



Interface - Comunicação, Saúde,
Educação

ISSN: 1414-3283

revista.interface@gmail.com

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

Breda Fontão, Maria Angélica; Pereira, Éverton Luís

Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 1, núm. 21, 2017, pp. 1169-1180

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

Botucatu, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180153322008>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião

artigos

Maria Angélica Breda Fontão^(a)
Éverton Luís Pereira^(b)

Fontão MAB, Pereira EL. More Doctors Project in indigenous health: reflections from an opinion survey. Interface (Botucatu). 2017; 21(Supl.1):1169-80.

The study aims to contribute to the analysis of the implementation of the Project More Doctors for Brazil in the Indigenous Special Health Districts, with data produced by opinion research developed in communities that are served by Project's physicians. The present analysis presents a set of data produced by a questionnaire applied to indigenous communities and then compared with the general universe of the same research in municipalities. The study identifies a significant increase in the number of physicians working in indigenous health, a positive perception of satisfaction with the project pointing out a non-exclusive relationship between access to biomedical services and the use of indigenous therapeutic practices. It also demonstrates the need to expand research on the consequences of the More Doctors Program, especially on qualitative and ethnographic bases.

Keywords: Indigenous health. Project More Doctors for Brazil. Survey research.

O estudo tem como objetivo contribuir com a análise da implementação do "Projeto Mais Médicos para o Brasil", nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, com dados produzidos por pesquisa de opinião desenvolvida em comunidades assistidas por médicos do projeto. A presente análise trouxe um recorte dos dados produzidos pelo questionário aplicado às comunidades indígenas assistidas e comparados com o universo geral da pesquisa aplicada em municípios. O estudo identifica um incremento significativo no quantitativo de médicos trabalhando na saúde indígena, uma percepção positiva quanto à satisfação com o projeto e aponta uma relação não excludente entre o acesso aos serviços biomédicos e o uso de práticas terapêuticas indígenas. Demonstra, ainda, a necessidade de se ampliarem as pesquisas sobre as consequências do Programa Mais Médicos, especialmente de cunho qualitativo e etnográfico.

Palavras-chave: Saúde indígena. Projeto Mais Médicos para o Brasil. Pesquisa de opinião.

^(a) Departamento de Atenção à Saúde Indígena, Secretaria Especial de Saúde Indígena, Ministério da Saúde. Setor de Rádio e Televisão Norte - SRTVN, Quadra 701, Bloco D - Edifício PO 700 – 5º andar - Brasília DF. maria.fontao@sauder.gov.br
^(b) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil. evertonpereira@unb.br

Introdução

O Projeto Mais Médicos (PMM) para o Brasil foi instituído, pelo governo brasileiro, em julho de 2013, no escopo do Programa Mais Médicos, criado a partir da Medida Provisória nº 621¹. De acordo com os documentos oficiais do Programa, ele é composto por três eixos, e faz parte de uma estratégia para melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e ampliação da cobertura de profissionais médicos na atenção básica em áreas vulneráveis. O primeiro eixo prevê investimentos em infraestrutura dos equipamentos de saúde; o segundo tem o objetivo de aprimorar e ampliar a formação médica no Brasil, por meio do aumento do número de vagas em cursos de medicina e de residência médica em locais prioritários para o SUS. O terceiro eixo, do qual trata este artigo, busca suprir, emergencialmente, a carência de médicos no interior do país e nas periferias das grandes cidades.

A seleção de profissionais brasileiros e estrangeiros para as vagas do Projeto é feita por meio da classificação de acordo com diferentes perfis. O de maior vulnerabilidade é considerado o de atuação nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Os DSEIs são unidades descentralizadas do Ministério da Saúde (MS), vinculados, desde 2010, à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), que tem a responsabilidade de executar as ações do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS). O SASI-SUS foi criado no âmbito do SUS, pela Lei 9836/1999 (Lei Arouca), para organizar ações e serviços de saúde voltados ao atendimento das populações indígenas.

De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)², a organização do DSEI é orientada para ser um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado. Ele é responsável pela realização de atividades no território indígena, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede e das práticas sanitárias, e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência aos povos indígenas.

Apesar da PNASPI estabelecer que as equipes de saúde dos distritos devam ser compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, o cotidiano do trabalho das equipes, historicamente, foi marcado pela ausência de profissionais médicos, em especial na Amazônia Legal. Esta realidade vem se transformando após o início do PMM. Segundo dados da Secretaria Especial de Saúde Indígena, em dois anos, foram incorporados, por meio do PMM, 339 médicos nos DSEIs^(c). Isso significa um crescimento de 79% em relação ao quantitativo de médicos que trabalhavam neste órgão em agosto de 2013.

A implementação do PMM nos DSEIs configura-se como uma experiência oportuna para investigação e análise nas áreas da saúde coletiva, da antropologia da saúde e outras afins. Este território de atuação é prioritário para os objetivos do projeto, especialmente pelas dificuldades de fixação de profissionais, as complexidades logísticas e operacionais, e por apresentar características próprias do contexto interétnico. Além disso, essa experiência é singular na história da saúde indígena, por tornar a presença de profissionais médicos uma realidade em grande parte das comunidades indígenas do país.

