

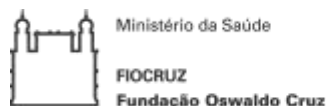
**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA  
DEANE - ILMD**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM CONDIÇÕES DE VIDA E  
SITUAÇÕES DE SAÚDE NA AMAZÔNIA – PPGVIDA.**

**TAÍS RANGEL CRUZ ANDRADE**

**GESTÃO DO TRABALHO NO ÂMBITO DA SAÚDE INDÍGENA E O  
PROGRAMA MAIS MÉDICOS: UM ESTUDO DE CASO NO DSEI ALTO  
RIO SOLIMÕES – AM**

**Manaus – AM 2018**



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA  
DEANE - ILMD  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM CONDIÇÕES DE VIDA E  
SITUAÇÕES DE SAÚDE NA AMAZÔNIA – PPGVIDA.**

**TAÍS RANGEL CRUZ ANDRADE**

**GESTÃO DO TRABALHO NO ÂMBITO DA SAÚDE INDÍGENA E O  
PROGRAMA MAIS MÉDICOS: UM ESTUDO DE CASO NO DSEI ALTO  
RIO SOLIMÕES – AM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia – PPGVIDA, como requisito para a obtenção da titulação de mestre em Saúde Pública.

**Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Tobias de Souza Lima**

Manaus – AM

2018

## FICHA CATALOGRÁFICA

A553g

Andrade, Taís Rangel Cruz

Gestão do trabalho no âmbito da Saúde Indígena e o Programa Mais Médicos: um estudo de caso no DSEI Alto rio Solimões - AM. / Taís Rangel Cruz Andrade. - Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, 2018.

105 f.

Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia) – Instituto Leônidas e Maria Deane, 2018.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Tobias de Souza Lima.

1. Gestão em Saúde. 2. Saúde Rural. 3. Saúde Indígena. 4. Programa Mais Médicos. I. Título.

CDU 614.253.5(811.3) (043.3)  
CDD 362.1098113  
22. ed.

**Elaborado por Ycaro Verçosa dos Santos – Bibliotecário CRB-11 N° 287**

**TAÍS RANGEL CRUZ ANDRADE**

**GESTÃO DO TRABALHO NO ÂMBITO DA SAÚDE INDÍGENA E O  
PROGRAMA MAIS MÉDICOS: UM ESTUDO DE CASO NO DSEI ALTO  
RIO SOLIMÕES – AM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia – PGVIDA, como requisito para a obtenção da titulação de mestre em Saúde Pública.

**APROVADA EM:10/12/2018**

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. Rodrigo Tobias de Souza Lima – Orientador  
Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ

Prof. Dr. Júlio César Schweickardt – Membro Interno  
Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla – Membro Externo  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRG

## AGRADECIMENTOS

É chegada ao fim uma jornada, por vezes de muito sacrifício e por outras de imenso prazer, mas sempre cheia de novos conhecimentos, valores e aprendizados. Após essa conquista, de significado muito maior que o título de mestre, tenho que agradecer a todos que proporcionaram a mim possibilidades para seguir o caminho percorrido.

Primeiro a Deus, que colocou no meu destino ingressar num mestrado, graduação que até o momento eu nunca havia pensado em pleitear, e que me acompanhou nesse percurso me iluminando e me protegendo.

À minha família amada, minha mãe Nádia, meu pai Luís, meu irmão Luís Jr, meu padrasto José Dilton, minha tia Nelma, meus avós Juju e Antônio, e os outros membros da família, que mesmo de longe, enviaram a mim todo o carinho e força possível para que não desanimasse com as dificuldades, me incentivando a seguir em frente.

À todos que me encorajaram a trilhar o caminho do conhecimento, me apoiando nas dificuldades, e resolvendo os problemas do trabalho nos momentos em que precisei me ausentar para estudar: Alysson, companheiro, amigos queridos e colegas de trabalho, em especial, Itana, Daniela, Renata, Leandro, Lidiane, e Torres. Meu imenso muito obrigada!

Aos meus chefes, Narciso Barbosa e Thiago Felix que compreenderam a importância da qualificação profissional para mim e a visibilidade da pesquisa para a Saúde Indígena, autorizando minhas ausências no trabalho para estudar. Obrigada por me possibilitar continuar trabalhando na Saúde Indígena enquanto estiveram presentes, lugar onde tive enorme prazer em contribuir.

Ao meu orientador, Rodrigo Tobias, tenho muitíssimo à agradecer pelo aprendizado compartilhado, conhecimento construído, e principalmente, pela atenção, cuidado, paciência e companheirismo nessa jornada.

Ao Prof. Júlio Schweickardt, por todo conhecimento compartilhado, pelo auxílio nos estudos sobre Saúde Indígena, e pela parceria e apoio durante esse caminhar.

Às amigas queridas que fiz durante o mestrado, aos colegas da turma, e à colegas do LAHPSA, muito obrigada pelo apoio, pelo ouvido amigo, pelos compartilhamentos de angustias e pequenas vitórias no percurso.

