

Tecnologias e dispositivos do apoio institucional em saúde indígena no Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul, Estado de Santa Catarina

Carlos Alberto Severo Garcia Jr.¹

Carlos Roberto Soares Freire de Rivorêdo²

Raqueli Braga Flumian³

Resumo: O presente trabalho constitui um relato crítico e circunstanciado de uma experiência no desenvolvimento de tecnologias e dispositivos de apoio institucional, visto como prática em saúde indígena, junto aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas do Interior Sul, no escopo de uma colaboração entre a Política Nacional de Humanização e a Secretaria Especial da Saúde Indígena, no estado de Santa Catarina, com enfoque prioritário nas relações entre Educação Permanente e Saúde e o Controle Social. Em consonância com a proposta, optou-se pelo desenvolvimento de uma cartografia tanto das tecnologias e dispositivos utilizados quanto da análise propriamente dita das ações. A prática do apoio institucional mostrou-se profícua para o desenvolvimento da autonomia e das relações positivas entre as instâncias do Sistema Único de Saúde, no que diz respeito ao Controle Social em Saúde Indígena. Verificou-se também, no processo, a proximidade entre as noções de Atenção Diferenciada e de Clínica Ampliada, como dispositivos de desenvolvimento da atenção a essas populações, em que pese sua proposição em instâncias diversas do Sistema Único de Saúde. Contudo, tais iniciativas, certamente por dependerem da organização complexa que é o Sistema Único de Saúde, ficam à mercê da opção da instituição nos âmbitos ético, político e, por consequência, estético, para se efetivarem e terem continuidade para contribuir para o desenvolvimento do SUS, como um todo.

Palavras-chave: Saúde Indígena; Conselhos de Saúde; Sistema Único de Saúde.

¹ *Psicólogo. Dr. Ciências Humanas (UFSC). Docente curso de medicina (UNIVALI).
E-mail: carlosgarciajunior@hotmail.com*

² *Médico. Dr. Ciências Médicas (UNICAMP). Docente aposentado curso de medicina (UNICAMP).
E-mail: crivordo@gmail.com*

³ *Psicóloga. Especialista em Saúde Indígena (UNIFESP). Psicóloga na Prefeitura de Florianópolis.
E-mail: raflumian@gmail.com*

Abstract: *The present work deals with a critical and detailed account of an experience in the development of technologies and institutional support devices, seen as a practice in indigenous health, with the Special Indigenous Sanitary Districts of the Southern Interior, in the scope of a collaboration between the National Humanization Policy and the Special Secretary for Indigenous Health, in the state of Santa Catarina, with a priority focus on the relationship between Permanent Education and Health and Social Control. In line with the proposal, it was decided to develop a cartography of both the technologies and devices used and the analysis of the actions themselves. The practice of institutional support has proven to be beneficial for the development of autonomy and positive relations among the instances of the Unified Health System with regard to Social Control in Indigenous Health. It was also verified in the process the proximity between the notions of Differentiated Attention and Extended Clinic, as devices to develop attention to these populations, despite their proposal in different instances of the Unified Health System. depend on the complex organization that is the Unified Health System, are at the mercy of the institution's choice in ethical, political and, therefore, aesthetic, to be effective and have continuity to contribute to the development of SUS as a whole.*

Keywords: *Indigenous Health; Health Councils; Health Unic System.*

Introdução

No Estado de Santa Catarina, existem majoritariamente três etnias indígenas, Guarani, Xokleng e Kaingang, distribuídas nas regiões do litoral (Norte e Grande Florianópolis), no Planalto e no Oeste (Chapecó), respectivamente. Em 2010, o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimou que cerca de 16 mil índios moravam em Santa Catarina – 10 mil vivendo em terra indígenas. Esses povos habitam territórios que não coincidem com a divisão geopolítica oficial, expandindo-se pelos estados da região e países vizinhos.

Índio, etnicamente, é aquele que é originário de um grupo indígena e é por este reconhecido como membro. O adjetivo indígena é relativo à população autóctone de um país ou que neste se estabeleceu anteriormente a um processo colonizador (HOUAISS, 2009). Estudos arqueológicos mostram que os Kaingang e os Xokleng teriam sido os primeiros a ocupar o Estado de Santa Catarina e, posteriormente, os Guaranis. Os Kaingang, por exemplo, estão na região há cerca de 4 mil anos, quando ainda não existiam as nações europeias. A influência e as heranças indígenas, ainda que o processo civilizatório tenha imposto transformações radicais no seu modo de vida, são muitas: nomes de lugares, linguagem, culinária, hábitos cotidianos, entre outros. A extensão das interferências dos não indígenas sobre essa população também é vasta, afetando, inclusive, seu processo de saúde.

