

EVIDÊNCIAS ADVINDAS DA IMPLANTAÇÃO DO PMM NOS TERRITÓRIOS INDÍGENAS

Esta súmula tem como objetivo apresentar uma síntese de experiências, resultados e apontamentos obtidos de fontes bibliográficas que versam sobre a inserção do Programa Mais Médicos na atenção à saúde da população indígena, visando fornecer substrato teórico aos gestores para a avaliação dos êxitos e dificuldades, desvelando os desafios futuros para a implantação de um sistema de saúde equânime e integral para os povos indígenas.

AUTORAS:

Magda Moura de Almeida

Médica de Família e Comunidade

Mestre em Saúde Pública

Professora Departamento Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará (UFC)

Diretora de Medicina Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

Membro do Wonca Working Party on Rural Practice (WWPR)

Geísa Costa Oliveira de Medeiros Santana e Rafaela Barros de Sousa

Alunas de Iniciação Científica FIOCRUZ-UFC

CONTEXTUALIZANDO A SAÚDE INDÍGENA

O Censo 2010 revelou que no Brasil, 896 mil pessoas se declararam indígenas, 63,8% deles vivem em áreas rurais e 57,7%, moram em Terras Indígenas oficialmente reconhecidas. A pirâmide etária dos indígenas que vivem fora das Terras Indígenas tem formato achatado na base, denotando um número reduzido de pessoas mais jovens, assim como se observa em populações não indígenas. Contudo, nas Terras Indígenas a base é alargada, indicando ainda uma alta taxa de natalidade¹.

Concomitante aos esforços para a preservação da medicina tradicional indígena, o acesso à saúde, entendido enquanto acesso à medicina ocidental, representa uma das principais bandeiras de luta dos povos indígenas, dos movimentos sociais e dos profissionais da saúde vinculados às etnias indígenas.

Antes da Constituição Cidadã de 1988, as questões da saúde indígena eram abordadas de forma precária, restringindo-se a medidas paliativas e emergenciais advindas do Sistema de Proteção ao Índio, órgão vinculado ao Ministério da Agricultura, criado em 1910. Na década de 50, uma abordagem sanitária passou a

ocorrer de forma sistematizada a partir do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA)², vinculado ao Ministério da Saúde, onde serviços como de odontologia, vacinação, prevenção de tuberculose e doenças infecciosas eram levados a áreas de difícil acesso.

A criação da FUNAI, em 1967, ocorreria posteriormente como fruto de protestos a atuação do Sistema de Proteção ao Índio (SPI), trazendo as Equipes Volantes de Saúde². Estas prestavam serviços médicos esporádicos e de supervisão realizados quase que exclusivamente por auxiliares ou atendentes de enfermagem. Em 1986, ocorreu a primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio no contexto da VIII Conferência Nacional de Saúde².

Somente onze anos depois, foi instituído o Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS), com a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) pela Lei Arouca (9836/1999)². Criados em número de 34, os DSEIs são unidades que visam executar medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde e que estão vinculados, desde 2010, à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)².

De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)³, de 2002, as equipes de saúde dos DSEIs devem ser multidisciplinares. Entretanto, a ausência de profissionais médicos vem sendo uma constante no cotidiano dessas equipes, especialmente na Amazônia Legal.

1. O desafio da atuação em áreas de difícil acesso

Após o primeiro ano de implantação do Programa Mais Médicos (PMM) constatou-se o provimento de 294 médicos para cobrir todas os 34 DSEIs (100%). Contudo, houve diferenças significativas entre DSEIs. No mais populoso a proporção encontrada foi de 0,04 médicos por mil habitantes, enquanto os menos povoados tinham 2,02⁴.

Segundo dados da SESA, 339 médicos foram incorporados aos DSEIs ao longo de dois anos do programa, significando um crescimento de 79% em relação ao quantitativo desses profissionais de agosto de 2013⁵.