Ao gestor do DSEI Alto Rio Solimões, Weydson Gossel, às lideranças do DSEI, aos profissionais da DIASI e do Polo Base Belém do Solimões que contribuíram para realização da pesquisa macro que subsidiou minha dissertação, muito obrigada!

Finalmente, gostaria de agradecer a todos os funcionários e professores do Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ, que me proporcionaram mais que a busca pelo conhecimento científico, mas um aprendizado para toda uma vida.

Ninguém vence sozinho... obrigada a todos!

“(…), Por que foi que cegamos, Não sei, talvez um dia se chegue a conhecer a razão, Queres que te diga o que penso, Diz, Penso que não cegamos, penso que estamos cegos, Cegos que vêem, Cegos que, vendo, não vêem.”

(José Saramago – Ensaio sobre a cegueira)

## RESUMO

O Programa Mais Médicos tem tido reconhecido papel na construção de novas formas de produção do cuidado na atenção básica em regiões de saúde prioritárias. Apesar das recomendações da Política Nacional Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, quando a implantação de equipe completa na saúde indígena, a dificuldade de provimento e fixação de médicos nas equipes de saúde indígena, sempre foi problemática para a continuidade do cuidado, comprometendo a integralidade da atenção. O objetivo deste estudo foi analisar a gestão do trabalho em saúde indígena e os efeitos do Programa Mais Médicos para o Brasil no Polo Base Belém do Solimões, do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões, Amazonas, Brasil. Trata-se de um estudo de caso qualitativo, descritivo, realizado por através de entrevista com gestores e profissionais da saúde indígena, análise de dados de produção da equipe e observação da contexto do trabalho em área indígena. Os resultados encontrados nesta pesquisa demonstram avanço na qualidade da assistência aos povos indígenas nos últimos anos, caminhando na tentativa de alcançar o modelo de atenção diferenciada. Além disso, evidenciam que os efeitos do Programa contribuíram para qualificação da atenção, integralidade do cuidado e melhoria na organização do trabalho da equipe multiprofissional. Portanto, o Programa Mais Médicos trouxe grande contribuição para estruturação do trabalho desenvolvido pelas equipes, ampliando a possibilidade oferta do cuidar com foco em ações de prevenção e promoção da saúde.

**Palavras- Chave:** Cuidado em saúde, Atenção à saúde, Gestão do trabalho, Processo de trabalho, Programa Mais médicos, Saúde Indígena, Medicina tradicional.

## ABSTRACT

The Mais Médicos Program has played an important role in the construction of new forms of production of care in basic care in priority health regions. Despite the recommendations of the National Policy on Health Care for Indigenous Peoples, when the implementation of a complete team in indigenous health, the difficulty of providing and fixing doctors in indigenous health teams has always been problematic for the continuity of care, compromising the integrality of attention. The objective of this study was to analyze the management of indigenous health work and the effects of the Mais Médicos Program for Brazil at the Belém do Solimões Polo Base in the Alto Rio Solimões Indigenous Special Sanitary District, Amazonas, Brazil. This is a qualitative, descriptive case study carried out through an interview with indigenous health managers and professionals, data analysis of the team's production and observation of the context of the work in the indigenous area. The results found in this research demonstrate an improvement in the quality of assistance to indigenous peoples in the last years, in an attempt to reach the differentiated attention model. In addition, they show that the effects of the Program contributed to the qualification of care, integral care and improvement in the work organization of the multiprofessional team. Therefore, the Mais Médicos Program brought a great contribution to structuring the work developed by the teams, expanding the possibility of offering care with a focus on prevention and health promotion actions.

**Keywords:** Health Care, Health Care, Work Management, Work Process, More Doctors Program, Indigenous Health, Traditional Medicine



## LISTA DE SIGLAS

AIS – Agente Indígena de Saúde  
AISAN – Agente Indígena de Saneamento  
AB – Atenção Básica  
CASAI – Casa de Saúde Indígena  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa  
CONDISI – Conselho Distrital de Saúde Indígena  
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
CRM – Conselho Regional de Medicina  
DIASI – Divisão de Atenção à Saúde Indígena  
DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena  
DSEI ARS – Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
EMSI – Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde  
LAHPSA – Laboratório de História e Políticas de Saúde da Amazônia  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
PMMB – Programa Mais Médicos Brasil  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas  
SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena  
SIASI – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1- INTRODUÇÃO</b> .....	<b>2</b>
1.1 JUSTIFICATIVA .....	5
<b>2- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>7</b>
2.1 O SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA E O MODELO DE ATENÇÃO DIFERENCIADO .....	7
2.2 O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA O TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA .....	14
2.3 TRABALHO EM SAÚDE E O CUIDADO.....	17
<b>3- OBJETIVOS</b> .....	<b>21</b>
3.1 GERAIS .....	21
3.2 ESPECÍFICOS .....	21
<b>4- ASPECTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>22</b>
4.1 CENÁRIO DE ESTUDO .....	22
4.2 TIPO DE ESTUDO .....	26
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO .....	27
4.4 COLETA DE DADOS .....	29
4.5 ANÁLISE DOS DADOS .....	30
4.6 CRITÉRIOS ÉTICOS .....	31
<b>5- RESULTADOS</b> .....	<b>33</b>
5.2 O Programa Mais Médicos e a Gestão do trabalho na Saúde Indígena. ....	33
5.3 Gestão do cuidado e modelo de atenção na saúde indígena: um estudo de caso.....	59
<b>6- CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO</b> .....	<b>84</b>
<b>7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>86</b>
<b>8- ANEXOS</b> .....	<b>91</b>