Após quase três anos do início da implementação do Projeto, temos poucas publicações e/ou estudos que retratem ou avaliem essa experiência na saúde indígena. Por este motivo, identifica-se como necessário o aprofundamento de reflexões acerca dos benefícios e dos desafios que a presença significativa de médicos em área indígena representa para a situação de saúde dessas populações;

^(c)Dados apresentados na reunião da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) do Conselho Nacional de Saúde, realizada em 01 de setembro de 2015.

e, também, para a relação entre as práticas próprias de cuidado desses povos e o sistema oficial e/ou hegemônico de saúde.

Com o objetivo de contribuir para a reflexão, este artigo apresenta e analisa dados sobre o Projeto Mais Médicos na saúde indígena produzidos por uma pesquisa de opinião desenvolvida, no ano de 2014, pelo Núcleo de Opinião Pública da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)^(d), em parceria com o Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas (IPESPE)^(e).

Metodologia

Realizou-se uma reflexão a partir dos dados quantitativos produzidos pela pesquisa de opinião supracitada. Ela foi encomendada pelo Ministério da Saúde, e os seus dados estão sob o domínio do financiador, sendo concedida autorização para acesso a eles pela Diretoria do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), de 19 de setembro de 2014.

A pesquisa foi executada em duas fases. A primeira abarcou somente médicos vinculados a serviços municipais. Foram utilizados questionários semiestruturados, elaborados para a aplicação com médicos, gestores municipais e comunidade assistida em Unidades Básicas de Saúde dos municípios. Os dados produzidos por esta fase não serão apresentados e/ou analisados neste artigo.

Enfocaremos a segunda fase da pesquisa, na qual os questionários foram adaptados para serem aplicados também com profissionais dos DSEIs (coordenadores distritais e médicos) e comunidades indígenas assistidas. As mudanças foram realizadas com o intuito de adaptar as terminologias das estruturas de organização do SASI-SUS, buscando manter a comparabilidade com os outros questionários aplicados e os parâmetros gerais da investigação. Foram inseridas perguntas específicas para o contexto indígena, como por exemplo: a identidade étnica do entrevistado, informações sobre parto realizado em aldeia e busca por recursos terapêuticos tradicionais.

Foram entrevistados 613 indígenas assistidos pelo PMM. Para que o recorte indígena pudesse ser analisado separadamente, a seleção da amostra para comunidades assistidas foi feita de tal forma que pudesse tanto ser inserida no escopo geral da pesquisa, com margem de erro inferior a 2,0% e confiabilidade de 95,45%, quanto fosse numericamente representativa deste perfil.

Os questionários foram estruturados em cinco blocos: perfil do entrevistado; avaliação dos médicos; conhecimento e avaliação do Programa Mais Médicos; serviços públicos de saúde; avaliação da equipe. O utilizado com as populações indígenas continha 67 perguntas. As respostas foram analisadas a partir de cruzamentos de dados quantitativos e, também, de forma comparativa com as respostas aos questionários aplicados na população atendida nos municípios.

A pesquisa de opinião de tipo quantitativa possui limitações que não permite a compreensão da percepção dos elementos subjetivos e das motivações que subsidiaram as respostas. Essas restrições são mais perceptíveis em um contexto em que o público entrevistado não compartilha os mesmos códigos culturais hegemônicos, como é o caso das populações indígenas. Isso fica ainda mais saliente quando os entrevistados não dominam o idioma do pesquisador, o que é o caso de 12,2% dos participantes.

Outra possível limitação é a utilização da categoria genérica “indígena”. O uso desse termo homogeneiza e não explicita a diversidade entre os povos indígenas que vivem no Brasil. De acordo com o censo 2010 do IBGE, são identificadas 305 etnias e 274 línguas no território nacional. Os 613 indivíduos entrevistados se reconheceram em 43 grupos étnicos. Entretanto, devido às características da pesquisa e ao número limitado de indivíduos entrevistados por etnia, não foi possível adotar um recorte étnico para a análise.

Tendo consciência das limitações apresentadas, considerou-se relevante trabalhar os dados da pesquisa de opinião devido ao seu caráter inédito, a restrição de informações disponíveis e a relevância do tema. Assim, pretende-se contribuir para a reflexão e o debate público sobre: o PMM para o Brasil na saúde indígena, suas características, potencialidades e desafios para a consolidação da atenção diferenciada preconizada na PNASPI.

Referencial teórico utilizado para problematização da pesquisa

Teixeira et al.³ demonstram que a produção no campo da saúde indígena teve um significativo incremento e consolidação nos últimos 15 anos, propiciado pelo processo de democratização no país e implantação do SASI-SUS, aliado à ampliação dos programas de pós-graduação e dos espaços de troca de conhecimento favorecidos pelas organizações científicas. Utilizando o argumento das autoras, podemos pensar o desenvolvimento do campo de acordo com três momentos históricos específicos que trazem debates teóricos pontuais: antes e depois da Constituição Federal de 1988 e a partir dos anos 2000.