A importância e o reconhecimento das populações indígenas são fundamentais. Como forma de garantir a esses povos o direito ao acesso universal e integral à saúde, respeitando suas especificidades, o Ministério da Saúde (MS), em 1986, realiza a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. Porém, somente em 1999, o Governo Federal regulamenta um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS).

O que aqui se pretende é um registro do desenvolvimento do apoio institucional, para ampliar a reflexão sobre a interface da saúde com as populações estratégicas e/ou vulneráveis, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, especificamente, a população indígena. Um dos desafios é o fortalecimento da equidade em saúde sem produzir exclusão social, voltado a fornecer atenção à saúde a comunidades indígenas, dentro de formas organizativas distintas como, por exemplo, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

O apoio institucional (AI) é compreendido aqui como uma prática destinada a produzir e/ou ampliar a capacidade de reflexão, de entendimento e de análise de coletivos. Pensado como prática em saúde, o AI possui, como elementos constitutivos, um objeto – as práticas em saúde; um meio, o fomento de coletivos nos quais as próprias práticas são problematizadas; e um fim, o aperfeiçoamento dessas práticas. Esse processo tem o apoiador como figura central nos territórios.

O apoiador institucional tem como funções: 1) ativar espaços coletivos, estimulando a interação entre sujeitos; 2) reconhecer as relações de poder, de afeto e a circulação de saberes; 3) mediar a construção de objetivos e projetos comuns, e a pactuação de contratos; 4) atuar em processos coletivos de qualificação das ações institucionais; 5) estimular a atitude crítica, visando a transformação dos processos de trabalho e das práticas em saúde (OLIVEIRA, 2011).

Além disso, o AI pode ser enquadrado também como uma prática gerencial, na medida em que problematiza os modelos tradicionais de operar a coordenação, o planejamento, a supervisão e a avaliação em saúde, pela articulação de noções, conceitos e tecnologias, a maioria originária do campo da análise institucional e da gestão.

Isso posto, o registro propõe descrever algumas tecnologias e dispositivos institucionais em saúde voltados para o apoio institucional à população indígena, na articulação com o Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul (DSEI ISUL) no Estado de Santa Catarina. Os objetivos específicos são, tão somente, apresentar as peculiaridades de encontros com os sujeitos no contexto do DSEI, articulados com a área de Educação Permanente em Saúde, sobretudo na construção de arranjos de encontro com os conselheiros do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI – Interior Sul). Tais encontros visam o fortalecimento de momentos formativos para todos, incluindo a organização de um encontro com as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), em atividade com a população indígena, para estabelecimento de um espaço para trocas de experiências.

A metodologia proposta é alicerçada na produção de uma cartografia. A cartografia consiste em compor um mapa, que não é exatamente o da geografia física. A cartografia,

neste artigo, é a composição articulada de mapas analíticos (GUATTARI; ROLNIK, 2011). O mapa, nesse caso, é uma composição textual organizada pelos apoiadores institucionais, em processo compartilhado com os outros sujeitos. Cada quadro se constitui com base na observação das relações entre os sujeitos em seu território (trabalhadores da atenção, da gestão, entre usuários/indígenas, membros do controle social, relações de cuidado, de trabalho, de gestão etc.); as relações entre instituições, organizações, serviços, redes (de atenção, sociais etc.); os entraves, nós críticos, conflitos, dificuldades para garantir acesso, equidade, integralidade na saúde indígena, vistos sob diversas perspectivas e racionalidades do território; e os desafios enfrentados, as práticas de cuidado, gestão e atenção em uso em determinado território, as invenções, as inovações de que os sujeitos lançam mão para garantir o exercício pleno do direito constitucional à saúde.

Esses mapas, por sua vez, foram compostos pelos apoiadores institucionais da Política Nacional de Humanização (PNH), vinculados ao MS, referência técnica de educação permanente em saúde do DSEI na relação com as equipes de gestão dos DSEI e usuários conselheiros de saúde do DSEI-ISUL. O período do processo de apoio ocorreu durante os anos de 2013 a 2015. O trabalho realizado estava vinculado ao "Projeto de Apoio Integrado aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas", inserido no Plano Estratégico de Reestruturação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), em uma colaboração PNH-SAS/SASI-SESAI, com o objetivo inicial de prevenir óbitos maternos e infantis e fortalecer as ações de atenção básica nos DSEIs.

O projeto em questão pretendeu

[...] instrumentalizar a ação do apoiador da saúde indígena para a construção de uma cartografia que pudesse, ao mesmo tempo, compor os diversos diagnósticos sobre a situação de saúde, demografia, situação sócio-econômica, singularidades culturais e situação dos serviços de saúde dos DSEI e compor subsídios para a definição de linhas de ação para um Plano de Redução de Mortalidade Materna e Infantil no DSEI apoiado". (PNH/SESAI-DASI/MS, 2013, p.1).

A opção metodológica desse projeto se alicerçou na noção de cartografia, a mesma que adotamos aqui.

