “Em se ter ‘boas condições de vida’ [...] ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida [...] criação de vínculos (a) efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional [...] necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida”. Além disso, o modelo que se pensa para a saúde indígena, deve operar a partir de tecnologias de cuidado que sejam ao mesmo tempo interativas, pedagógicas e busquem empoderar os índios para que eles próprios possam com o tempo, vir a ser protagonistas na produção da sua própria saúde. Deve-se ter o objetivo de torná-los sujeitos plenos, individuais e coletivos, rompendo com um centenário ciclo de relações que os tornam sujeitados. Este é o outro objetivo que deve ser perseguido. Isto só será possível se forem incorporadas às ações da saúde, os outros saberes que possibilitem o acesso ao mundo simbólico destes povos, que contribuem para a compreensão da sua cultura, comportamento e naturalmente a subjetividade dos índios, com o objetivo de adotar métodos de trabalho dialógicos, construtivistas e sobretudo atitudes para com as populações indígenas que garantam sua autonomia e preserve sua cultura e ritos como importantes fontes de vida saudável.

O processo de trabalho em saúde indígena deve considerar, para a implantação e operação dos programas e ações de saúde, todas essas questões referentes ao modo dialógico e interativo na relação com os índios, respeitando-os e fazendo-se respeitar, procurando assim constituir um ambiente solidário de trabalho e produção da saúde.

Pensando o modelo assistencial.

O modelo assistencial genericamente é entendido como a forma ideal de organização dos serviços de saúde, ou, o modo como se produz o cuidado a partir de determinadas tecnologias assistenciais, dentro de um contexto social, político, ambiental e subjetivo (Silva Jr. apud Merhy, 1998:32). Para pensarmos o modelo de assistência, partimos do princípio norteador de que ele deve se estruturar centrado no usuário-índio e suas necessidades. Isso pressupõe um modelo dinâmico que pode assumir diferente matriz, dependendo das necessidades que se interpõem para o cuidado à saúde dos povos indígenas. Deve adaptar-se às condições de vida, sociais, sanitárias e epidemiológicas, culturais e simbólicas, subjetivas e de comportamento de cada etnia. Porém, nesse universo complexo, nos guiamos por algumas diretrizes operacionais para pensar esse modelo assistencial, quais sejam:

Acolhimento (Franco, Bueno & Merhy, 1999: 345-353; Malta et al, 1998:121): o Acolhimento humaniza a assistência, deve ressignificar a relação entre trabalhador e o usuário-índio, pautada pela solidariedade, respeito à sua cultura e hábitos presididos pelo direito de cidadania no acesso aos serviços. Por outro lado, o Acolhimento deve reordenar o processo de trabalho de forma a torná-lo multiprofissional, reunindo todos os saberes implicados na produção do cuidado, o que significa valorizar, além da clínica, epidemiologia e planejamento, o conhecimento da antropologia, assistência social, psicanálise e esquizoanálise da cultura, entre outros.

Vínculo (Campos, 1992:143-149): realiza-se e a partir da adscrição de um certo número de usuários-índios a uma equipe multiprofissional, que deve ser a referência segura para o cuidado àquela população. O vínculo pressupõe **responsabilização**, isto é, que a equipe cuide de todos os aspectos que cercam a saúde dos índios, incluindo as visitas nas aldeias e domicílios, a busca

ativa de casos, assistência aos egressos de internações hospitalares e/ou da Casa de Assistência à Saúde Indígena (CASAI), organização de programas de controle de agravos, vigilância à saúde em geral e todo arsenal técnico da clínica que está disponível para o cuidado aos índios.

A CASAI é caracterizada como um equipamento de saúde, de tipo específico, com atribuição de acolher as demandas que vêm dos postos da aldeia, ou de outros equipamentos e até mesmo a demanda espontânea, e tem a também a responsabilidade de articular toda a retaguarda de assistência à saúde dos índios, incluindo o SUS. Além disto, ela deve receber e cuidar dos usuários que retornam da internação hospitalar, e ainda necessitam de cuidados especiais, antes de retornarem para a aldeia. É por excelência, o equipamento que faz a articulação da Integralidade, operando a *linha do cuidado* (Franco & Magalhães, 2003:125-134) na assistência à saúde indígena. Ao mesmo tempo, a CASAI serve como um importante observatório da eficácia da assistência realizada pelas equipes nas aldeias.

Resolutividade: significa o compromisso do trabalhador de saúde em efetivamente resolver o problema do usuário-índio, ou com os recursos de que ele dispõe, ou dando-lhe um encaminhamento seguro para o lugar onde ele possa ter seu problema resolvido.