## 1- INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) se configura por um histórico de lutas voltadas para a melhoria das condições de saúde dos brasileiros e ampliação de acesso aos serviços em todo o país. Na medida da criação do SUS e suas políticas de saúde, novas lutas foram encampadas, dando visibilidade às necessidades de atenção às populações específicas como os quilombolas, indígenas, e mais recentemente, ribeirinhas e pessoas em situação de rua (PEREIRA et al., 2017; PNAB, 2017).

Deste contexto, de discussões acerca dos problemas de saúde e necessidade de acesso, emergiu a pauta do movimento indígena para a criação de serviços próprios que considerassem a organização social, costumes, línguas e crenças de cada povo, pautando-se na constituição cidadã de 1988. Assim, nas Conferências de Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas foram discutidas as bases para a atenção integral ao índio, e a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), em 1999 (Constituição Federal, 1988; PNASPI, 2002; GARNELO, 2012).

Em 2002, a criação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), determinou como princípio a implantação de uma equipe multiprofissional básica, compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem e agente indígena de saúde, em território indígena. Esta deveria atuar considerando os aspectos culturais de cada etnia assistida, reconhecendo os sistemas tradicionais de saúde indígenas e articulação deste em todos os níveis de atenção, caracterizando o modelo de atenção denominado como “atenção diferenciada” (PNASPI, 2002).

Apesar das recomendações da PNASPI, a dificuldade de provimento e fixação de médicos nas equipes de saúde indígena era uma problemática para a continuidade do cuidado, comprometendo a integralidade da atenção, já que, historicamente, as equipes sempre atuaram com a ausência de médicos em área indígena (FONTÃO et al., 2017).

A falta de profissionais médicos é um problema que ocorre em vários países. Partindo da análise de cobertura da atenção à saúde no mundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 50% da população vive em áreas rurais remotas, e que estas são assistidas por menos de 25% de profissionais médicos do que seria necessário. Por isso, vem sendo prática crescente o estímulo ao recrutamento de profissionais estrangeiros para trabalhar na área da saúde nestes países (ARAÚJO et al., 2013).

Com o lançamento do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), em 2013, a vinculação de médicos ao programa beneficiou grande parte dos municípios brasileiros. Já em 2015, o programa alcançou 27 capitais e todos os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Foram incluídos no sistema de saúde 18.240 médicos, especificamente para trabalhar na atenção básica, estendendo a cobertura a 81% dos municípios com profissionais médicos. De todos os municípios que aderiram ao programa, 87% estão situados em região metropolitana e 82% em regiões com os maiores índices de pobreza (BRASIL, 2015; CAMPOS, 2016, p. 2661).

No contexto Amazônico, devido a suas peculiaridades regionais, demográficas e geográficas, o programa tornou-se uma estratégia de folego para a atenção básica, principalmente nos municípios de mais difícil acesso e nas áreas indígenas. Grande parte dos municípios contemplados no recebimento de médicos pelo programa faziam parte de vazios assistenciais, com histórico de escassez e rotatividade de médicos na atenção básica. Abrigam populações muitas vezes isoladas geograficamente, e conseqüentemente mais vulneráveis às implicações dos problemas de saúde devido à dificuldade de acesso ao serviço. (LIMA et al., 2016; PEREIRA et al., 2017).

Além do impacto no acesso ao cuidado integral na atenção básica, uma das grandes contribuições do programa, segundo Fontão et.al (2017), foi a inclusão dos médicos no contexto da saúde indígena, que beneficiou todos os DSEIs, muitos dos quais nunca tiveram estes profissionais incluídos em suas equipes. Assim, com a vinculação do programa:

“(...) em dois anos, foram incorporados, por meio do PMM, 339 médicos nos DSEIs. Isso significa um crescimento de 79% em relação ao quantitativo de médicos que trabalhava neste órgão em agosto de 2013”.

Estas regiões tem se tornado estratégicas para intensificação da assistência à saúde, pois abrigam populações com alta vulnerabilidade social, recursos financeiros escassos para o deslocamento até os grandes centros, e aspectos culturais diferenciados que levam a variadas formas de compreensão do processo de saúde-doença (SCHWEICKARDT et al., 2016).

Os estudos de Fontão et al. (2017), assim como Souza (2015) tem apontado que o provimento de médicos para a saúde indígena tem contribuído para a melhoria do acesso ao atendimento médico, o que vem a resultar em diminuição das iniquidades entre esses povos e continuidade do cuidado. Souza (2015) também refere que a chegada dos médicos contribuiu para o cumprimento de princípios éticos das profissões, já que na ausência de médico, o enfermeiro passa a desenvolver atribuições que não estão previstas na sua atuação, sendo sobrecarregado, e precarizando o desenvolvimento do trabalho.