Antes dos anos 1990, a problemática da saúde nos estudos etnográficos com populações indígenas estava atrelada aos temas clássicos da antropologia, como xamanismo, ritual e cosmologia. Influenciados pela emergência do movimento indígena e da reforma sanitária e suas contribuições na garantia da saúde como direito universal e dever do Estado, no reconhecimento do direito à terra e às especificidades étnicas e culturas dos povos indígenas, os anos de 1990 apresentam o fortalecimento do campo⁴ e um novo calendário de pesquisas na saúde indígena.

Nos anos 1990, emergiram reflexões sobre: os conceitos indígenas de saúde e doença, as medicinas indígenas ou etnomedicinas, o “impacto” do uso de medicamentos e outros bens médicos ocidentais no conjunto das representações indígenas, as reflexões sobre as políticas públicas, a organização do subsistema de saúde voltado para povos indígenas, agentes indígenas de saúde e outros agentes envolvidos na implementação desta política. Além disso, o campo da saúde pública trouxe o enfoque na produção de estudos epidemiológicos, discussão de indicadores de saúde e aspectos operacionais e conceituais da vigilância em saúde³. A transformação da realidade político-sanitária do país e o aumento dos direitos das populações provocaram o incremento do campo: as formas como os indígenas significam o processo saúde-doença, bem como a interação entre os serviços do Estado e essa população apareceram nas agendas de pesquisa.

O expressivo aumento nas produções sobre o tema acontece a partir dos anos 2000. Teixeira et al.³ identificam duas tendências atuais nos estudos sobre saúde indígena: (i) problemáticas dos itinerários terapêuticos; (ii) análise da interface entre o Estado, as políticas de saúde e as populações indígenas, especialmente na reflexão sobre a forma como a atenção está organizada. O que temos, assim, é a expansão de estudos sobre a permeabilidade das diferentes ações e concepções nas escolhas terapêuticas dos indígenas.

O desenvolvimento do campo da saúde indígena indica que o movimento da estruturação do Estado e dos serviços de saúde provocou impactos importantes nas produções e nos referenciais teóricos. Transformações de ordem política e administrativa do país contribuem para a necessidade de outros olhares e novas formas de pensar. No contexto da inserção do PMM, alguns modelos analíticos devem ser acionados para se compreender a realidade apresentada pela pesquisa, especialmente aqueles que dialogam com a interação entre indígenas e serviços de saúde^{5,6}, bem como as propostas e desafios da “atenção diferenciada”⁷. Compreender isso nos dá elementos para pensar a pesquisa aqui apresentada.

Sobre a interação estabelecida entre indígenas e serviços de saúde, Cardoso⁸ aponta que

[...] do ponto de vista indígena, o acesso ao atendimento biomédico parece significar não somente um recurso terapêutico necessário, mas também os serviços (principalmente os medicamentos) são compreendidos como ‘bens’, que tendem a ser incorporados e postos a circular de acordo com a dinâmica interna das relações sociais e políticas. (p.102)

Além de o acesso aos serviços de saúde ser, em grande medida, percebido de forma positiva pelos indígenas, é importante considerar o papel e a posição hierárquica do médico na biomedicina para a compreensão dos resultados apresentados na pesquisa. Em estudo sobre a medicina hegemônica e a medicina indígena entre os Yaminawa, na fronteira entre o Brasil e Peru, Sáez⁹ descreve a visão destes povos sobre os médicos da cidade.

Para Saéz⁹, as relações entre essas duas cosmovisões apresentam uma marcação de outridade que pode ser pensada como um certo prestígio representado pelo outro (seja a medicina indígena para os não indígenas, seja a biomedicina para os indígenas). Segundo o raciocínio do autor, existe um prestígio simbólico dos “doutores distantes” vinculado aos aspectos da relação médico-paciente, e isso pode influenciar a percepção e a expectativa sobre o PMM, especialmente nos dados que serão aqui apresentados.

Por um lado, percebemos uma realidade dinâmica na interação dos indígenas e dos serviços de saúde, e, por outro, faz-se necessário refletir sobre as relações de poder estabelecidas no contato médico-paciente. Menéndez^{10,11} e Silva¹² consideram que as assimetrias de poder decorrem do histórico de luta política pela construção da autoridade médica, do “poder saber” e, também, da relação “hegemonia-subalternidade” que a biomedicina estabelece sobre as outras formas de atenção não biomédicas.

O princípio da “racionalidade científica”, como apontado por Menéndez¹¹, pode ser considerado o marco a partir do qual a biomedicina se identifica profissionalmente como ciência e se distancia de outras formas de atenção à saúde. As práticas não biomédicas são tratadas como hierarquicamente inferiores e identificadas como “não científicas” ou ligadas pejorativamente a “dimensões culturais”. Nesta relação, as outras práticas tenderiam a ser excluídas, ignoradas e estigmatizadas ou, quando aceitas pela biomedicina, apropriadas como uso complementar.

