

SAÚDE INDÍGENA TERENA: UMA ANÁLISE ATRAVÉS DO ATENDIMENTO NO HOSPITAL REGIONAL DR. ESTÁCIO MUNIZ

SEIZER DA SILVA, Antonio Carlos
LIMA MENEZES, Juliana Emanuele
CONSTANTINO, Everton Villazante

RESUMO: Este artigo apresenta resultados preliminares de pesquisa em andamento, que verifica o atendimento aos indígenas na clínica médica e na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Regional Dr. Estácio Muniz, município de Aquidauana/MS. O Hospital atende indígenas das aldeias de Aquidauana, Miranda, Nioaque e Dois Irmãos do Buriti, porém, este trabalho estará restrito à análise do atendimento dos indígenas dos PIN: Taunay, Ipegue e Limão Verde, localizados no município de Aquidauana, perfazendo um total de 6318 índios “aldeados” (FUNASA, 2009). O objetivo da pesquisa consiste em levantar o número de indígenas que são atendidos no hospital e as patologias que os Terena apresentam, destacando os atendimentos efetuados pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e o apoio dado pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), responsável pelo atendimento médico nas aldeias. Os procedimentos metodológicos realizados incluem a revisão bibliográfica sobre a temática e levantamento e estudo dos documentos da instituição onde a pesquisa está sendo desenvolvida. A pesquisa possui recorte temporal de 2004 a 2008. O estudo proposto analisa os cuidados com a saúde a partir da ótica cultural Terena. Como resultado preliminar infere-se que os indígenas atendidos na rede de saúde, encontram dificuldades em entender os diagnósticos e as solicitações efetuadas pelos profissionais da saúde, por não possuírem folhetos explicativos na língua Terena e nem profissionais falantes da língua indígena, atuando dentro do hospital. A pesquisa pretende contribuir para uma política pública municipal de saúde mais adequada ao universo cultural dessa parcela da população aquidauanense.

Palavras – chave: cuidados com a saúde, população Terena, patologias.

INTRODUÇÃO

Os índios são o exemplo nítido de sobrevivência entre povos colonizados nas Américas, sobrevivendo biologicamente com aumento crescente populacional como da preservação das tradições sócio-culturais, representando cerca de 360 mil pessoas no território nacional (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2009), em sua maior parte nas regiões centro-oeste e norte do Brasil (Amazônia legal).

De acordo com Ribeiro (1997) ser índio na história do Brasil, abrange mais que um grupo de pessoas e torna-se uma denominação de caráter genérico para todos aqueles que representavam uma diversidade cultural a do povo europeu, para que o domínio da nova terra fosse alcançado.

Com a ruptura do Sistema colonial passa a existir uma preocupação de como cuidar desses “povos indígenas”, sendo necessário definir de forma étnica quem são os “índios”. Ribeiro (1997) assim define indígena:

(...) aquela parcela da população brasileira que apresenta problemas de inadaptação à sociedade brasileira, motivados pela conservação de costumes e hábitos ou meras lealdades que a vinculam a uma tradição pré-colombiana. Ou, ainda mais amplamente: índio é todo o indivíduo reconhecido como membro por uma comunidade pré-colombiana que se identifica etnicamente diversa da nacional e é considerada indígena pela população brasileira com quem está em contato.

Em 1910 o governo brasileiro criou o Serviço de Proteção ao Índio (SPI) com o objetivo de prestar assistência à população indígena do Brasil, tendo como organizador e primeiro diretor Marechal Rondon ligando claramente o seu prestígio pessoal ao órgão, sendo que em 1930 com a não participação do marechal Cândido Mariano da Silva Rondon na Revolução de 1930¹ que tomou o país. O SPI mesmo tendo conseguido adentrar os sertões e “pacificar” os indígenas, mantendo 97 postos de amparo com foco na integração desses povos a população envolvente.