A organização do processo de trabalho desenvolvido em determinado território abrange uma series de elementos que se traduzem no conceito de gestão do trabalho, como organização do processo de trabalho, integralidade do cuidado, valorização do trabalho e do trabalhador, e a educação permanente em saúde, dentre outros. Compreendendo que a gestão do trabalho é constituída de ações macropolíticas e micropolíticas que ocorrem simultaneamente, entende-se que a chegada de médicos para compor as equipes de saúde indígena trouxeram uma nova conformação na organização do trabalho realizado pela equipe, impactando na valorização do trabalho e integralidade do cuidado, principalmente (GALAVOTE et al., 2016).

Ao considerar uma nova composição das equipes de saúde em território indígena,

torna-se presumível que as relações no contexto do serviço se modificaram, sendo rearranjadas de acordo com a dinâmica vivenciada pelos profissionais e população assistida. Nesta nova configuração de equipe multiprofissional é interessante compreender que os espaços micropolíticos são estratégicos para modificar antigos modos de produção da saúde e modelos de atenção, possibilitando desafios às antigas práticas, gerando novas relações de poder, e nova organização do espaço social e do trabalho (MEHRY, 2002).

Neste sentido, estudar sobre a gestão do trabalho em saúde na relação com o advento do Programa Mais Médicos nas áreas indígenas representa pensar novas possibilidades de execução das políticas públicas de saúde no contexto da Amazônia, contribuindo para ajustes no modelo assistencial para o subsistema. Ainda, avaliamos esse debate como essencial para a agenda da saúde, no que tange a melhoria das ações desenvolvidas in loco pelos profissionais de saúde para a população indígena. Sendo assim, toma-se como perguntas de pesquisa: como a equipe de saúde multiprofissional do subsistema de atenção indígena vivencia a gestão do trabalho e do cuidado? Quais os efeitos provocados pela inclusão do médico do Programa Mais Médicos no cotidiano do trabalho?

## 1.1 JUSTIFICATIVA

Este estudo deriva-se de um projeto estruturante, intitulado “Análise do Programa Mais Médicos no Cenário da Saúde Indígena: Estudo de caso no Distrito Sanitário Especial Indígena- DESI Alto Solimões/AM.” desenvolvido pelo Laboratório de Histórias e Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) – FIOCRUZ.

Ao desenvolver este estudo, partimos da necessidade de evidenciar as consequências da implantação do Programa Mais Médicos no contexto da saúde

indígena, assim como avaliar os processos de organização e gestão do trabalho multidisciplinar no cotidiano destes serviços.

O estudo das peculiaridades da saúde indígena, e sua interface com políticas de provimento e fixação de profissionais médicos, tal como o Programa Mais Médicos, em áreas de grande vulnerabilidade social, se configuram de extrema importância para o entendimento do cuidado em saúde e do gestão do trabalho da equipe de saúde, bem como as consequências da implantação desta política.

É importante endossar que estas relações de cuidado e trabalho, sempre são mediadas por questões sociais, interculturais, ideais políticos e conhecimento técnicos, conforme cita Feuerwerker (2015).

Ao compreender a importância de estudar os reflexos da inserção do médico num contexto específico de saúde, aliado à necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o fazer saúde junto aos povos indígenas, consideramos este estudo de grande relevância para a comunidade científica. Estudos que relatam o cotidiano do trabalho na saúde indígena não são comuns, sendo mais raros ainda, trabalhos envolvendo médicos do PMMB na área indígena, principalmente na região Amazônica.

Ressaltamos que apesar de existirem estudos abordando o Programa Mais Médicos e as relações com o trabalho em saúde, o ineditismo deste estudo se dá por fazê-lo abordando médicos trabalhadores da saúde indígena, sob a luz da micropolítica do trabalho em saúde.

## 2- REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA E O MODELO DE ATENÇÃO DIFERENCIADO

Para a compreensão da organização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS) e seus modos de construção no processo de cuidado é necessário entender como se concretizou a constituição de uma política de atenção específica, e quais os pressupostos mediaram a formação do modelo de atenção diferenciado a esses povos. Essa conquista vem de um escopo de lutas dos movimentos indígenas pela criação de uma política pública voltada para atenção à saúde do índio, que mediada pela Constituição de 88 e pela criação do SUS trouxe respostas às necessidades da população. Assim foram criadas as bases para discussões sobre demarcações das terras, reconhecimento da organização social e cultural indígena, e necessidade de formulação de política para atenção especial. (BRASIL, 1988; BRASIL, 1999; GARNELO, 2012; CARDOSO, 2015)

As Conferências Nacionais de Saúde Indígena, ocorridas em consonância com as Conferências Nacionais de Saúde, foram espaços onde se discutiam as medidas necessárias para a melhoria da assistência à população. As discussões realizadas na 2ª Conferência resultaram nas bases para a criação do SASI-SUS, através da lei denominada Lei Arouca, em homenagem ao sanitarista Sérgio Arouca, implementada em 1999. Na criação do Subsistema os DSEIs foram formulados como unidades coordenadoras do cuidado no território. Também na segunda conferência foram formuladas as diretrizes básicas para a PNASPI, que viria ser aprovada em 2002 (BRASIL, 1993; 2002).