Foram identificados os arranjos desse processo cartográfico. Definimos "arranjo", nesse contexto, como uma forma organizacional de funcionamento em um estabelecimento, serviço e organização. Constituir um "arranjo de encontro" significa fazer operar a forma organizacional concreta com os atores se encontrando para conversar, discutir, planejar, tomar decisões, avaliar processos e resultados, por meio de diversas modalidades. Esses encontros podem ser mais ou menos frequentes, presenciais ou a distância, diretos ou mediados por tecnologias de comunicação. O regime de conversação que o arranjo de encontro pode constituir vai definir que padrão de relação se pode estabelecer com os interlocutores (sujeitos): esparsa, frequente, mais ou menos íntima, fazendo circular mais ou menos afetos, possibilitando ações mais ou menos "juntas". Serão os arranjos dos encontros, os regimes de conversação, as pautas que poderão ou não ser abordadas e o que pode ou não ser decidido nesses encontros que definirão as relações de apoio que se

estabelecerão concretamente. Por isso, trata-se de um trabalho artesanal com múltiplas interferências e, antes, processual (PNH/SESAI-DASI/MS, 2013).

A Gestão, o controle e a atenção no território

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), indicado anteriormente, criou, em 1999, pela Lei nº 9.836, acrescida à Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, o marco orgânico da saúde como direito de todos e dever do Estado. Destaca-se, portanto, que as ações e os serviços de saúde, obedecendo aos dispostos da Lei nº 8.080/90, estarão voltados para a população indígena em funcionamento com o SUS.

A partir desse marco legal, o SASISUS, desde sempre, se viu diante do fato de nunca ter sido considerado como prioritário na condução da construção do SUS, dada a sua vinculação estreita com a atenção à saúde das populações urbanas, com a conseqüente inadaptação das estratégias de cuidados para essas populações (GARNELO; PONTES, 2012).

Com a inclusão do Subsistema, tornou-se obrigatório levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas, para compor um modelo de atenção a ser adotado, pautado 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, ainda hoje insuficientes. De acordo com Garnelo e Pontes (2012), mais de dez anos passaram e ainda não foram produzidas tecnologias e modos de atuação com a população indígena. Nesse sentido, torna-se relevante apresentar experiências que acumulem conhecimentos sobre políticas de saúde específicas.

Para tal atribuição, foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), no ano de 2010, formalizada como uma área do Ministério da Saúde (MS), responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do SASISUS, no âmbito do SUS, com um modelo de gestão e atenção com autonomia administrativa, orçamentária, financeira, além da responsabilidade sanitária por 34 DSEIs.

Os DSEIs são unidades gestoras descentralizadas do Subsistema, responsável pela execução de ações de atenção à saúde nas aldeias e de saneamento ambiental e edificações de saúde indígena, divididos por critérios territoriais, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas. São compostos por Polos Base que cobrem um conjunto de aldeias e têm o objetivo de atender grande parte das demandas de saúde dessas comunidades, servindo de primeira referência para as EMSI que atuam nessas aldeias. No Brasil, os 34 DSEIs abrigavam, em 2015, 351 Polos Base.

Além do Polo-Base, existem os Postos de Saúde na Comunidade Indígena, que seriam as unidades mais simples do Distrito Sanitário, com atuação de distintos profissionais de saúde, entre eles o Agente Indígena de Saúde (AIS) e a Casa de Saúde Indígena (CASAI), estrutura que pode referenciar os equipamentos do SUS e serve de

retaguarda aos Polos-Base, articulando-os com outros serviços disponíveis no SUS (Hospitais, Ambulatórios, entre outros).

O DSEI ISUL, implantado em 1999, tem sua sede no município de São José, na região metropolitana de Florianópolis. Compreende os estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, em suas regiões mais a oeste. Possui, sob sua responsabilidade, 6 Polos-Base, que assistem a uma população de 42.342 indígenas das etnias Kaingang, Guarani e Xokleng, tendo como referência geográfica o território de Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Em Santa Catarina, existem dois municípios com Polos-Base: o de José Boiteux – com uma população adstrita de 2.073 indígenas, distribuídos nos municípios de José Boiteux, Vitor Meireles e Porto União, e o de Chapecó – com uma população de 7.022 indígenas, distribuídos nos municípios de Chapecó, Seara, Abelardo Luz, Ipuçu e Entre Rios.

O trabalho de apoio relacionado à cooperação entre a SESAI e a PNH, iniciado em 2013, construiu-se como uma proposta de articulação descentralizada. Num primeiro momento, além de conectar o apoio SESAI aos espaços de gestão em Santa Catarina, realizou-se a oferta de participação e composição de espaços de discussão sobre o modo de gestão do DSEI.