Após 1934, deixa de ser uma repartição burocrática do Ministério do Trabalho e retorna ao Ministério da Guerra conseguindo aumento de doações orçamentais, ou seja, durante os 30 primeiros anos o SPI, dispôs de verbas para atuar durante 10 anos. Em

¹ Movimento Armado, liderado pelos estados de Minas Gerais, Paraíba e Rio Grande do Sul, que culminou com o golpe de estado de 1930, que depôs o presidente da República Washington Luís em 24 de outubro de 1930, impedindo a posse do presidente eleito Júlio Prestes e colocando fim a República Velha, assumindo o Governo da República Getúlio Vargas

1940 no governo Getúlio Vargas a administração do SPI é colocado sobre a responsabilidade do Ministério da Agricultura reativando os Postos Indígenas (PIN) abandonados, passam a ser ocupado por funcionários burocratas sem nenhuma afinidade com a cultura indígena. Entre 1950 e 1954, José Maria da Gama Malcher trava uma reação contra esse quadro e contrata etnólogos renovando o SPI, mas após 1954 o SPI passa a ser visto como barganha política e em 1957 foi classificado como órgão de interesse militar, podendo sua direção ser entregue a oficiais militares sem vínculo algum aos interesses indígenas.

Após escândalos do não cumprimento de proteção aos povos indígenas e sim aos interesses de fazendeiros, espoliadores de riquezas minerais, servidão indígena e abusos cometidos contra quem deveria proteger o SPI é extinto e surge a Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Durante a existência do SPI em relação a saúde Indígena , não há registro do uso dos saberes/ conhecimentos dos especialistas indígenas, como por exemplo os xamãs, o que se desejava naquele momento era uma integração dos indígenas a sociedade envolvente, com abandono total das práticas culturais, inclusive da língua nas escolas localizadas em seus territórios.

2 Do Serviço de Proteção a Fundação Nacional de Saúde

Após a extinção do Serviço de Proteção ao índio é criada através da lei 5371 de 05 /12/1967, a Fundação Nacional do Índio. O órgão surge com diretrizes políticas indigenistas que garante o cumprimento de ações que beneficie as diversas etnias indígenas. A FUNAI passa a gerir o patrimônio indígena, garantindo proteção aos índios e suas terras, demarcando território e exercendo poder policial nessas áreas para que não ocorram conflitos, invasões e ações predatórias. A FUNAI então é tida como responsável pela integridade física, patrimonial e cultural dos índios em todo território nacional. Com isso, deve ser a promotora da prestação de assistência médica-sanitária e a educação elementar e aos diversos assuntos pertinentes a essas etnias.

O Estatuto do Índio, lei número 6001 de 19/12/1973 formalizou os procedimentos a serem adotados pela FUNAI para proteção e assistência aos povos indígenas e regularização das terras.

A Constituição Federal de 1988 garantiu pela primeira o reconhecimento aos povos indígenas cujos direitos estão assegurados em seus capítulos e artigos dessa Carta Magna brasileira.

Art. 231 São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as Terras que tradicionalmente ocupam, competindo a União, demarcá-las, proteger e fazer respeitar os seus bens.

Art. 232 Os índios, suas comunidades e organizações são partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo.

Art. 67 A União concluirá a demarcação das Terras Indígenas no prazo de cinco anos a partir da promulgação da Constituição

O decreto lei número 3156 de 27/08/1999 dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera os dispositivos dos decretos nº. 564, de 08/06/1992 e 1141 de 19/05/1994 e dá outras providências:

Art. 1º - A atenção a saúde indígena é dever da União e será prestada de acordo com a Constituição e com a lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990, objetivando a universalidade, a integralidade e a equanimidade dos serviços de saúde.

Parágrafo Único – As ações e serviços de saúde prestados aos índios pela União não prejudicam as desenvolvidas pelos municípios e Estados, no âmbito do Sistema Único de Saúde

Art. 2º - VII A garantia aos índios e às comunidades indígenas de acesso às ações de nível primário, secundário e terciário do Sistema Único de Saúde – SUS.

PARÁGRAFO ÚNICO – A organização das atividades de atenção a saúde das populações indígenas dar-se-á no âmbito do Sistema Único de Saúde e efetivar-se-á, progressivamente por intermédio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, ficando assegurados os serviços de atendimento básico no âmbito das terras indígenas.

ART. 3º O Ministério da Saúde estabelecerá as políticas e diretrizes para promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio, cujas ações serão executadas pela Fundação Nacional do Índio (FUNASA).

PARAGRÁFO ÚNICO – A FUNAI comunicará a FUNASA a existência de grupos indígenas isolados, com vistas ao atendimento de saúde específico.