Atualmente existem 342 vagas de médicos para os DSEIs, sendo 300 profissionais atuando em diversos municípios e 42 vagas disponíveis/processo de reposição. Dos médicos atuantes, 268 (90%) são médicos cooperados (Cuba), 14 (05%) médicos do perfil CRM-Brasil e 18 (0,6%) médicos intercambistas não cooperados. A maioria dos médicos vinculados aos DSEI é do gênero masculino (92%)⁶.

Ampliar o acesso à saúde de populações indígenas implica, entre outros aspectos, entender a complexidade da organização territorial desses povos e moldar-se às suas necessidades. Os DSEI são unidades territoriais orientadas geograficamente pela distribuição espacial dos povos indígenas, não estando atreladas aos limites municipais ou estaduais, favorecendo, assim, uma flexibilização da oferta de cuidado diante de sua demanda⁷. Entretanto, é impossível não constatar a existência de sérias dificuldades de acesso aos DSEI localizados em áreas remotas.

As vias de acesso disponíveis aos distritos sanitários não costumam favorecer a otimização do tempo de deslocamento. Na Amazônia, por exemplo, o transporte por via fluvial é o mais utilizado, implicando em viagens com duração de horas a dias. Este primeiro desafio impõe limitações, por exemplo, ao processo de supervisão do PMM, no qual a dispendiosidade de tempo necessária para chegar aos distritos torna virtualmente impossível cumprir a adequadamente as visitas *in loco*⁷, seja na periodicidade, ou no modo de organização da atividade.

Diferente dos supervisores de sedes municipais, o supervisor do DSEI precisa disponibilizar uma semana, bimensalmente, para esta atividade. Destacando-se ainda que a maioria dos supervisores advêm de outros estados, por escassez local de supervisores com experiência na atenção básica e em contextos interculturais⁷.

Além disso, as limitações de acesso também se referem a um contexto de redes de comunicação. As necessidades organizacionais de comunicação com gestores, supervisores ou outros profissionais dos DSEI são extremamente prejudicadas. Em muitas das localidades onde estão os médicos do PMM, não há sinal de internet ou de telefone, dificultando a resolutividade de problemáticas que extrapolam o âmbito dos DSEI⁷. Segundo Ferla *et al* (2016)⁸, “a comunicação é predominantemente pela fala de pessoas, nos encontros, nas ruas”. Outra complexidade inerente a esse contexto é o comprometimento da formação continuada dos profissionais das equipes de saúde, uma vez que estas ocorrem na modalidade de *Ensino à Distância* (EaD).

Estas dificuldades, quando somadas, também representam uma problemática quanto à execução do serviço médico no contexto estrito senso da atenção primária. Considerando que, na maioria das DSEIs, há apenas um profissional médico disponível, situações de emergência que possam exigir encaminhamento a outros níveis de atenção tornam-se de sua responsabilidade, extrapolando suas atribuições primordiais de generalista. Assim, limitações de locomoção e comunicação podem acarretar sérios prejuízos de saúde em casos emergenciais mais graves⁷.

2. Percepção da população indígena sobre o Programa Mais Médicos

Devido à curta vigência do PMM, não existem ainda estudos consistentes em larga escala que subsidiem a formação de um panorama completo da percepção dos usuários do SUS a respeito do programa. No entanto, os estudos já realizados apontam para uma avaliação predominantemente positiva por parte da população indígena e também não-indígena.

O Censo 2010 identificou 274 línguas indígenas faladas por indivíduos pertencentes a 305 etnias diferentes com percentual de 17,5% que não falam o português¹. Quando consideramos somente aqueles que vivem dentro das Terras Indígenas, o percentual aumenta para 29%. Contudo no trabalho de FONTÃO & PEREIRA⁵, que avaliou a inserção de profissionais médicos nos DSEI, 79% dos entrevistados afirmaram não ter dificuldades em se comunicar com o médico, mesmo considerando que a maioria dos profissionais é de nacionalidade cubana.