A relação dúbia dos indígenas apresentada pelas etnografias analisadas nos demonstra que, por um lado, temos um contexto de interação entre concepções de medicina diferentes – uma pautada na biomedicina hegemônica e outra que leva em consideração as práticas tradicionais. Por outro lado, ajudam-nos a entender as relações de poder imbricadas quando da inserção do conhecimento biomédico em comunidades indígenas.

Esses dois elementos teóricos são imprescindíveis para a análise dos dados apresentados pela pesquisa de opinião sobre o PMM nos DSEIs. Além disso, demonstram a importância de uma reflexão mais aprofundada sobre a ideia de atenção diferenciada, conceito-chave da PNASPI.

Langdon¹³ define atenção diferenciada não como a incorporação de práticas tradicionais aos serviços de saúde, mas como uma articulação entre os serviços e as práticas de autoatenção existentes nas comunidades. Apesar de a “atenção diferenciada” ser um conceito proposto desde a 1º Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, a autora a considera um desafio para o cotidiano dos DSEIs.

A PNASPI reforça ser legítima a existência de outras formas de compreender, viver e explicar o processo de saúde e doença, distanciando-se, assim, da concepção da hegemonia biomédica. O conceito de “atenção diferenciada” e a diretriz de articulação com os sistemas tradicionais de saúde indígena são estratégias presentes na Política para a superação destas assimetrias. Entretanto, a implementação do modelo de atenção diferenciada na atuação dos profissionais da biomedicina junto aos povos indígenas continua sendo um desafio que também se apresenta no contexto do PMM.

A pesquisa de opinião aqui analisada traz elementos para a reflexão sobre as questões apontadas. Foram selecionados dados da entrevista com comunidades indígenas assistidas pelo Programa,

priorizando-se aqueles que, comparativamente, se destacaram dos dados da pesquisa com populações de municípios ou, ainda, aqueles que trouxeram aspectos relevantes no diálogo com outros dados de pesquisas produzidas sobre saúde indígena.

Perfil dos entrevistados nas comunidades indígenas

Foram entrevistados 613 indígenas atendidos pelo Projeto Mais Médicos. Estes se reconheceram em 43 diferentes etnias, sendo 87,8% deles identificados como pessoas que falam o idioma português fluentemente; 4,4% não se comunicam neste idioma, e 7,8% falam português, porém com dificuldades. Foi necessário o apoio de intérprete para a realização de 11,4% das entrevistas.

Com relação ao sexo, 66,4% das entrevistadas foram mulheres e apenas 33,6% homens. No universo geral da pesquisa, incluindo os perfis dos municípios, as mulheres foram responsáveis por 80,5% das respostas obtidas, podendo-se observar uma tendência de maior participação de mulheres na pesquisa, ainda que exista uma diferença significativa entre o percentual nas comunidades indígenas quando comparado ao geral.

Os dados corroboram a tendência apontada na literatura disponível sobre o tema^{14,15}, de que as mulheres indígenas estariam se tornando importantes interlocutoras entre seus grupos e a sociedade não indígena, participando da luta pelos direitos do seu povo e no diálogo com as políticas desenvolvidas pelo Estado brasileiro.

Também sabemos que o desenho metodológico pode ter contribuído para o maior acesso à população feminina, visto o disposto na orientação da pesquisa na qual as entrevistas deveriam ser realizadas dentro dos serviços de saúde. Essa questão pode ter sido relevante nos dois contextos, especialmente dos municípios, considerando o apontado na literatura sobre o atendimento e acesso privilegiado de mulheres aos serviços de saúde¹⁶. Entretanto, os dados da pesquisa não permitem afirmar que a escolha do pesquisador em comunidades indígenas tenha sido exclusivamente nos locais onde se realizavam o atendimento, já que existem dinâmicas próprias de interação com não indígenas nas aldeias.

Com relação à metodologia adotada na pesquisa, no caso das comunidades indígenas, os locais onde as equipes realizam os atendimentos não são configurados da mesma forma que nos municípios, e não existem estruturas de saúde em todas as comunidades. Foram identificados que os atendimentos realizados pelas equipes de saúde aconteciam da seguinte maneira: 30,5% no polo base; 47,1% no posto ou unidade básica de saúde; 12,1% em espaços comunitários da aldeia; 5,7% em escolas; e 0,3% em domicílios.

Com relação ao número de filhos, observou-se um perfil diferente entre os entrevistados de DSEI e de municípios. Nos municípios, 52% das pessoas entrevistadas relataram possuir até dois filhos e 26,3% não terem filhos. Nos DSEIs, apenas 15,8% não tinham filhos, 38,5% teriam de um a dois filhos, 34,1% de três a cinco, e 11,5% responderam ter mais de seis filhos. A pesquisa encontrou respostas de até 14 filhos (0,3%). Esses dados, possivelmente, indiquem mais do que somente elementos de natalidade, dadas as variadas noções de parentesco e filiações existentes nas diferentes sociedades indígenas¹⁷.