ART. 2º A FUNAI tem por finalidade:

V – apoiar e acompanhar o Ministério da Saúde e a Fundação Nacional de Saúde nas ações e serviços destinados à atenção à saúde dos povos indígenas.

A FUNASA apresenta dois segmentos de modelos a serem executados mediante planos de ações no segmento de saneamento ambiental e de atenção integral à saúde indígena sendo gestora do subsistema de saúde indígena perante o Sistema Único de Saúde.

A FUNASA é o órgão do Ministério da Saúde que detém a mais antiga e contínua experiência em ações de saneamento do país, executando medidas de promoção a saúde e para prevenção e controle de doenças e agravos, com redução da taxa de mortalidade infantil. A Fundação Nacional de Saúde através do Departamento de Engenharia de Saúde Pública (DENSP) tem por meta garantir os direitos humanos fundamentais para a promoção da saúde como o abastecimento de água potável, esgotamento sanitário e gestão de resíduos sólidos humanos, melhora habitacional para controle de chagas, áreas endêmicas de malária, melhores condições sanitárias e saneamento em comunidades indígenas, quilombolas e especiais, atuando em municípios com populações inferiores a 50 mil habitantes.

A FUNASA em agosto 1999 assume a missão em conjunto com o Sistema Único de Saúde (SUS), de organizar uma política setorial no SUS que fosse capaz de reduzir as altas taxas de morbimortalidade entre os indígenas, garantindo as diretrizes estabelecidas pela constituição de 1988, que assegurou o atendimento aos povos indígenas condizentes com suas tradições e necessidades diferenciadas. Essas normas foram discutidas com a sociedade civil em todas as esferas, principalmente com os povos indígenas em mais de 16 seminários que estabeleceram a parceria Ministério da Saúde/ FUNASA e a definição do subsistema de atenção à saúde indígena.

A organização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena ligado ao Sistema Único de Saúde é formado por 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) com uma base territorial e populacional específica realizando ações de atenção básica à saúde, com equipe mínima necessária e respeitando aspectos culturais, relações políticas não coincidindo apenas com limites territoriais Estados ou municípios com a presença dos Conselhos locais e Distrital de Saúde.

O DSEI é organizado de acordo com a estrutura de saúde existente nas terras indígenas e as necessidades apresentadas por cada população, o atendimento na própria comunidade é importante para o impacto nas melhores condições de vida e diminuição

das altas taxas de incidências de doenças principalmente do aparelho respiratório, sendo imprescindível a atuação do agente indígena de saúde com acompanhamento desde os primeiros socorros, vacinação, atendimento a gestantes, desenvolvimento infantil, doenças crônicas, promovendo ações de saúde local, tendo postos de saúde de 30 m² nas aldeias para atendimento a população.

A política de Atenção a Saúde Indígena preocupa-se com as condições ambientais onde as comunidades estão localizadas como acesso a água potável com o controle de nascentes e cursos d'água, construção de poços ou captação de água onde as comunidades não dispõem de água potável, esgotamento sanitário e destinação do lixo. É necessário o retorno das comunidades a agricultura de subsistência e espécies tradicionais que os índios utilizavam para a alimentação e medicina tradicional.

Os conselhos distritais realizam e executam o plano Distrital de Saúde. Os Conselhos locais são formados por lideranças tradicionais, caciques, médicos tradicionais (pajés) com capacidade de identificar as necessidades locais específicas.

Desde setembro de 1999, a saúde indígena deixa de ser responsabilidade da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e passa a ser responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), criando o Distrito Sanitário de Saúde Indígena em Mato Grosso do Sul (DSEI), que se alia a organização não-governamental Missão Evangélica Caiuá, firmando convênio para a execução das ações de saúde indígena no Mato Grosso do Sul de acordo com a previsão legal do artigo 19 – E, da lei 8142 de 28 de dezembro de 1990, criou o SSI (Subsistema de Saúde Indígena) e a lei 9386/90 inseriu a lei 8080/90 acrescentando à ela, lei Arouca, in verbis “Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações”

3 ATENDIMENTO HOSPITALAR A INDÍGENAS NO MUNICÍPIO DE AQUIDAUANA

Em reunião com pessoas tidas como “ilustres na sociedade aquidauanense”, a cidade de Aquidauana MS, passa a ter um Hospital que teria por objetivo o atendimento de seus cidadãos e pessoas oriundas de regiões próximas que passariam a ser atendidas nesta cidade, recebendo o apoio integral das famílias aquidauanenses, que passaram a colaborar com doações para que a construção da Associação aquidauanense de

Assistência Hospitalar fosse realizada, esse movimento foi liderado por dois médicos que atuavam na cidade: Candido Pinheiro e Rubens Teixeira, além da participação das irmãs vicentinas e o padre Redentorista Henrique Pflug.