Nas situações de fronteira, destaca-se inclusive, que o espanhol é mais familiar aos indígenas que o português.

SCHWEICKARDT et al (2016)⁹ trazem para esse debate que a dificuldade de linguagem também seria semelhante para médicos brasileiros com usuários indígenas, inclusive dentro de cenários urbanos de fronteira, como São Gabriel da Cachoeira, onde são faladas 11 línguas diferentes, advindas de 04 famílias linguísticas (Tukano Oriental, Maku, Aruak e o Yanomami), além do português e o do espanhol. A dificuldade do médico brasileiro iria além da orientação linguística, mas também estaria associado a linguagem técnica orientada pela racionalidade biomédica ocidental, que dificulta a compreensão dos sentidos e significados quando se trata de saúde indígena. Nestes contextos os tradutores, função assumida frequentemente pelos agentes comunitários indígena de saúde, desempenham importante papel de elo entre a comunidade e a equipe de saúde.

Estudo realizado em 2014 pelo Núcleo de Opinião Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, em parceria com o Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas, realizou pesquisa de opinião⁵ com população não indígena e com 613 indígenas, de 43 diferentes etnias, assistidos pelo PMM. Antes do PMM, 47% dos indígenas afirmaram que a equipe de saúde não contava com profissionais médicos. A nota média dada aos médicos pelos entrevistados indígenas foi de 8,7 (numa escala de 1 a 10), estando 93,1% deles satisfeitos ou muito satisfeitos com o trabalho destes profissionais e apenas 4,1% insatisfeitos.

A pesquisa indicou, ainda, que 56,2% dos indígenas entrevistados foram atendidos três ou mais vezes pelo mesmo médico e que 73,2% relataram que os médicos realizavam visitas domiciliares.

O relato de experiência de membros do Programa de Ensino Tutorial (PET) – Saúde Indígena da Universidade Federal do Tocantins, no qual os pesquisadores foram inseridos na realidade diária da DSEI – TO, da aldeia indígena Funil e da aldeia Porteira, fornece, por meio de uma abordagem qualitativa, apontamentos a respeito da chegada do PMM na localidade¹⁰.

Os aspectos positivos verificados versam sobre o fato do profissional médico na equipe agregar valor ao serviço prestado, uma vez que a presença física desse profissional na região promove sensação de amparo e acolhimento entre a população, que possibilita o fortalecimento da integralidade, um dos atributos da APS. Com o provimento de médicos pelo PMM, os indígenas referem ter sido atendidos mais vezes pelo mesmo profissional¹⁰, e relatam que já não precisam se deslocar a outras regiões em busca de atendimento ou marcação de consulta, o que fortalece a adesão aos tratamentos.

Estes dados quantificam o avanço proporcionado pelo programa em direção ao cumprimento integral das diretrizes de longitudinalidade e universalidade do cuidado pelas equipes de saúde, podendo contribuir com o grau de satisfação apresentadas nos estudos.

3. Interação entre Saber Médico e Saber Tradicional

Diferentemente de tempos coloniais exploratórios, a Medicina Tradicional Indígena vem ganhando cada dia mais atenção de gestores em saúde pública, pesquisadores e profissionais que buscam uma formação médica mais inclusiva e culturalmente fortalecida.

Antes do anos 1990, as problematizações de estudos etnográficos com populações indígenas estavam atreladas a temas da antropologia, como xamanismo, rituais e cosmologia. Nos últimos 15 anos, a produção científica no campo da saúde indígena obteve sensível incremento graças ao impulso propiciado pelo processo de democratização do país e a implantação do SASI-SUS⁵.

Assim, começaram a emergir reflexões sobre os conceitos indígenas de saúde e doença, as medicinas indígenas, o impacto do uso de bens médicos ocidentais no conjunto de representações indígenas, as políticas públicas de saúde, entre outros temas. Hoje, a ideia de ir até a fonte, extrair o melhor dela sem permitir que haja processo de interculturalidade, é um contexto que vem perdendo força¹¹.