A oferta inicial referia-se a rodas de conversa, inicialmente mensais, com trabalhadores da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI), e à construção de pautas comuns para qualificar suas intervenções e diminuir o grau de desarticulação entre si. Os efeitos foram as alterações no modo de relacionar-se coletivamente. Os avanços com os trabalhadores do DIASI constituíram mudanças na configuração da administração do tempo e encargos e, conseqüentemente, diminuição do ruído institucional desfavorável. Pode-se considerar que os principais encaminhamentos no período de 2013 foram as mudanças/flexibilização nos horários de entrada e saída dos profissionais, respeitando a carga horária exigida, e a corresponsabilidade na condução das tomadas de decisões dentro da governabilidade da DIASI.

Nesse período, os efeitos alcançados concretizaram-se nas interações entre PNH e SESAI, entendendo que os limites e perspectivas estavam relacionados à especificidade do tema e à articulação intrafederativa, de acordo com os graus de comunicação e assimetrias entre poderes e saberes. Foram propostas atividades de ampliação das ações para 2014, com base em planejamento, com a manutenção do apoio ao DIASI, além de dois Polos-Base (José Boiteux e Araquari). Porém, o planejamento não foi operacionalizado. Deve-se considerar, para tanto, a saída da apoiadora SESAI (dezembro de 2013) e entrada da nova Coordenadora na DIASI, e a decorrente fragilidade da pactuação das datas e continuidade da ação.

No ano de 2014, o cenário da SESAI mudou, repercutindo no território. Em 2014, o contexto político da gestão nacional da Saúde Indígena teve alterações significativas com a proposta da criação do Instituto Nacional da Saúde Indígena (INSI). Trata-se de um outro modelo de gestão da saúde indígena, dotado de tomada de decisões para interferir na execução das ações que integram a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos

Indígenas (PNASPI) e, conseqüentemente, nos DSEIs. De tal modo, não houve continuidade nas rodas de conversas, com trabalhadores do DIASI, e verificou-se certo distanciamento entre os apoiadores PNH e SESAI. Esse quadro impediu o estabelecimento, no território, de um processo de trabalho permanente.

No segundo semestre de 2014, com a entrada de uma nova profissional na área de Educação Permanente em Saúde do DSEI, foi realizado um convite à PNH para parcerias e atuação conjunta no planejamento de uma capacitação destinada aos conselheiros distritais de saúde (Condisi Interior Sul) intitulada: “Controle Social: protagonismo e legitimidade do conselho distrital de saúde indígena”.

O objetivo geral era qualificar os conselheiros distritais do DSEI ISUL, visando a desenvolver competências e habilidades para o exercício de suas atribuições no processo de consolidação da Política de Saúde, SUS e Subsistema. Os objetivos específicos foram: promover o conhecimento e a discussão sobre os princípios e diretrizes que conformam a Política de Saúde Indígena (SUS e Subsistema) e as suas bases legais; instrumentalizar os conselheiros de saúde para o exercício de suas atribuições – competência legal (direitos e deveres); disponibilizar informações e conhecimentos necessários à efetividade do controle social da Política de Saúde Indígena (SUS e Subsistema); fortalecer a atuação dos conselheiros de saúde distritais de Saúde Indígena como elemento essencial na participação da comunidade indígena no processo de implantação da Política de Saúde Indígena (SUS e Subsistema); estimular a articulação entre conselheiros de saúde e outras instâncias de controle social; estimular os conselheiros distritais de saúde indígena a pensarem na metodologia das Capacitações nos Conselhos Locais de Saúde Indígena e estimular a consciência de multiplicadores, nas comunidades, sobre a Política de Saúde Indígena, reforçando as competências, atribuições e limitações do Subsistema de Saúde Indígena.

Destaque-se que a ênfase nos conselheiros distritais e no controle social foi estabelecida diante da necessidade e demanda dos próprios atores envolvidos. A participação da comunidade na fiscalização e condução das políticas de saúde ocorre, principalmente, por meio dos conselhos de saúde. De acordo com a Lei nº 9.836/99 – que dispõe sobre as condições para a promoção de saúde e as ações relacionadas à atenção integral aos povos indígenas –, está garantida a participação indígena nos órgãos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas de saúde, que são os conselhos de saúde. Integrado ao SasiSUS, o Controle Social em saúde indígena tem a seguinte organização: a) Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI) – permanente, consultivo composto somente por indígenas; b) Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) – permanente, paritário e deliberativo; c) Fórum de Presidentes dos CONDISI (FP CONDISI) – permanente e consultivo.

A composição dos CONDISI é de 50% dos conselheiros oriundos dos usuários do subsistema; 25% do âmbito dos trabalhadores e 15% escolhidos entre gestores e prestadores de serviços, todos referenciados ao DSEI correspondente e indicados pelo seu respectivo segmento.

Além dessas instâncias, no nível federal, ainda há duas outras: a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) e o Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de

Saúde Indígena (FP CONDISI). O primeiro como órgão assessor do Conselho Nacional de Saúde e o segundo, com a atribuição de acompanhar a formulação e a execução da Política Nacional para o setor.