Aos vinte e seis dias de junho de 1939, pelas 20 h, reuniu se, no Salão principal da escola Paroquial nesta cidade, um grupo de senhores (sic) e senhoras de nossa sociedade, afim (sic) de tratar da fundação de um Hospital, em Aquidauana. Notando – se a presença de todas as senhoras que haviam sido previamente convidadas para esse fim pelos Drs. Candido Pinheiro e Rubens Teixeira, foi sob satisfação geral, aberta a sessão (Parte da Ata de Fundação da Associação Aquidauanense de Assistência Hospitalar).

Na data de 14 de setembro de 1941, três anos decorridos após a primeira reunião foi inaugurado o novo hospital com dez leitos e uma participação o inestimável das senhoras aquidauanenses que conseguem realizar no mesmo ano a primeira ampliação de leitos do hospital, saltando para 23 leitos, lideradas pela senhora Mariquinha de Castro, outras modificações significativas em relação a ampliação de leitos ocorreram em 1951 e 1964 com a construção do Pavilhão Gegé. Em 1981 a doação do Pavilhão Infantil d. Otilia Barcelos, ambas as construções foram doações de famílias locais. O governo do estado de Mato Grosso do Sul e o Ministério da Saúde, somente no ano de 1991 realizam a ampliação e a reforma estrutural da Associação Aquidauanense de Assistência Hospitalar, passando a ter 120 leitos.

O atendimento a saúde em Aquidauana durante as primeiras décadas da criação da Associação Aquidauanense de Assistência Hospitalar não incluía a população indígena local de forma significativa. Os indígenas não eram inclusos como uma parcela da população que pudesse usufruir do atendimento que viessem a ser realizados nesta instituição já que não existia uma política de saúde indígena municipal ou nacional em 1939, pois somente em 1967 com a criação da FUNAI se passa a assinar convênios com entidades não-governamentais de modo a remediar a falta de estrutura adequada.

O atendimento a população indígena da região de Aquidauana sempre foi realizada pelo hospital, mesmo que durante as primeiras quatro décadas de sua fundação tenha ocorrido de forma pouco intensiva devido às seguintes situações:

- a) dificuldade de locomoção das aldeias para a zona urbana,
- b) dificuldade de comunicação, devido à maior parte da população indígena somente falar a língua Terena

- c) a existência de um serviço de atendimento médico esporádico no Distrito de Taunay (local esse que serve de acesso as comunidades indígenas) sem amparo de uma política e/ou plano de assistência a saúde dessa população.
- d) prática de xamanismo para a cura de doenças, serem muito intenso
- e) marginalização desse grupo étnico por parte da sociedade envolvente

A figura do índio perante a população aquidauanense era marginalizada e distante da sua realidade do dia-a-dia, somente as pessoas que moravam próximas as aldeias ou que “contratavam os serviços” dos índios em fazendas da região conviviam com eles não se interagindo com seus hábitos, costumes e crenças, sendo que o índio em sua grande maioria torna-se uma figura de convívio apenas da população rural de Aquidauana e completamente distante da população urbana em sua vivência diária. Essa dificuldade encontrada na relação devido às diferenças culturais e o acesso as aldeias, faz com que a população local não tome conhecimento dos agravos de saúde e das condições sanitárias indígenas durante o período anterior a elaboração da Constituição Federal do Brasil de 1988 que os reconhece como cidadãos brasileiros de forma ampla e significativa.

Os efeitos dessa diferença geram uma luta entre os interesses da aldeia e da sociedade envolvente. Os interesses da aldeia vêm marcados por fortes laços internos, que constituem fronteiras bem definidas, que os separam do mundo exterior, mantendo costumes e práticas sociais diferentes no cotidiano em contextos particulares. As comunidades, mesmo compartilhando traços em comum com o entorno regional, possuem memórias históricas diferentes, que podem ser entendidas como elaborações ou “traduções” específicas das “tradições” (HALL, 2003), no decorrer do tempo, como resultado dos intensos processos de negociação mantidos pelos Terena.