Atualmente, a interação entre Povos Indígenas e não-indígenas ocorre de forma muito mais bilateral. No âmbito da saúde, os saberes da medicina tradicional indígena e da medicina ocidental vêm caminhando em um esforço mútuo de manutenção da alteridade. Este é um dos grandes objetivos do Programa Nacional de Saúde Indígena (PNASPI)³, no qual uma de suas vertentes atua no incentivo e vigilância de práticas fomentadoras desse processo de troca mútua de saberes, através do Projeto Vigisus II¹², onde se insere a Área de Intervenção de Medicina Tradicional Indígena.

Na perspectiva do PMM dentro dos territórios indígenas, FONTÃO & PEREIRA⁵ mostram não haver relação excludente entre a busca pelos serviços ofertados do sistema biomédico e as práticas/sistemas terapêuticos indígenas; 61,5% dos entrevistados indígenas afirmaram que, além do médico do PMM, buscam também especialistas indígenas no cuidado da sua saúde (pajé, parteira, raizeiro, curandeiro, xamã).

A pesquisa de NETO; GERMANO; FURTADO (2016)¹³ também corrobora para a co-existência dos dois sistemas de saúde, e destaca o posicionamento da médica cubana divergente do restante da equipe, incluindo uma visão mais holística do processo saúde-doença, que surge a partir da sua formação que engloba disciplinas referentes às humanidades médicas ou às ciências sociais aplicadas à saúde, e a avaliação de competências em práticas integrativas e complementares.

Essa postura infere que a experiência realizada ainda em nível de graduação, fortalece o entendimento de futuros profissionais sobre a história da formação étnico-cultural do povo indígena, bem como permite que eles tenham acesso à cosmologia indígena e possam, a partir desse conhecimento, ter um olhar mais qualificado a respeito de como se dá o processo saúde-doença para estes povos. Dessa forma, poderão tratar seus pacientes sob uma ótica ampliada e integral, além

de fortalecer vínculos - processo extremamente importante que, muitas vezes, não ocorre de forma plena.

A experiência multiprofissional do PET-Redes de Atenção Indígena é um exemplo desse trabalho¹⁴. Ele surge no cenário da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, com o objetivo de aliar teoria e prática, permitindo assim, que lacunas historicamente existentes entre ensino, aprendizagem e possibilidades de intervenção possam ser preenchidas.

Para Chagas et al. (2016)¹⁵ a imersão total em um determinado território propicia vivências que fomentam debates e reflexões muito ricas para a formação humana e profissional dos envolvidos. À semelhança do trabalho desenvolvido pelo PET- Redes de Atenção Indígena, o VER-SUS no Oeste Catarinense contribui positivamente para a mudança de olhar de acadêmicos da área da saúde em relação à importância da interculturalidade entre modelo biomédico ocidental e modelo de práticas tradicionais indígenas.

4. Desafios da supervisão acadêmica do Programa Mais Médicos

As atividades de supervisão acadêmica do PMM, implantadas a partir da Portaria nº 27, de 14 de Julho de 2015¹⁶, surgem a partir da necessidade de fortalecer o acompanhamento das atividades desempenhadas pelos médicos do programa, oferecendo suporte frente às dificuldades, educação continuada e estímulo a realização de pesquisas aplicadas ao SUS¹⁷.

De acordo com esta Portaria, os supervisores acadêmicos deverão ser profissionais médicos e, preferencialmente, especialistas das áreas de saúde pública, medicina de família e comunidade, clínica geral, pediatria, entre outras. Estes supervisores devem, ainda, estar vinculados a instituições públicas de ensino superior, a programas de residência médica ou a escolas de governo em saúde pública.