*Tabela 1: Caracterização histórica das Conferências Nacionais de Saúde Indígena*

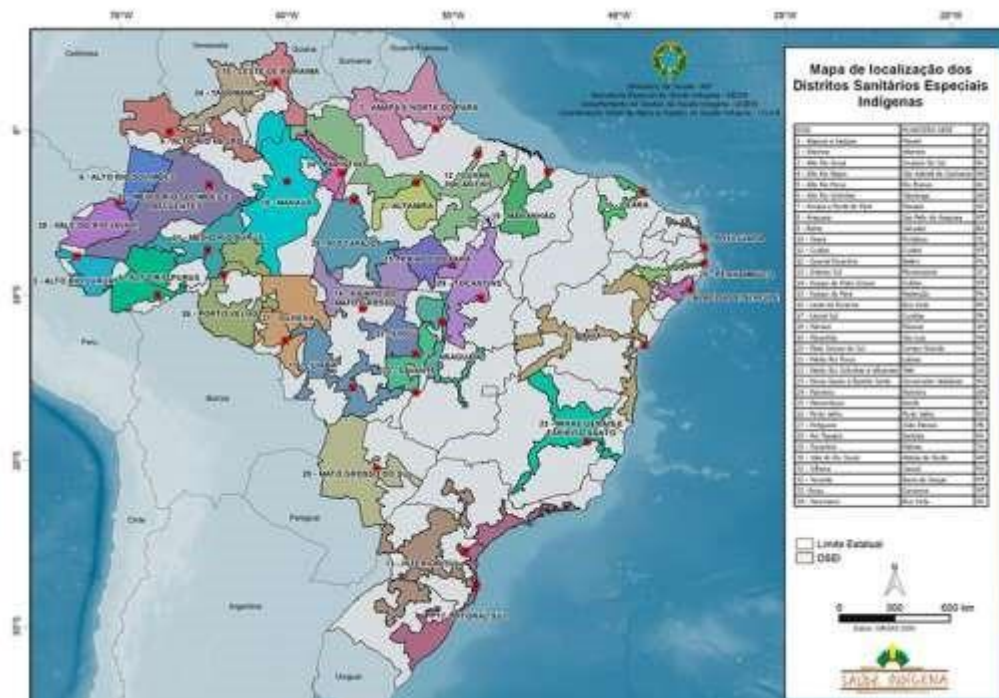
EVENTO	ANO	TEMA
1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio	1986	Discutiu-se sobre o modelo de atenção à saúde do índio, com a participação de representantes de várias nações indígenas, órgãos públicos e organizações da sociedade civil. Pela primeira vez temas específicos dos povos indígenas estavam sendo deliberados.
2ª Conferência Nacional de Saúde Indígena	1993	Discutiu-se a necessidade de um serviço específico para o atendimento a população indígena, culminando com a formulação da Lei Arouca (9.836/99), que instituiu o Subsistema de Saúde Indígena (SASI-SUS) e a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Também foram discutidas as diretrizes da Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas.
3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena	2001	Discutiu-se sobre os obstáculos e avanços do Sistema Único de Saúde (SUS) na implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), e propostas diretrizes para a sua efetivação. Foi debatido também o fortalecimento do controle social, recomendando a implantação de Conselhos Locais e Distritais Indígenas nos DSEIs.
4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena	2006	Definiu-se como tema central: "Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI): território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições". A Conferência, também, avaliou o Subsistema de Saúde Indígena no âmbito do SUS e a situação de saúde nos DSEIs, demonstrando a necessidade da autonomia de gestão nos Distritos, com a sugestão de criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) para coordenar os DSEIs.
5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena	2013	Ficou definido como tem central: "Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada". Destas discussões saíram propostas para a avaliação e revisão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, e Inclusão do Programa Mais Médicos em área indígena de forma permanente.

Fonte: Sistematizada pela autora a partir dos Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Indígena.

O SASI-SUS é operacionalizado por 34 DSEIs localizados nos 27 estados brasileiros, através da coordenação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), criada em 2010. A distribuição destes no território nacional se deu de acordo com as delimitações das terras indígenas, que já resguardavam populações com características culturais e étnicas de mesmo tronco familiar. A região Norte do país possui o maior quantitativo, somando-se 16 Distritos, pois a maior população indígena do Brasil encontra-se nessa região. Cada DSEI estrutura-se através de Polos Base, que são

unidades de saúde de referência para os povos indígenas de uma área de abrangência, contendo um quantitativo de aldeias. Estas unidades, geralmente, estão situadas nas aldeias de maior população e com acesso mais fácil ao município de referência (BRASIL, 2002; ATHIAS et al., 2001, GARNELO, 2012).

Figura 1: Mapa da distribuição do DSEIs no estados brasileiros.