Nessas condições se observa que os casos de saúde indígena como um todo se tornam casos esporádicos de atendimento hospitalar anterior à criação da Fundação Nacional de Saúde, sendo que o índio como todos os demais cidadãos atendidos em hospitais filantrópicos brasileiros eram denominados indigentes, fator este que perdurou no Brasil até a criação do Sistema Único de Saúde, o que dificulta a coleta de dados referentes às condições de saúde do índio em ambiente hospitalar aquidauanense já que muitos não declaravam serem moradores de aldeias.

Com a criação da FUNASA o paciente indígena é levado por essa fundação ao hospital, após receber atendimento nas Unidades Básicas de Saúde nas próprias aldeias

ou na rede municipal de atenção básica (quando da necessidade de atendimento de especialidades médicas não encontradas nas aldeias de origem). Ao ser internado o paciente, de acordo com as regras do hospital, deve ser identificado como indígena através de documento de identidade fornecido pela FUNAI e / ou endereço de origem.

Entre os anos de 2002 a 2006, o hospital contou no seu quadro funcional com a presença de dois intérpretes da Língua Terena para que dessem o aporte necessário aos pacientes que não falavam a Língua portuguesa quando da admissão e período de internação.

Observou-se durante a pesquisa que o paciente indígena ao ser admitido no hospital é visto como um paciente que não causa transtornos nas rotinas de enfermagem, pois pouco questionam e/ou solicitam a presença da equipe técnica do hospital. Para o indígena é o médico que deve ir até eles para diagnosticar e fazer esclarecimentos, pois a procura a uma unidade de saúde é como uma “entrega” aos serviços desses profissionais.

Pra nós é o médico que tem que perguntá... Nós procurá, como procurava o pajé, mas hoje não tem koixomuneti bom como antes. No meu tempo era assim... Minha mãe contava que ficava doente, o porungueiro cantava, cantava e dizia o que nós tinha e o que tinha que fazer e era difícil perder parente. Hoje, temos que confiar no médico, mas não deixo de tomar as ervas e os banhos que curam que minha finada mãe falava. (Marta, 72 anos, Aldeia Bananal)

O koixomuneti que foi substituído pela figura médica, nos casos de saúde, não possui conhecimento prévio da cultura indígena e língua, fator esse que dificulta o diagnóstico, troca de informações, entendimento do caso clínico por parte do paciente e adaptação a alimentação hospitalar que não inclui os hábitos alimentares indígenas e as rotinas de acompanhantes e visitas hospitalares. No caso de acompanhamento e visitas hospitalares, segundo os indígenas, a dificuldade se encontra no horário das visitas no período vespertino serem realizadas próximo ao horário de saída do ônibus para a aldeia, dificultando os parentes acompanharem periodicamente com visitas o hospitalizado.

Podemos observar que nos anos de 2004 a 2008 os principais motivos de internação de indígenas na Associação Aquidauanense de Assistência Hospitalar, estão relacionados a doenças crônicas como: diabetes, hipertensão arterial, doenças respiratórias e doenças renais que evidenciam um forte afastamento da identidade cultural, principalmente em relação aos hábitos alimentares com a inclusão de alimentos

não utilizados nas aldeias até a introdução dos Programas do Governo Federal e estadual, como: enlatados, açúcar refinado, entre outros alimentos que até então não faziam parte da dieta alimentar. Essa mudança de hábito influencia diretamente na saúde de uma população até então acostumada a uma cultura de subsistência, caça, pesca e coleta e, não a utilização de produtos industrializados.

Um exemplo disso é a cesta básica, oferecida pelo Governo do Estado de Mato Grosso do Sul e composta de: arroz, feijão, macarrão, sal, óleo de soja, fubá, charque, leite em pó, açúcar cristal e farinha de mandioca. Porém alguns alimentos são considerados desnecessários ou não fazem parte da dieta alimentar dos Terena dos PIN Taunay e Ipegue. (...) (SEIZER DA SILVA, 2009)

O setor de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) passou a ser um dos setores de maior incidência de internação dessa parcela da população, desde sua inauguração em 2004, atendendo principalmente pacientes com mais de 50 anos de idade com doenças crônicas que não foram tratadas de forma eficiente nos setores de atenção básica a saúde, por falta de especialidades médicas.