Entre suas atribuições estão as visitas *in loco*¹⁸. Nestas, espera-se do supervisor: acompanhamento dos atendimentos do médico participante, registro de impressões acerca da infraestrutura do local de atendimento, apontamentos sobre a organização do processo de trabalho do médico participante na equipe e sobre a relação deste com a comunidade, além de outros aspectos considerados relevantes pelo supervisor.

É de sua responsabilidade, ainda, organizar as visitas locais¹⁹, reunindo médicos participantes de uma determinada região em local previamente definido para realização de discussão coletiva das experiências de saúde da região em questão, de estudos de caso, de atualizações sobre manejos clínicos, de levantamento de dificuldades e necessidades das ações de saúde na área, de debates acerca de questões interculturais do cuidado e quaisquer outros temas considerados relevantes.

Assim, para uma atuação adequada de um supervisor, uma gama de competências pessoais e profissionais são necessárias, com destaque para experiência de trabalho em atenção básica, especialmente em contextos interculturais e/ou rurais. Tais competências são de grande importância ao se considerar, por exemplo, a atribuição do supervisor de aconselhar o médico participante acerca de sua atuação em território desconhecido⁷, que deve ser culturalmente sensível, especialmente no contexto indígena, no qual é comum a existência de sistemas de poder, de hierarquia e de cuidados locais.

A escassez de profissionais⁷ com este perfil é um desafio primário nesta atividade. O número de supervisores atuantes em área indígena não é adequado a demanda⁷. Acrescenta-se a isso a existência de territórios indígenas geograficamente isolados que, como anteriormente discutido nesta súmula, exigem um tempo excessivamente longo de viagem para serem alcançados. Estas duas condições representam um grande desafio para a manutenção da periodicidade das visitas *in loco* e, portanto, para uma supervisão de qualidade.

Outro desafio encontrado na supervisão acadêmica em territórios indígenas diz respeito à existência de um cenário político complexo que dificulta a resolutividade de problemas locais.

O Subsistema de Saúde Indígena (SESI), que se organiza por meio das DSEIS, é gerido pela SESAI, que está diretamente vinculada ao Ministério da Saúde. Assim, problemas de difícil resolução encontradas pelo supervisor em uma DSEI precisam ser discutidas no âmbito federal, em Brasília, havendo pouca comunicação entre as partes envolvidas e pouca desenvoltura para o estabelecimento de soluções⁷. Comparativamente, os supervisores que atuam fora dos DSEIS tem como autoridade máxima o secretário municipal de saúde, podendo recorrer, ainda, à comissão estadual do PMM. Estas duas instâncias são, portanto, muito mais diretamente acessíveis, facilitando o trabalho de supervisão.

CONCLUSÃO

A partir das pesquisas que serviram de base para esta súmula é possível concluir que a atuação do PMM na saúde indígena ampliou o acesso à saúde para essa população, a partir do aumento do provimento de médicos.

Apesar dos estudos encontrados ainda não demonstrarem mudanças nos indicadores de saúde, parece ser no contexto dos territórios indígenas, que o PMM atinge de forma mais expressiva, o seu objetivo em relação ao provimento de médicos em regiões de escassez ou ausência desse profissional.

Permanecem como desafios, a ampliação mais abrangente da cobertura de profissionais médicos, com melhor distribuição dos médicos para que se reduzam as iniquidades de saúde presentes nos territórios indígenas.

Também são necessárias melhorias no processo de supervisão acadêmica e na consolidação de uma atenção à saúde que se organize em consonância com as particularidades do cuidado a populações indígenas, avançando na união dos saberes tradicionais e biomédicos.

Todos esses fatores parecem não abalar a satisfação da população indígena pelos cuidados e serviços prestados pelos médicos vinculados ao PMM.