Apesar de esses espaços de Controle Social estarem garantidos por lei, sabe-se que ainda há muito a se fazer para que se constituam em espaços verdadeiramente democráticos. Somada a essa dificuldade, poderíamos citar o abismo cultural muitas vezes inscrito entre os interlocutores indígenas e não indígenas, dificultando a apropriação desse espaço e desse instrumento de controle social por parte dos usuários, já que o instrumento funciona na lógica ocidental e ignora as relações de poder que existem também em cada etnia. Fato identificado pela Organização Mundial de Saúde, que aponta diferenças no estatuto e nas oportunidades desses grupos por parte das instituições oficiais, produzindo desigualdades nas condições de saúde e de vida (OMS, 2010).

Destarte, a ampliação da participação social está conectada com a forma de apropriação e conhecimentos dos atores envolvidos com os tensionamentos e conflitos existentes, isto é, atores instrumentalizados podem propor reflexões e ingressarem em disputas capazes de expor seu argumento com clareza, informação e em sintonia com diferentes áreas e setores.

Para materializar essa ação, foi constituído um Grupo de Trabalho (GT) sobre a Capacitação dos Conselheiros, formado por profissionais das áreas de Controle social e Educação Permanente do DSEI e por membros convidados: pesquisadores do Departamento de Antropologia da UFSC, dois apoiadores da PNH e lideranças indígenas das três etnias de maior representatividade no DSEI.

Foram realizados cinco encontros do GT, e em todos eles o maior desafio foi garantir que esse grupo, tão heterogêneo, fosse o mais participativo possível, respeitando as falas e os lugares de fala de cada um, para que pudesse gerar um produto em comum. Vale ressaltar todas as forças que estavam em jogo nesse cenário: a relação entre indígenas e DSEI, marcada por uma histórica falta de diálogo e cobranças; as relações entre os indígenas das três etnias, com marcas históricas e culturais diferentes entre si; a relação com as instituições externas (UFSC e PNH), ocupando o espaço paradoxal de dentro/fora do DSEI. Além de outras forças e afetos não declarados que estavam em jogo na hora de fazer desse encontro um “arranjo” possível para que pudesse surgir um grupo de trabalho.

A experiência desse grupo mostrou ser possível e enriquecedor formar esse dispositivo de encontro e trabalho, ficando evidente a importância do papel dos apoiadores externos, tanto da PNH, quanto da Universidade, na manutenção de aspectos essenciais para o funcionamento democrático do grupo: o exercício da corresponsabilidade, a garantia da alternância das falas, a desconstrução do que está instituído, a garantia da circulação de papéis, movimento que se contrapõe a uma certa rigidez presente nas relações institucionais, e uma visão crítica, que permite questionar modos arraigados de pensar e agir. Isso evidencia a importante colaboração dos apoiadores na construção da dinâmica e na metodologia dos encontros.

A concepção da formação do CONDISI teve como foco quatro temas principais: o Protagonismo Indígena nas Políticas Públicas; a História e a Estrutura do SUS e SASISUS; o papel do Conselho de Saúde Indígena; e o Financiamento.

Considerando os diversos objetivos desejados e a avaliação positiva proveniente dessa primeira capacitação do CONDISI-ISul, no início de 2015 foi sugerida como proposta a manutenção do GT que conduziu o processo, desdobrando-se na continuidade do trabalho e no novo planejamento para 2015. De tal modo, foi oficializado o convite para a continuidade do apoio da PNH. O GT foi, então, proposto, com um caráter permanente de atuação no planejamento das ações de Educação Permanente em Saúde pelo DSEI e CONDISI Interior Sul. Nessa nova proposta, o GT se abriu para a inclusão de novos membros, com vistas a garantir uma maior representatividade indígena, sendo este um aspecto importante para o grupo: abrir espaços para o protagonismo indígena dentro do DSEI e do Controle Social.

Ressalte-se que, nos momentos de avaliação sobre o trabalho realizado pelo GT, foi elucidado o caráter pioneiro dessa iniciativa, que colocava na mesma mesa de discussão a gestão e os usuários do serviço, três diferentes etnias indígenas e órgãos de apoio com reconhecido conhecimento nas áreas de gestão e saúde indígena: ~~(os~~ apoiadores da PNH e membros da Universidade). Cabe apontar também os grandes desafios presentes nessa empreitada, como o sentimento de desânimo e frustração de algumas lideranças indígenas, com relação à falta de reconhecimento da SESAI, perante as solicitações do próprio Conselho.

Houve também apontamentos importantes de que, antes de capacitar os conselheiros, os próprios profissionais do DSEI deveriam ser capacitados pelos indígenas sobre suas tradições e costumes, já que é para eles que todo o trabalho do Distrito é dirigido, com destaque, nesse processo, das diferenças entre os Xokleng, Kaingang e Guaranis.