Outro dado trazido pela pesquisa foi de que 70,3% das pessoas entrevistadas em DSEI afirmaram ser beneficiárias do Programa Bolsa Família, um número bastante superior ao da população entrevistada em municípios, onde somente 38,6% afirmaram receber o benefício. Nas respostas das populações quilombolas, vistas também como vulneráveis pelo PMM, somente 47% dos entrevistados afirmaram receber o Bolsa Família, número significativamente inferior ao da população indígena entrevistada. Este dado na população indígena traz um elemento relevante, por indicar o acesso a diferentes serviços e programas sociais do Estado pelas comunidades indígenas.

Quando questionados, 69,8% dos indígenas entrevistados responderam ter acesso a alguma fonte de renda. Destes, 31,8% responderam que trabalham como agricultor familiar ou trabalhador rural; 14,5% aposentado ou similar; 15% artesão; 3% agente indígena de saúde; 1,9% professor; 0,7% empregada doméstica; 33% teriam outras ocupações ou outras origens de renda.

Estas perguntas sinalizaram que parte significativa dos entrevistados estabelece relações monetárias, acessa programas de renda e benefícios sociais e mantém relações comerciais com os municípios e sociedades em que está inserida. Embora não exista um detalhamento maior desse aspecto, os dados apontam elementos para o diálogo com outros estudos que têm analisado a inserção de programas e benefícios sociais em comunidades indígenas e a processos de mudança nas dinâmicas de relações sociais.

A inserção de profissionais médicos nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil

A pesquisa de opinião de que tratamos neste artigo traz elementos que sinalizam uma ampliação do acesso ao atendimento em saúde por profissional médico nas comunidades entrevistadas. A magnitude desse fenômeno é especialmente significativa para o perfil DSEI, quando comparamos os resultados da pesquisa com os perfis de municípios.

47% dos indígenas afirmaram que a equipe de saúde que atende a comunidade não era composta de médico antes do início do PMM. Quando observamos os dados absolutos da pesquisa (todos os perfis de entrevistados), notamos que somente 31% afirmaram ter ficado sem médico.

Os dados sinalizam uma mudança na composição das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) com a incorporação dos médicos. Teixeira³ apontou, em revisão sobre pesquisas em saúde indígena, que os profissionais de enfermagem eram a figura-chave desta política. Esses dados são corroborados por Silva¹², no contexto de pesquisa sobre o atendimento em saúde na região do DSEI Rio Tapajós, e Souza¹⁸, ao tratar do processo de supervisão e das mudanças a partir do Programa Mais Médicos em área indígena, no contexto do Amazonas.

Adicionalmente, 28% dos entrevistados do perfil comunidades indígenas afirmaram ter ficado mais de um ou de dois anos sem médico. A mesma resposta nos outros perfis foi de, no máximo, 11%, inclusive no recorte com populações quilombolas e municípios com mais de 20% de pobreza. Estes dados sinalizam que apesar de o quantitativo médico em DSEI ser numericamente inferior ao número de participantes do PMM, representando somente 1,8% do total em agosto de 2015, foi nesse território que o programa parece ter atingido, de forma mais expressiva, o seu objetivo original de prover médicos em regiões com escassez ou ausência desse profissional.

Os dados trazem, ainda, elementos que se relacionam a outros atributos da atenção primária à saúde, em especial, a continuidade do cuidado e a construção de vínculo. A pesquisa desenvolvida indicou que 56,2% dos indígenas entrevistados foram atendidos três ou mais de três vezes pelo mesmo médico, e somente 18,1% uma única vez. 73,2% dos entrevistados relataram que o médico realizava visitas nas casas dos pacientes. Outro aspecto interessante é que 79,4% dos entrevistados afirmaram não ter dificuldades em se comunicar com o médico, apesar de quase a totalidade dos médicos em DSEI naquele momento ser estrangeira, em especial, cubanos.

Na literatura sobre o tema, esses atributos estão relacionados ao modelo de atenção preconizado pela Estratégia de Saúde da Família¹⁹, que prevê o reconhecimento das condições de vida e necessidades da população de forma a permitir uma compreensão ampliada do processo de saúde e doença²⁰. Outra questão importante é com relação à construção e manutenção de vínculos para uma melhor atenção à saúde. Estas competências também se relacionam ao conceito de atenção diferenciada que deve ter como base a competência cultural.

Não podemos afirmar, a partir dos dados produzidos pela pesquisa, que estes atributos estejam presentes na atuação dos profissionais do programa. Porém, eles apontam aspectos que poderiam ser melhor desenvolvidos em outros estudos, especialmente de caráter etnográfico.