Fonte: Site da SESAI, 2018 - [www.saude.gov.br/sesai](http://www.saude.gov.br/sesai)

Os DSEIs possuem uma sede administrativa, de onde são coordenadas as atividades realizadas em área, através de setores organizacionais. Os setores componentes são administrativos, de gestão de recursos, de saneamento básico, e patrimônio, sendo a Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI) responsável por coordenar as ações de saúde desenvolvidas pelas EMSI, assim como monitorar e avaliar os indicadores e perfil epidemiológico da população assistida. A DIASI é também responsável pela alimentação e monitoramento dos dados epidemiológicos e

demográficos no Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI) (BRASIL, 1993; 2002; GARNELO, 2012; CARDOSO, 2015).

O Polo Base é unidade de referência para os atendimentos a nível de cuidados primários de um território. Nesta unidade fica sediada a Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI), que coordena a assistência à saúde local, e deve realizar visitas às comunidades integrantes do seu território periodicamente. A equipe mínima deve ser composta por enfermeiros, odontólogos, médicos, técnicos de enfermagem, técnicos em saúde bucal, técnicos em patologia, motorista fluvial, agentes indígenas de saúde (AIS) e agentes indígena de saneamento (AISAN). Cada comunidade possui pelo menos um AIS que fica responsável pelas visitas domiciliares, atendimentos de saúde imediato, e encaminhamento dos usuários ao Polo Base em casos de risco a saúde quando a equipe não está presente na sua comunidade. Os AIS dispõem de um posto de saúde para a realização de procedimentos simples, como administração de soro oral, antitérmicos e antimaláricos (ATHIAS et al., 2001; LANGDON et al., 2006).

Quando os atendimentos no âmbito da atenção básica não são suficientes para resolução do problema do usuário, o indígena é encaminhado para a rede SUS, e o seu acesso de se dá através da Casa Apoio à Saúde Indígena (CASAI), que intermedia a articulação entre subsistema e o SUS. A CASAI geralmente está localizada num município com uma boa rede estrutural de saúde, e num local estratégico para ser acessada pela EMSI dos Polos Base. Elas são unidades que recebem os indígenas oriundos do Polo Base para tratamento hospitalar ou ambulatorial, e assistem aos que estão em recuperação após alta dos serviços municipais, até que possa retornar a sua comunidade. A CASAI também é responsável pelos agendamentos de consultas e procedimentos especializados na média e alta complexidade. O serviço conta com a equipe básica de enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social, psicólogo, motorista, cozinheira e serviços gerais (BRASIL, 2002; RIBEIRO et al. 2016).

Figura 2: Organização do Modelo de Atenção Local



Fonte: Site da SESAI, 2018 - [www.saude.gov.br/sesai](http://www.saude.gov.br/sesai)

A PNASPI (2002) foi criada da necessidade de se definir um modelo assistencial voltado para a “promoção, proteção e recuperação”, similar a atenção básica, a ser coordenado pelos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena (DSEI). A oferta do cuidado deveria ser direcionada para o atendimento domiciliar nas aldeias, através de atividades coletivas e individuais junto aos povos indígenas. A política preza pela compreensão e respeito aos diferentes aspectos socioculturais de cada etnia indígena, integrando os sistemas de cura tradicionais e os seus atores no processo de saúde/doença.

Conforme explicita Pontes et. al. (2014, p. 3200), a PNASPI na perspectiva da atenção diferenciada, que “(...) visa adequar a prestação de serviços à variabilidade das culturas indígenas, prevendo a inclusão de racionalidades médicas diversificadas”. Mas sobretudo levar o serviço de saúde até essas populações que muitas vezes se encontram isoladas geograficamente de cidades ou grandes centros, tendo dificuldade de acesso à saúde. Possibilita levar assistência de forma equânime às populações vulneráveis, prezando pela universalidade da atenção e qualificando o cuidado prestado.

A produção de cuidado depende da visão do mundo e da organização social em que o indivíduo está inserido. Entende-se que o ato de cuidar potencializa o processo de cura dos indivíduos, através de fatores que estão além do prescrito, do medicamento, e do autocuidado, como podem inferir as correntes vigentes no sistema de saúde atual. Malta et al. (2010, pág. 599), ressalta em sua pesquisa, que o cuidado se configura “(...) o somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada” entre profissionais e usuários, são os instrumentos que constroem o modelo de atenção que se quer para promover a gestão do cuidado.

Segundo Mendonça (2004), a produção do cuidar e o alcance da cura, ou da saúde, ocorre mediante o estímulo positivo de três dimensões inerentes aos ser humano: biofísica, subjetiva/psicossocial e sociocultural. Sem o equilíbrio dessas 3 dimensões os processos de cura se tornam mais lentos. Na grande maioria dos povos indígenas, as origens das doenças estão relacionadas com causas míticas e naturais, que envolvem dimensões simbólicas de cada cultura e etnia (LANGDON, 1994; GARNELO et al., 2004).

A atenção à saúde da população indígena é complexa não só pela diversidade dos territórios, mas as particularidades na relação das pessoas e coletividades com os mesmos, e dos diversos fatores que interferem na produção da saúde e nas condições concretas de produção de vida. Por isso, a coordenação do cuidado na saúde indígena, para efetivar-se, deve ser composta por atores multiprofissionais que operem tecnologias leves em função dos problemas de saúde e das subjetividades do usuário, levando em consideração os sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer, interagindo com as práticas dos cuidadores tradicionais (FERREIRA et al., 2013; PONTES et al., 2014; SCHWEICKARD et al., 2016).