Integralidade (Pinheiros & Mattos, 2001:39-64; Franco & Magalhães, 2003:125-134): A integralidade da assistência à saúde, depende da pactuação da rede básica organizada e operada pelo subsistema de saúde indígena, incluindo a CASAI e toda rede de atenção à média e alta complexidade e hospitalar, sob gestão do Sistema Único de Saúde. Ela deve atingir um nível de funcionamento em que os fluxos assistenciais ocorram de forma segura e tranqüila, possibilitando o acesso do usuário-índio a toda tecnologia de cuidado necessária ao atendimento à sua saúde.

Intersetorialidade: diz respeito às ações conjuntas entre a saúde indígena e todos os outros órgãos governamentais e não governamentais que estão implicados com o atendimento às nações indígenas, sobre todo aspecto, incluindo os de ordem sócio-econômica, ambiental e cultural. Ela deve compor assim uma cartografia orgânica, com funções de cada entidade, relações e fluxos comunicantes entre si, que garantam a produção conjunta das condições favoráveis para o desenvolvimento das comunidades indígenas, potencializando sua capacidade de gerir sua vida individual e coletiva, produzir os bens para sua sobrevivência (auto-sustentabilidade) e se manterem saudáveis.

Autonomização: o sentido da autonomização é o resultado que se pretende obter através de um cuidado à saúde centrado no sujeito índio, seja individual ou coletivo. Este resultado diz respeito justamente ao fato dos próprios índios ganharem autonomia frente aos serviços de saúde, e com o tempo e as ações assistenciais (clínicas, epidemiológicas e sanitárias, de prevenção e promoção, culturais e comportamentais, religiosas e subjetivas, etc...) eles deverão ir adquirindo capacidade protagônica, tornando-se sujeitos na produção da sua própria saúde.

Vigilância à Saúde: a Vigilância à Saúde, e os seus sub-componentes, principalmente os da Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental são campos de saberes e práticas da saúde coletiva, que devem estar associados às outras diretrizes na composição do modelo assistencial. Na observação realizada junto aos Maxakali (MG), verifica-se que condições de moradia e ambiental são absolutamente precárias. Mesmo com um esforço importante em ofertar água de qualidade, os hábitos dos Maxakali para o manejo e guarda dos alimentos não garantem que estes se mantenham nas condições ideais para o consumo. Por outro lado, dados do Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), disponibilizados no DSEI-MG/ES, informam que a morbidade entre os índios da sua área de abrangência está concentrada nas doenças

infecciosas e parasitárias, que somadas às do aparelho digestivo, totalizam 30% dos agravos anotados no SIASI. Tudo isso vem confirmar a absoluta necessidade de uma eficaz ação de vigilância à saúde nos territórios indígenas.

Conclusão.

Este texto assume que a construção de um modelo assistencial para a saúde indígena deve ser obra coletiva, portanto não considera que aqui se encerra este debate, mas simplesmente, abre a discussão para os diversos sujeitos implicados com o subsistema de saúde indígena.

Propõe a composição de um amplo arsenal teórico para construir e operar o novo modelo, que considera, além das tradicionais áreas da saúde coletiva (clínica, epidemiologia, planejamento e ciências sociais), outras áreas que se colocam como fundamentais, notadamente a antropologia, assistência social, psicanálise e esquizoanálise, e ainda, os campos de conhecimento que a intersectorialidade pode agregar, como a ecologia, e todos saberes e práticas que operam na linha da autosustentabilidade das aldeias.

A diretriz do Acolhimento, faz uma aposta fundamental na relação entre trabalhador e o usuário-índio. Quando implantado nas equipes que atuam em comunidades onde uma minoria de indivíduos se comunica em português, alguns dos trabalhadores devem aprender o idioma indígena para melhor interagirem com estas etnias. Um exemplo disto é o caso dos Maxakali em Minas Gerais. Isto é um diferencial importante para a eficácia desta diretriz em um modelo de cuidado, que opera junto aos povos indígenas.

Outro aspecto fundamental é o referencial simbólico sob o qual os índios atuam e constroem a realidade social, e que deve ser considerado quando se trata de assistir a sua saúde. A produção do cuidado nessas comunidades pressupõe a compreensão e respeito à sua cultura e religiosidade,

sendo os ritos xamânicos muitas vezes considerados dispositivos terapêuticos. Eis o que nos diz Deleuze & Guattari quando sugere a esquizoanálise para a compreensão destes fenômenos:

Definimos a esquizoanálise por dois aspectos: a destruição das pseudo-formas expressivas do inconsciente, a descoberta dos investimentos inconscientes do campo social pelo desejo. É dentro deste ponto de vista que é preciso considerar muitas curas primitivas: elas são esquizoanálise em ato. (Guattari, 1966:172).