Neste contexto em que a cobertura de profissionais médicos em área parece deixar de ser um problema significativo para a saúde indígena, emerge uma série de novos desafios que não são menores e devem ser considerados. Entre eles estão: a formação desses profissionais para atuação em contexto intercultural (debate bastante importante na literatura sobre o tema e igualmente relevante para a consolidação da PNASPI^{21,22}); a sustentabilidade da experiência do Projeto Mais Médicos,

considerando a continuidade do cuidado e do vínculo, e a avaliação dos impactos do Programa na saúde indígena. Devem-se, ainda, avaliar as mudanças produzidas e seus significados nas dinâmicas sociais a partir da maior presença de médicos nas comunidades indígenas, considerando-se as assimetrias de poder estabelecidas na relação médico-paciente e na relação entre a biomedicina e outras formas de atenção à saúde.

Percepção dos indígenas entrevistados sobre o Projeto Mais Médicos para o Brasil

Outro aspecto que foi abordado pela pesquisa diz respeito à percepção dos indígenas entrevistados sobre o PMM. Observou-se que somente 54% dos entrevistados em DSEI afirmaram conhecer ou ter ouvido falar do Programa antes da realização da investigação. Esse dado é menor em comparação com o universo geral da pesquisa, na qual se identificou que 74% dos entrevistados afirmaram conhecer o programa.

Um elemento que parece ter sido relevante para esse conhecimento prévio foi o acesso aos meios de comunicação de massa. A televisão teve destaque e foi apontada como sendo o principal veículo de difusão de informação em todos os casos: 90,6% em municípios e 87,6% em DSEI.

Também foi sinalizado, na pesquisa, o alto nível de satisfação com o médico do PMM que atua nas comunidades indígenas. A nota média dada aos médicos foi 8,7 (numa escala de um a dez), sendo que 93,1% dos entrevistados teriam relatado estarem satisfeitos ou muito satisfeitos com o trabalho destes profissionais, e apenas 4,1% estariam insatisfeitos.

Como apontamos anteriormente, esses números refletem respostas pontuais dos entrevistados em um momento de questionamento do entrevistador. Ainda assim, eles parecem indicar uma percepção bastante positiva que não deve ser desconsiderada. Tal percepção pode estar relacionada à satisfação com a ampliação do acesso, nas aldeias, aos serviços biomédicos – que é uma demanda do movimento indígena para concretização do direito à saúde^{8,23} –, e, também, pela forma como os indígenas interagem com a biomedicina e com seus agentes, como apontado anteriormente.

Quando cruzamos os dados da pesquisa, observamos uma relação entre as respostas de satisfação com o médico e de conhecimento prévio do programa. As respostas apontam que quanto mais o conheciam, maior era a chance de estarem satisfeitos com o profissional vinculado a eles. Podemos observar esta relação na Tabela 1.

Tabela 1. Satisfação com o médico e conhecimento prévio do Programa

		Você conhece ou ouviu falar do Programa Mais Médicos?				Total
		Conhece/Ouviu falar	Não conhece	Não sabe/Não respondeu		
Com relação ao médico que trabalha na comunidade você está...	Muito satisfeito	59,5%	39,3%	1,2%	100%	
	Satisfeito	52,8%	47,0%	0,3%	100%	
	Insatisfeito	36,0%	64,0%	0,0%	100%	
	Não sabe/Não respondeu	52,9%	47,1%	0,0%	100%	
Total		54,0%	45,5%	0,5%	100%	

Fonte: IPESPE, 2015.

Os dados da pesquisa sugerem uma tendência a maior satisfação com o profissional por parte dos indivíduos que conheciam o programa anteriormente e que possuíam previamente alguma expectativa com relação a ele. Por outro lado, não podemos observar uma diferença numericamente significativa entre os que responderam estar simplesmente satisfeitos.

Elementos sobre a relação entre as práticas de saúde biomédicas e indígenas no contexto do Projeto Mais Médicos

No questionário aplicado para comunidades assistidas de DSEI, incluiu-se a seguinte pergunta: "Além do médico, o (a) senhor (a) busca cuidar da sua saúde com pessoas da sua comunidade, como, por exemplo, o pajé, parteira, raizeiro, curandeiro, xamã?". As alternativas possíveis para este questionamento eram "sim", "não" e "não respondeu".

As respostas foram assim distribuídas: 61,5% dos entrevistados afirmaram que, além do médico, buscam também cuidar da sua saúde com especialistas indígenas; 37,7% responderam negativamente; e 8% não responderam. Considera-se relevante que mais de 60% dos entrevistados tenham reconhecido, nos termos da pergunta, que, além da atenção biomédica, busquem, também, outras estratégias terapêuticas indígenas.

Esse dado, porém, deve ser tratado com cautela, pois não se pode aferir que 37,7% dos indivíduos entrevistados cuidem da sua saúde exclusivamente acessando os serviços biomédicos ofertados pelo DSEI, apesar de terem respondido negativamente a pergunta. Da mesma forma, não podemos afirmar que esses sujeitos/comunidades não possuam sistemas terapêuticos próprios. É preciso ponderar que as formas como os grupos indígenas entendem seus sistemas de saúde são diversas, e nem sempre as informações sobre a busca por outros serviços (além dos biomédicos) são relatadas, visto as relações de hegemonia estabelecidas com os serviços do Estado.