Outro resultado importante apontado foi a valorização da troca de saberes ocorrida dentro do próprio GT e o reconhecimento, pelos indígenas, de que há pessoas não índias que estão aqui para ajudá-los.

Diante de resultados tão positivos e do desejo por todos os membros do grupo pela continuidade do GT, este dividiu suas ações em duas frentes: a primeira seria a Capacitação dos Conselheiros, que ocorreria durante as reuniões do CONDISI, ocupando um dia inteiro, dos três dias que são reservados para a reunião. Essa decisão se baseou no intuito de promover espaços mais contínuos de educação permanente e também para facilitar a logística de deslocamento dos indígenas para a cidade. A segunda frente de trabalho se concentraria em uma ação de educação permanente, direcionada para todos os profissionais do DSEI, que seria desencadeada por um Seminário de grande porte sobre Atenção Diferenciada, com o objetivo de troca de experiências exitosas, entre os profissionais, e de troca de saberes tradicionais, com a presença de indígenas.

No entanto, alguns fatores e mudanças estruturais no DSEI ocasionaram a interrupção desse trabalho. Houve uma separação entre as áreas de Controle Social e Educação Permanente, que deveriam, a partir desse momento, trabalhar separadamente, seguindo orientações da SESAI, ocasionando um desmembramento das principais áreas que

sustentavam essa ação dentro do DSEI. Houve também um recuo financeiro que dificultou o custeio de diárias para o deslocamento e permanência dos indígenas nos períodos de reunião, inviabilizando sua presença. Dessa maneira, as ações do GT foram interrompidas.

De qualquer forma, vale ressaltar que se delineou um caminho e um alicerce teórico para, com base no Seminário pretendido, firmar um caminho que se pudesse seguir na busca do aperfeiçoamento do Controle Social em saúde indígena e da promoção, proteção e atenção a esses povos. Tal arcabouço teórico dizia respeito à noção de Atenção Diferenciada.

Atenção diferenciada

A realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas, pautadas por uma abordagem diferencial e global, são, também, preconizadas na Lei nº 9.836/1999. A noção de atenção diferenciada para os povos indígenas do Brasil vem à tona com a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986, constituindo-se posteriormente, segundo princípios e modelos, em diferentes documentos. Diehl, Langdon e Dias-Scopel (2012) compreendem que ainda não há discussão e definição clara sobre o termo. Consideram que, em documentos oficiais, "atenção diferenciada" é definida por elementos de um determinado campo de conhecimento "integrado", "articulado" e "incorporado" às práticas tradicionais. De tal modo, essas práticas estão submetidas à eficácia das medidas e marcadores do modelo biomédico, resultando em uma fragmentação do conjunto de instrumentos dos sistemas indígenas de saúde, filtrando exclusivamente as práticas cientificamente comprovadas.

Além disso, a ausência de discussão das instâncias gestoras da saúde demonstra as dificuldades de construção de um modelo de atenção diferenciado, capaz de superar a separação entre os saberes científicos e os tradicionais, sobretudo no desenvolvimento de um modelo de atenção que ultrapasse a intervenção centrada na doença e na tecnologia biomédica, a alta rotatividade dos profissionais não indígenas e sua pouca qualificação para o trabalho, em contextos culturais específicos, além da inadequação dos serviços de referência para o atendimento da população indígena.

A disposição de padrões culturais singulares necessita ser compreendida e respeitada para viabilizar a atenção à saúde. Antes, a determinação de não perder de vista a população atendida. Um modelo de atenção que está modulado pelas propostas da Atenção Primária à Saúde (APS) demanda determinadas interações para a garantia do cuidado à população. Nesse caso, torna-se relevante que a atenção diferenciada seja moldada pelas especificidades de cada grupo étnico atendido no SASISUS, na construção de formas de comunicação, intervenção e acompanhamento de acordo com cada etnia e cada espaço. Assim, a valorização dos saberes tradicionais pode ser a primeira pista na dimensão do cuidado, tendo em vista a atenção diferenciada.

Outra pista seria a da perspectiva antropológica. O modelo de atenção nessa perspectiva revela outras características (GALERNO; PONTES, 2012). Devido à grande variabilidade cultural das populações que acessam os sistemas oficiais de saúde, as

populações indígenas tendem a rechaçar os sistemas de saúde que se pautem exclusivamente pela perspectiva biomédica, conhecida por negar, ignorar ou marginalizar as produções culturais desses povos.

Além dessas, podemos considerar a dimensão da Clínica Ampliada, diretriz da PNH, que a conceitua como uma ferramenta teórica e prática com a finalidade de contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, considerando a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença, permitindo o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações na busca do equilíbrio entre danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde (BRASIL, 2008). A proposta da clínica ampliada busca se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas. Considera urgente a necessidade de compartilhamento com os usuários dos diagnósticos e condutas em saúde, tanto individual quanto coletivamente.