Um fator fundamental para a compreensão dos modos de cuidar na saúde indígena é o conhecimento do perfil sócio demográfico e epidemiológico encontrado entre estes povos, de acordo com determinado território. Sabe-se que o perfil de morbimortalidade

entre os indígenas está em transição. Este perfil envolve as mais variadas patologias, desde doenças agudas e transmissíveis, como diarreia e desnutrição, até doenças crônicas e do mundo moderno, como hipertensão, ideações suicidas, abuso de álcool e violências; O que torna essencial reorientar os serviços para a melhoria da qualidade da assistência à saúde, voltada as necessidades destes povos. (SANTOS, et al. 2005).

Este perfil também está relacionado com o nível de contato desta população com os não índios; aos novos modos de representação das suas especificidades culturais e alimentares; às mudanças no modo de subsistência; à ausência de medidas estruturais voltadas para saneamento básico; e ao modo de enfrentamento destas patologias, que está diretamente ligado aos sistemas de crenças e terapias tradicionais de cada etnia; dentre outras questões (SOUZA, 2015).

Apesar da construção de um sistema de saúde especializado, urge a necessidade de avaliarmos se o modelo de cuidado diferenciado aos povos indígenas vem trazendo resultados positivos para esta população. Segundo Garnelo (2012), ainda existem problemas que interferem na gestão do cuidado na saúde indígena e na concretização do modelo de atenção diferenciada. Dentre eles estão problemas estruturais, como ausência de estrutura física de apoio às EMSI nas aldeias, nas quais são realizados os atendimentos, descontinuidade da atenção devido à alta rotatividade de profissionais, ausência de formação dos profissionais para a atuação num contexto cultural diferenciado, e financiamento das ações, dentre outros.

Diante do panorama atual das políticas públicas no Brasil e da atenção aos povos indígenas, conforme relata Franco (2006), há urgência em se construir mudanças no modelo de atenção aos povos indígenas, mas estas só serão possíveis se forem consideradas ações que envolvam “o mundo simbólico”, a cultura e as subjetividades dos povos. Para o autor, é preciso “adotar métodos de trabalho dialógicos, construtivistas e sobretudo atitudes para com as populações indígenas que garantam sua autonomia, preservem a sua cultura e ritos como importantes fontes de vida saudável”.

Com a inserção de médicos do Programa Mais Médicos no subsistema, segundo Fontão et al. (2017), espera-se de sanar hiatos de atenção aos povo indígenas, principalmente no contexto amazônico, onde as comunidades são área de difícil acesso, com logísticas complexas, onde há enorme carência de médicos, e populações em alto grau de vulnerabilidade.

É importante entender que estes povos devem estar incluídos em outras políticas que venham a qualificar a atenção básica e repensar novos modos de produzir cuidado. Afinal, a compreensão de políticas públicas em territórios específicos pode auxiliar a reflexão sobre o sistema de saúde na perspectiva da integralidade do acesso, do cuidado integral e trabalho em saúde. Segundo Schweickard et al. (2016), “a diversidade é força de revigoração das políticas, e a superação das desigualdades é um objetivo ético que requer grande conhecimento da realidade singular de cada território”.

## 2.2 O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA O TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

O Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) foi criado, inicialmente em julho de 2013 por meio de Medida Provisória e posteriormente regulamentado pela Lei Nº 12.871, mediante a constatação da baixa cobertura de médicos na Estratégia de Saúde da Família, e má distribuição de profissionais médicos pelo território brasileiro. Para além do provimento de médicos, havia uma grande dificuldade dos gestores municipais em atrair e fixar médicos em municípios do interior do país, privando determinadas populações do acesso à atendimento médico (BRASIL, 2015; PINTO et al., 2015; LIMA et al., 2016).

Após a criação da Lei, o Programa passou a abranger um escopo de intervenções políticas, que produziriam um conjunto de ações de curto, médio e longo prazos, visando a melhorar estruturalmente e qualificar a atenção básica, além de compor iniciativas

voltadas para formação de profissionais médicos no país, com perfil para a medicina de família e comunidades.

Com isso, o Programa pactuou ações em 3 eixos de intervenção: provimento emergencial de médicos, onde foram selecionados médicos para atuação em regiões onde existia vazios assistenciais; reorientação da formação médica para atuar em saúde da família e comunidade e frente as necessidades do SUS, com abertura de novas vagas de graduação e residência médica; e melhoria da infraestrutura das unidades básicas e estratégias de saúde da família. Nesta pesquisa o foco de atenção ao PMM é o eixo provimento e fixação de médicos em regiões vulneráveis, mais especificamente em área indígena (BRASIL, 2013; COLLAR et al., 2015).