A forma de nomeação e de produção de significado sobre os especialistas e/ou os modelos e práticas de cuidado indígenas podem variar significativamente. Os dados apresentados no parágrafo anterior apontam que um número significativo de entrevistados afirmou buscar outras técnicas/especialistas, entretanto, não sabemos o que eles entendem quando questionados sobre isso.

O reconhecimento da eficácia da biomedicina pelos povos indígenas tem sido analisado por diversos pesquisadores^{8,9,23}. Esses autores apontam que os serviços biomédicos, quando acessíveis, em geral fazem parte dos itinerários terapêuticos dos indígenas. A biomedicina é, em grande medida, apresentada como alternativa ou "coexistência complementar"⁸ que é utilizada pelos indígenas a partir das suas concepções dos processos de saúde e doença. Langdon²³ indica que a escolha sobre as terapias depende do estágio e do tipo da doença, e se baseia em vários aspectos, como a percepção sobre o prognóstico, causa e experiências individuais e grupais.

Alguns cruzamentos dos dados da pesquisa de opinião reforçam a percepção de não haver uma relação excludente entre o acesso ao atendimento pelo serviço médico e a coexistência de sistemas terapêuticos indígenas. Dos entrevistados que afirmaram a presença de médicos atendendo na comunidade antes do programa, 44,6% responderam positivamente a pergunta sobre a busca de cuidados em saúde com especialistas indígenas. A mesma resposta positiva ocorreu em 41,1% daqueles que afirmaram que a comunidade teria ficado sem atendimento médico. Identificamos, portanto, não haver uma diferença significativa que relate a resposta positiva a esta pergunta com a existência ou não de atendimento médico na comunidade antes do programa.

Assim, os dados sugerem não haver escolhas únicas nas ações em saúde. Ou seja, a presença ou não de médicos com maior ou menor frequência não impactaria, necessariamente, na busca por recursos terapêuticos indígenas. Assim, parece não existir uma relação excludente entre os recursos terapêuticos indígenas e o tempo sem atendimento médico na comunidade, pois mesmo os indivíduos que tiveram acesso ao serviço biomédico afirmaram utilizar outras práticas de cuidado à saúde não restritas a este modelo. Os dados reforçam o argumento que defende não haver uma perspectiva antagônica entre os modelos de atenção à saúde, que, ao invés de se excluírem, tenderiam a ser utilizados pelas comunidades de forma integrada^{10,11}.

Considerações finais

A pesquisa de opinião discutida neste artigo teve o mérito de fazer emergir questões relevantes para o debate sobre saúde indígena no Brasil. Os dados apresentados devem ser pensados à luz das críticas possíveis sobre as noções subjetivas dos sujeitos quando da resposta de um questionário estruturado, especialmente em um contexto de diferença étnico-cultural, como é o caso dos indígenas. Entretanto, as reflexões possíveis obtidas a partir da leitura das respostas dos indígenas, com o auxílio das discussões teóricas do campo, apresentam um potencial disparador de outras análises. Mais do que respostas previamente delimitadas, a pesquisa de opinião aqui apresentada é vista como um lócus importante para a produção de outras perguntas, passíveis de serem respondidas com pesquisas qualitativas.

A pesquisa apontou que a dificuldade de prover o acesso ao atendimento médico na saúde indígena foi, em parte e emergencialmente, suprida com o Projeto Mais Médicos para o Brasil. No entanto, apesar da significativa ampliação na cobertura de profissionais médicos, mantém-se, como desafios para o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, a consolidação de um modelo de atenção médica diferenciada que considere a articulação com os saberes e práticas indígenas de saúde. Além disso, também configura-se como um desafio a avaliação dos seus impactos e a sustentabilidade dessa experiência, considerando as limitações temporais estabelecidas pelo programa.

Os dados sugerem uma percepção positiva entre os indígenas sobre o Projeto Mais Médicos para o Brasil, que se relaciona à satisfação com o médico e à expectativa prévia daqueles que conheciam ou ouviram falar do PMM. Essa percepção possivelmente esteja relacionada com a perspectiva positiva dos indígenas sobre o acesso aos serviços biomédicos, entendido como um direito, além do prestígio simbólico que possui a profissão médica, estabelecido a partir das dinâmicas próprias de poder da biomedicina.

Os dados mostraram não haver uma relação excluente entre a busca pelos serviços ofertados pelo sistema biomédico e as práticas e sistemas terapêuticos indígenas. Apontam, ainda, para a necessidade de se aprofundarem as reflexões sobre o Projeto Mais Médicos, por meio de estudos etnográficos que possam ampliar a compreensão sobre os significados que ele adquire no contexto indígena, além das mudanças nas dinâmicas das equipes e na relação dos indígenas com os serviços biomédicos.