Atuar na formação de recursos humanos, incluindo o estudo das ciências sociais aplicadas à saúde e possibilitando experiências em territórios indígenas durante a própria graduação, parecem ser caminhos possíveis para superar as barreiras de linguagem e implantar tecnologias de cuidado que possam suprir as necessidades e demandas de saúde dos povos indígenas a médio e longo prazo.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>>. Acesso em: 29 abr. 2011.
2. EMÍLIA Altini et al, A política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil- Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas.
3. POLÍTICA Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. - 2ª edição - BRASÍLIA: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.
4. PEREIRA, L. L. et al. Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural , remote and socially vulnerable areas of Brazil , 2013 – 2014. **Rural and Remote Health**, v. 16, n. 3616, p. 2013–2014, 2016.
5. FONTÃO, M. A. B.; PEREIRA, É. L. Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. **Interface (Botucatu)**, 2017
6. SEGETS/GAB/SEGETS/MS. Nota Técnica número 5, 2017.
7. SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de. Apontamentos sobre as especificidades da supervisão acadêmica em área indígena no âmbito do Programa Mais Médicos para o Brasil: O caso do estado do Amazonas. **Tempus: Actas de saúde coletiva**, Brasília, v. 4, n. 9, p.191-197, dez. 2015.
8. FERLA, Alcindo Antônio et al. Os (des)encontros da pesquisa no tempo-espaço amazônico: um ensaio sobre produção de conhecimento como abertura à aprendizagem. **Saúde em Redes**, Amazônia, p.241-261, 2016.
9. SCHWEICKARDT, Júlio César et al (Org.). **Educação e Práticas de Saúde na Amazônia**: Tecendo redes de cuidado. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. 316 p. 2 v.
10. SILVA, Reijane Pinheiro da et al. A experiência de alunos do PET-Saúde com a saúde indígena e o programa Mais Médicos. **Interface- Comunicação,saúde e Educação.**, Botucatu, v. 19, n. 1, p.1005-1014, dez. 2015.
11. OLIVEIRA, João Pacheco de; FREIRE, Carlos Augusto da Rocha. O Imaginário Colonial. In: OLIVEIRA, João Pacheco de; FREIRE, Carlos Augusto da Rocha. **A Presença Indígena na formação do Brasil**: Coleção Educação para Todos. Brasília: Mec Unesco, 2006. p. 25-33. (Via dos saberes).

12. 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.
13. NETO, G. B. C.; GERMANO, J. W.; FURTADO, L. G. O diálogo entre o saber tradicional e o saber médico-científico em uma comunidade tradicional de pescadores no litoral da Amazônia. SI, 2016.
14. CUERVO, Maria Rita Macedo; RADKE, Mariane Brusque; RIEGEL, Elaine Maria. PET-Redes de atenção à saúde indígena: além dos muros da universidade, uma reflexão sobre saberes e práticas em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p.953-963, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1364>.
15. CHAGAS, Natanael et al. VIVENCIANDO A REALIDADE INDÍGENA NO VER-SUS OESTE CATARINENSE: A COMPETÊNCIA INTERCULTURAL NA FORMAÇÃO EM SAÚDE INSTIGADA NA ALDEIA CONDÁ EM CHAPECÓ/SC. **Anais do Sepe- Seminário de Ensino, pesquisa e Extensão da Uffs**, Santa Catarina, v. 6, n. 1,dez. 2016.
16. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Portaria nº 27, de 14 de julho de 2015. Dispõe sobre a adesão de instituições de ensino e programas de residência ao Projeto Mais Médicos para o Brasil enquanto das instituições supervisoras. **Diário Oficial da União**, 15 de Julho de 2015, n. 133.
17. UNA-SUS. **Ações e Programas - Mais Médicos**. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/maismedicos>>. Acesso em: 17 nov. 2015.
18. PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL. **Tutorial para o supervisor: relatório de supervisão periódica: visita de supervisão in loco**. Brasília/DF, 17 de novembro de 2015
19. PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL. **Tutorial para o supervisor: relatório do encontro de supervisão locorregional**. Brasília/DF, 17 de novembro de 2015.