Ao que parece, tema ainda a ser explorado em profundidade, há uma aproximação entre as duas noções, seja na esfera conceitual, seja no âmbito das práticas. A Atenção Diferenciada e a Clínica Ampliada, para dizer o mínimo, possuem conceitualmente a consideração da singularidade dos sujeitos, o reconhecimento da complexidade do processo saúde/doença na sua dependência das condições concretas de existência, a necessidade de inclusão na atenção à saúde dos diversos campos de saberes e núcleos de sentido que norteiam as práticas do setor.

Nesse sentido, pensamos na possibilidade de utilizar e adaptar o conceito de Clínica Ampliada, entendida em conexão com os princípios do SUS, para a população indígena, incluindo o sujeito/família/etnia, a subjetividade, o cuidado responsável (compromisso com o sujeito), a coprodução de saúde/cuidado, a ampliação do olhar sobre o sujeito e a aposta na autonomia, como a soma do autocuidado, com empoderamento de si, a capacidade reflexiva e a capacidade de estabelecer contratos com outros, assimilado a noção de Atenção Diferenciada como uma modalidade de cuidado própria da Clínica Ampliada.

Os modos de trabalho em equipe interferem diretamente na construção de um projeto de cuidado singular. Uma equipe na qual os profissionais trabalham de forma fragmentada e isolada pode desenhar intervenções totalmente diferentes e nem sempre apropriadas com relação à mesma situação problema (OLIVEIRA, 2009). O resultado não é um projeto de equipe, mas um conjunto de ações por vezes incoerentes com a necessidade do usuário.

A coerência está na proposta metodológica para a Atenção Diferenciada. Se considerado o compromisso com o sujeito e não só com a doença, se existe o reconhecimento dos limites dos saberes e a afirmação de que o sujeito é sempre maior que os diagnósticos propostos, se há a afirmação do encontro clínico entre dois sujeitos (trabalhador de saúde e usuário) que se coproduzem na relação que estabelecem, se ocorre a busca de minimização de danos e maximização de benefícios gerados pelas práticas de saúde, se há aposta nas equipes multiprofissionais e transdisciplinares, se existe o fomento da corresponsabilidade entre os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e, principalmente, se há a defesa dos direitos dos usuários, como pretende a própria Clínica Ampliada, teremos um caminho para produção da atenção diferenciada.

Em síntese, podemos trazer algumas pistas para a reflexão na prática da atenção diferenciada: escuta atenta, construção de vínculos, atenção aos afetos – que traz à baila todo o complexo subjetivo e intersubjetivo dos sujeitos implicados –, e consciência de que: “muito ajuda quem não atrapalha”, culpa e medo não são bons aliados, diálogo e informação são boas ferramentas e doença não pode ser a única preocupação da vida. Além disso, a necessidade do contexto interétnico para colocar em análise as dimensões interculturais.

De tal modo, o desejo, no segundo semestre de 2015, de construir um Seminário para trazer a discussão da Atenção Diferenciada, gerando uma produção com os protagonistas de proposta exitosas em Santa Catarina, assumindo os riscos e as potencialidades, nunca foi alcançado. A tentativa de criar um momento de resgate e equacionamento de experiências na construção de reflexões sobre a cultura indígena a partir do indígena, nunca saiu do papel.

Tal fato poderia ser considerado somente na sua negatividade, como um desejo não realizado. Contudo, visto positivamente, o decorrer dos encontros, o âmbito da experiência em si, produziu uma aproximação entre duas noções que até então não se tinha pensado como possível. Ou seja, a experiência desses encontros permitiu traçar um caminho possível e uma reflexão teórica a ser efetivada no tema da inclusão dessas populações no SUS.

Considerações Finais

Esse trabalho tem caráter parcial, os aspectos descritos podem receber outras interpretações e análises, não esgota em si a possibilidade de explorar outros caminhos e permite críticas. Trata-se de fornecer elementos para a reflexão sobre as relações possíveis entre população indígena, produção de saúde e cuidado, ações de educação em saúde e controle social, com base na experiência com o DSEI Interior Sul, no Estado de Santa Catarina.

Considera-se, primeiramente, a necessidade da criação de espaços onde os profissionais aprendam sobre as culturas com as quais trabalham, para que possam construir pontes entre esses saberes, ampliando sua potência para a promoção, a proteção e a assistência à saúde, sobretudo de populações vulneráveis e apartadas do sistema. Posteriormente, tem-se a necessidade de colocar os indígenas nos espaços de discussão dentro do DSEI, não só nos espaços de formação, mas naqueles em que possam ter participação ativa na construção dessas políticas, para além dos espaços dos conselhos. Para tanto, evidencia-se também a relevância que o papel de apoio exerceu no fortalecimento de ações para o aprimoramento e a ampliação da análise do sistema indígena de saúde. Nessa experiência, confirma-se a importância da desconstrução da rigidez institucional e dos lugares de poder estabelecidos para a construção de processos de gestão compartilhados e solidários.