Colaboradores

Maria Angélica Breda Fontão concebeu o artigo, analisou e discutiu os resultados. Éverton Luís Pereira discutiu os resultados e a análise dos dados. Os dois autores participaram da revisão final do artigo.

Referências

1. Lei nº12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
2. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
3. Teixeira CC, Silva CD. Antropologia e saúde indígena: mapeando marcos de reflexão e interfaces de ação. Anu Antropol. 2013; 1:35-57.

4. Langdon EJ, Foller ML, Maluf SW. Um balanço da antropologia da saúde no Brasil e seus diálogos com as antropologias mundiais. *Anu Antropol.* 2012; 1:51-89.
5. Luciani JAK. Uma etnografia de ponta a ponta: o Ministério da Saúde e os Yanomami do Amazonas, Venezuela. In: Langdon EJ, Cardoso MD, organizadores. *Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina.* Florianópolis: Ed. da UFSC; 2015. p. 279-306.
6. Pellegrini M. As equipes de saúde diante das comunidades indígenas: reflexões sobre o papel do antropólogo nos serviços de atenção à saúde indígena. In: Langdon EJ, Garnelo L, organizadores. *Saúde dos povos indígenas: Reflexões sobre antropologia participativa.* Rio de Janeiro: ABA e Contracapa; 2004. p. 233-243.
7. Silveira NH. O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação entre os Yanomami. In: Langdon EJ, Garnelo L, organizadores. *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa.* Rio de Janeiro: ABA e Contracapa; 2004. p. 111-127.
8. Cardoso MD. Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. In: Langdon EJ, Cardoso MD, organizadores, *Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina.* Florianópolis: Ed. da UFSC, 2015. p. 83-106.
9. Sáez OC. La Barca que sube y la barca que baja: sobre el encuentro de tradiciones médicas. *Antropol Prim Mao.* 2005; 80:4-23.
10. Menéndez EL. La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades.* 1994; 4:71-83.
11. Menéndez EL. Modelo de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Cienc Saude Colet.* 2003; 8:185-207.
12. Silva CD. Cotidiano, saúde e política: uma etnografia dos profissionais de saúde indígena [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010.
13. Langdon EJ. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: Langdon EJ, Garnelo L, organizadores. *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa.* Rio de Janeiro: ABA e Contracapa; 2004. p. 33-51.
14. Ferreira LO. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. *Cienc Saude Colet.* 2013; 18:1151-59.
15. Grubits S, Darraut-Harris I, Pedroso M. Mulheres indígenas: poder e tradição. *Psicol Estud.* 2005; 10:363-72.
16. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica,* 2002; 11:365-73.
17. Viveiros de Castro, Eduardo. Antropologia do parentesco – estudos ameríndios. Rio de Janeiro: Ed UFRJ; 1995.
18. Souza MLP. Apontamentos sobre as especificidades da supervisão acadêmica em área indígena no âmbito do Programa Mais Médico para o Brasil: o caso do estado do Amazonas. *Tempus.* 2015; 9:191-7.
19. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
20. Oliveira MA, Pereira IC. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66:158-64.
21. Boccaro G. La interculturalidad en Chile: entre culturalismo y despolitización. In: Langdon EJ, Cardoso MD, organizadores. *Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina.* Florianópolis: Ed da UFSC. 2015. p. 195-216.

22. Ferreira LO. Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. In: Langdon EJ, Cardoso MD, organizadores. Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Ed da UFSC; 2015. p. 217-46.
23. Langdon EJ. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. In: Baruzzi RG, Junqueira C, organizadores. Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história. São Paulo: Terra Virgem; 2005. p. 115-34.

Fontão MAB, Pereira EL. Proyecto Más Médicos en la salud indígena: reflexiones a partir de una encuesta de opinión. Interface (Botucatu). 2017; 21(Supl.1):1169-80.

El objetivo del estudio es contribuir con el análisis de la implementación del Proyecto Más Médicos para Brasil, en los Distritos Especiales Indígenas, con datos obtenidos por encuesta de opinión desarrollada en comunidades asistidas por médicos del proyecto. Este análisis proporcionó un recorte de los datos obtenidos por el cuestionario aplicado en las comunidades indígenas asistidas y comparados con el universo general de la encuesta realizada en los municipios. El estudio identifica un aumento significativo en la cantidad de médicos trabajando en la salud indígena, una percepción positiva en lo que se refiere a la satisfacción el proyecto y señala una relación no excluyente entre el acceso a los servicios biomédicos y el uso de prácticas terapéuticas indígenas. También demuestra la necesidad de ampliar las investigaciones sobre las consecuencias del Programa Más Médicos, especialmente de cuño cualitativo y etnográfico.

Palabras clave: Salud indígena. Proyecto Más Médicos para Brasil. Encuesta de opinión.

Submetido em 23/05/2016. Aprovado em 06/12/2016.