A reinternação após breve período de alta hospitalar é outro fator evidente nos casos de saúde indígena, o que pode estar relacionado ao fato do paciente após alta hospitalar (não importando o período de internação), não residir próxima aos recursos médicos, sendo reintroduzido imediatamente na aldeia após a alta hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo do pressuposto que a qualidade da saúde indígena está ligado diretamente as ações efetuadas nas aldeias através dos diversos programas estabelecidos pelo governo federal, estadual e municipal em parceria com ONGs, no caso específico do Estado de Mato Grosso do Sul, a Missão Caiuá presente em todo território estadual que visam principalmente a atenção básica a saúde, se observa o anseio da população indígena a melhores condições no atendimento como um todo, e no caso da Associação Aquidauanense de Assistência Hospitalar percebe-se que há apenas uma parceria em relação ao incentivo financeiro não ocorrendo o mesmo em relação ao paciente internado, que após a sua admissão no hospital não recebe o acompanhamento da equipe de funcionários da FUNASA, ocorrendo este acompanhamento somente quando

solicitado pelo Hospital, sendo que não existe visita de funcionários para verificar as necessidades do paciente ou dificuldade de adaptação em relação a rotina hospitalar.

Durante todo o período de internação o paciente fica sob total responsabilidade e cuidados dos funcionários da Associação Aquidauanense de Assistência Hospitalar, que necessitam de treinamento específico para que possam identificar as diferenças culturais e não mais ver o indígena como o “paciente bonzinho” que de nada reclama. Essa situação esconde um distanciamento cultural engessado por uma única visão de mundo – eurocêntrica e branca. Há também, a necessidade de um intérprete de Língua Terena nas dependências do hospital para facilitar a relação hospital-paciente e vice-versa, com folhetos explicativos no idioma Terena, pois o que é oferecido se encontra em Língua Portuguesa.

Com relação a ficha de admissão do paciente indígena no hospital, existe a necessidade de tornar obrigatório um cadastro específico para um melhor controle de dados referente a essa população, para que possa gerir políticas públicas no âmbito de saúde indígena hospitalar.

Hodiernamente o atendimento hospitalar é oferecido a toda a população indígena sem que haja nenhuma forma de descriminalização na Associação Aquidauanense de Assistência Hospitalar, mas há necessidade, de existência de um espaço físico específico para essa população indígena, não como forma de segregá-los, mas permitir principalmente na maternidade, que “os cuidados Terena”, colaborem com a prática médica e beneficiem a alta hospitalar do paciente e isso seria possível devido a FUNASA disponibilizar um acréscimo de até trinta por cento na tabela de procedimentos do SUS como incentivo para o atendimento indígena nos setores de pronto atendimento (PS), clínica cirúrgica, clínica médica masculina e feminina, maternidade, hemodiálise e Unidade de Terapia Intensiva (UTI),

Em Aquidauana é de extrema necessidade a instalação urbana de uma unidade da Casa de Saúde Indígena, pois prestaria auxílio ao paciente e ao acompanhante, durante o período do tratamento médico que não pode ser realizado na aldeia de origem. Os problemas ocasionados após a alta hospitalar e/ ou durante os procedimentos que antecedem a internação, como exames para diagnósticos incidem maior dificuldade de êxito no tratamento da patologia e áreas médicas envolvidas (médico, fisioterapia, psicologia, nutrição e enfermagem), ocasionando maior custo financeiro para o hospital e transtorno psicoemocional para os pacientes e acompanhantes envolvidos.

BIBLIOGRAFIA

ASSOCIAÇÃO AQUIDAUANENSE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR. **Atas de reuniões**. 1939

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988.

BRASIL. **Decreto nº 3156**, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislação/110165/decreto-3156-99>> Acesso em: 7 ago. 2009.

HALL, Stuart. **Da diáspora: identidades e mediações culturais**. Belo Horizonte: UFMG, 2003.

MUSEU DO ÍNDIO. **Relatório do antropólogo Darcy Ribeiro**. Rio de Janeiro. 1997

SEIZER DA SILVA, Antonio Carlos. **Educação Escolar Indígena na Aldeia Bananal: Prática e Utopia**. Campo Grande, 2009. Dissertação (Mestrado em Educação). UCDB.