O autor vem nos dizendo que o desejo dos sujeitos individuais e coletivos é um grande propulsor para a construção do campo social. O desejo se encontra em nível inconsciente, mas atua fortemente sobre a realidade. Por exemplo: implementar um novo modelo assistencial à saúde, que seja produtor do cuidado depende da ação desejante dos diversos atores implicados com a questão indígena, gestores, técnicos, os próprios índios, isto é, muito além do conhecimento técnico necessário à mudança está vinculada à subjetividade, que se expressa no ato de desejar e efetivamente atuar na transformação da realidade.

Os ritos xamânicos são a expressão do inconsciente coletivo, que acessa e opera um nível simbólico de significação da realidade e servem como dispositivo para a cura de muitos males que afetam a saúde dos índios. O que nos diz o autor é que os rituais são uma forma de operar diversos canais de representação simbólica, que significam ação esquizoanalítica, e têm o objetivo de liberar sua energia criativa, criadora e produtiva, recuperando para os índios bens simbólicos como auto-estima, afirmação como sujeito, domínio sobre a realidade que o cerca, construção de novas subjetividades, poder de atuar sobre o mundo. Isto é altamente terapêutico. Sobre estes aspectos, há um importante debate a se realizar, pois se trata de algo novo no campo de reflexões da saúde coletiva, mas que vem ganhando terreno e sendo objetivo de atenção de

alguns autores. Fica a idéia em geral de que os rituais devem ser estimulados, e não desqualificados pelo novo modelo de assistência à saúde indígena.

Enfim, atingir níveis ótimos de assistência à saúde indígena é uma missão a ser cumprida e tem como premissa a mudança do atual modelo, ainda centrado no saber biológico, com práticas excessivamente prescritivas, como é o modelo hegemônico. Verifica-se um terrível paradoxo na saúde indígena, enquanto a maioria destas comunidades não viverem o período higienista do sanitarismo brasileiro, observa-se que neste quesito assumem o perfil das comunidades rurais do Brasil século XVII, têm para si um modelo que opera centrado nos recursos ofertados pela maquinaria e instrumental duro, normativo e estruturado, pouco relacional e dialógico. Mudar essa realidade no sentido de promover um processo de transição tecnológica, em que as práticas assistenciais estejam assentadas em tecnologias mais relacionais, tem particularmente um significado importante de redirecionamento do modo de produção do cuidado, para um processo em que os índios sejam mais sujeitos, pois são também detentores de um importante conhecimento sobre a saúde.

BIBLIOGRAFIA:

BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE/ FUNASA. Sistema de Informações da Assistência à Saúde Indígena (SIASI). Relatório de 2003, <https://sis.funasa.gov.br/siasi>, acesso em 2005.

CAMPOS GWS 1992. Reforma da reforma, repensando a saúde. Ed. Hucitec, São Paulo, 220 pp.

CECÍLIO LCO 2001. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde, pp. 113-126. In Os Sentidos da Integralidade, Pinheiro & Mattos (orgs.). Ed. UERJ-IMS-ABRASCO, Rio de Janeiro.

DELEUZE G. & GUATTARI F 1966. O Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia. Ed. Assírio & Alvim, Lisboa, 430 pp.

FRANCO TB & MAGALHÃES HM 2003. Integralidade na Assistência à Saúde: A organização das Linhas do Cuidado, pp. 125-134. In O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Merhy et al. Ed. Hucitec, São Paulo.

FRANCO TB MERHY EE 2003. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial, pp. 55-124. In O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Merhy et al. Ed. Hucitec, São Paulo.

FRANCO TB, BUENO WS, MERHY EE 1999. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). Cadernos de Saúde Pública. 15 (2), pp. 345-353.

MALTA DC et al 1998. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada, pp. 121-142. In Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. CAMPOS CR et al. Ed. Xamã, São Paulo.

MERHY EE 1997. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde, pp. 71-112. In Agir em saúde: um desafio para o público. MERHY EE; ONOCKO R (Orgs.). Hucitec, São Paulo.

MERHY EE 2002. Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo. Ed. Hucitec, São Paulo, 2002, 189 pp.

SILVA JR AG. Modelos Tecnoassistenciais em Saúde – o debate no campo da saúde coletiva. Hucitec, São Paulo, 143 pp.