Considera-se que, para contemplar as necessidades das populações indígenas, serão necessários processos formativos voltados para membros dessas culturas. A articulação

com os AIS, conforme apontam Diehl, Langdon e Dias-Scopel (2012), pode ser uma dessas estratégias. Assim, o próprio trabalhador indígena pode ser um “agente de valorização e revitalização de suas culturas de origem, ainda que igualmente qualificado para desenvolver ações de promoção à saúde e de melhoria das condições de vida da população com que trabalha” (GARNELO; PONTES, 2012, p.286). Na dimensão das relações de produção e valorização do trabalho e do trabalhador nas EMSI, devem-se considerar como necessários os espaços de encontro com garantia de frequência e regularidade, porém definidas em função das necessidades e das pautas, evitando agendas excessivas e burocráticas, com baixa efetividade e com dispersões.

Em relação ao controle social (os conselheiros do CONDISI), conforme o conteúdo dos encontros, pode-se perceber a debilitação na participação para a elaboração e aprovação do Plano Distrital de Saúde Indígena, com fragilidade no acompanhamento e avaliação de sua execução, sem um aprofundamento na emissão de pareceres ou fiscalização sobre a prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e dos serviços de atenção à saúde indígena, indicando, por exemplo, a existência de problemas nos repasses financeiros para ajuda de custo e deslocamentos dos próprios conselheiros.

A possibilidade de encontros permanentes entre gestores e trabalhadores de áreas técnicas do DSEI, em conjunto com os conselheiros do CONDISI, estabelecendo trocas constantes, reuniões periódicas e regulares colaboraria no equacionamento do grau de comunicação entre as demandas e necessidades de saúde da população indígena. A participação coletiva, com métodos de reuniões qualificadas, implicaria a garantia de que as pessoas envolvidas nos encontros saibam previamente o objetivo e a justificativa das reuniões, as pautas a serem abordadas minimamente predefinidas, com tempo adequado para desenvolver discussão pertinente ao tema, a garantia da circulação da palavra e o fechamento dos encontros coerentes com os objetivos, resultando na ativa produção dos participantes. O trabalho no formato de “rodas de conversa” pode colaborar com o exercício de coprodução e corresponsabilização coletiva, incluindo a assimilação dos temas da Atenção Diferenciada e da Clínica Ampliada, propostos em instâncias diferentes, mas com um núcleo duro comum, qual seja o do respeito ao cuidado aos sujeitos singulares, com a reconfiguração das práticas em saúde e o consequente empoderamento dos sujeitos no cuidado de si e no cuidado do outro.

Os limites deste trabalho abrangem uma realidade experimentada, ou seja, ações de apoio no mapeamento de tecnologias e dispositivos institucionais em saúde voltados para a população indígena do DSEI Interior Sul no Estado de Santa Catarina, portanto, em um momento específico. Por isso, recomenda-se que outras ações de visibilidade e intervenções possam ser realizadas e executadas na atenção integral à saúde indígena, respeitando suas características e seus movimentos. Afinal, trata-se da garantia do direito à saúde contextualizada.

Bibliografia

- Brasil. (1990). Presidência da República. Lei n. 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. Brasília.
- Brasil. (1990). Presidência da República. Lei n. 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.
- Brasil. (1999). Ministério da Saúde. Lei n. 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta Dispositivos à Lei n. 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", Instituinto o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.
- Brasil. (2008). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013). PNH/SESAI-DASI/MS. Cartografia dos fatores intervenientes na mortalidade materna, fetal e infantil nos distritos sanitários especiais indígenas e dos itinerários de produção de saúde nas áreas indígenas. Brasília. (mimeo).
- Diehl, E. E.; Langdon, E. J. & Dias-Scople, R. P. (2012). Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 5(28), 819-831, mai..
- Garnelo, L.& Pontes, A. L. (Org.). (2012). Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI.
- Guattari, F. & Rolnik, S. (2011). *Micropolítica: cartografia do desejo*. 11.ed. Petrópolis: Vozes.
- Houaiss, A. (2009). *Dicionário eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa*. Editora Objetiva: Rio de Janeiro.
- Oliveira, G. N. (2009). O Projeto Terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde. 202 f. Dissertação de Mestrado, não publicada, no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Oliveira, G. N. (2011). *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio*. Tese de Doutorado, não publicada, no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

*Carlos Alberto Severo Garcia Jr., Carlos Roberto Soares Freire de Rivorêdo
& Raqueli Braga Flumian*

Organização Mundial da Saúde. (2010). Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Genebra: OMS.