A ausência de médicos em diversos municípios brasileiros, nos quais as vulnerabilidades exacerbavam -se, fez com que gestores, usuários e entidades setoriais discutissem sobre a necessidade de políticas de provimento de profissionais médicos. Para estes atores, a de ausência de médicos nos seus municípios era um grande problema para a saúde pública. Segundo Collar et al., 2015, “em pesquisa de opinião, 58,1% da população brasileira revelou que a falta de médicos é o principal problema encontrado nos atendimentos no SUS.”

Em estudos sobre o número de médicos no mundo e sua distribuição geográfica, evidenciou-se que o Brasil apresentava em 2011, uma proporção de 1,8 médicos para cada 1000 habitantes, ficando abaixo da média em relação à maioria dos países que possui sistema universal. Os estudos também demonstraram que os profissionais médicos se encontram distribuídos de forma desigual e irregular dentro do território nacional, concentrando-se locais com maior urbanização e melhor desenvolvimento econômico. (COLLAR et al., 2015; OECD, 2011).

Segundo Carvalho et. al. (2013), o grande problema para a ampliação de cobertura de atenção básica relatado pelos gestores é a “dificuldades de provimento e fixação de



médicos na Atenção Básica têm repercutido no acesso e na qualidade dos serviços prestados, o que revela o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), ‘um indicador-síntese’ do Ministério da Saúde, que mede o acesso e a efetividade do sistema.” O reflexo destas dificuldades além de ferir princípios do SUS, como acesso universal, integralidade da atenção e equidade, vem gerando insatisfação por parte dos usuários com o SUS.

Tendo a Atenção Básica como porta de entrada do SUS, e atuando na coordenação do cuidado prestado ao usuário, ao longo do processo de implementação evidenciou-se fragilidades que acabavam por restringir o acesso e dificultar a integralidade do cuidado em diversos municípios brasileiros, principalmente, nos mais interiorizados, distantes das capitais e regiões metropolitanas. Uma destas fragilidades dizia respeito à uma enorme quantidade de estratégias de cuidados primários que funcionavam sem médicos, como as equipes de saúde quilombolas, indígena e ribeirinhas. (PEREIRA et al.,2015; SCHWEICKARD et al., 2016; BRASIL, 2017).

Conforme Fontão et al. (2016), nos primeiros dois anos, foram incorporados 339 médicos do Programa nos DSEIs, significando um acréscimo de 79% de médicos que atuavam no subsistema em relação ao período anterior à implantação do PMM. Com isso, o subsistema tem recebido médicos do Programa para de sanar hiatos de atenção médica, principalmente no contexto amazônico, onde as comunidades são áreas de difícil acesso, com logísticas complexas, com enorme carência de médicos e populações com alto grau de vulnerabilidade a doenças.

Lima et al. (2016) em seu estudo, ressaltam os benefícios que o PMMB tem trazido para o fortalecimento da atenção primária no Brasil, que se reflete principalmente na expansão do acesso aos serviços de saúde, e conseqüentemente o aumento dos indicadores de produtividade como: atendimento médico e visita domiciliar; encaminhamentos/referências para outros níveis de atenção com maior qualidade;

aumento de atividades de educação em saúde; e maior resolutividade dos problemas da população.

Sendo assim, em todos os âmbitos da atenção básica, indígena ou não indígena, tem se construído evidencia de bons resultados com o Programa Mais Médicos, “no qual políticas públicas são realizadas em prol da consolidação de ações que fomentem a equidade de acesso e consumo, pois somente pode se realizar o ideal do ser humano livre, isento do temor e da miséria, se forem criadas condições que permitam a cada pessoa gozar dos seus direitos econômicos, sociais, culturais, civis e políticos” (COLLAR et al., 2015).

### 2.3 TRABALHO EM SAÚDE E O CUIDADO.

Os anos de experiência do SUS com a Atenção Básica, têm sido essenciais para se debater o modelo de atenção que melhor contribuirá para o alcance das necessidades do usuário na saúde. No entanto, apesar dos avanços na constituição do trabalho em saúde, ainda se percebe que a centralidade do trabalho está voltada para o atendimento médico, e para atuação sobre a queixa-conduta, sem a observação do contexto sociocultural e relacional/subjetivo do indivíduo com a comunidade que integra. Conforme descreve Ayres (2004), essas condutas conduzem à degradação da clínica, através de práticas que se limitam às compreensões teóricas e ações simplistas, tendo estas encontrando grandes empecilhos para responder efetivamente às complexas necessidades de saúde dos sujeitos.

Entre as abordagens analíticas da atenção básica, está a aproximação pelo modo como se organiza o cuidado, em particular nos aspectos relativos ao trabalho em equipe e às relações que se estabelecem entre os profissionais e usuários. Segundo FEUERWERKER, 2014:

“(...) O modelo assistencial que predomina em nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos (do saber específico) e em que se relega a um plano irrelevante a dimensão cuidadora. Podemos também afirmar que a ação de outros profissionais de saúde é subjugada à lógica dominante do trabalho médico, tendo todas elas seu núcleo cuidador empobrecido, estando todas também orientadas à produção de procedimentos” (FEUERWERKER, 2014, p. 43).

Entende-se, portanto, como necessária a mudança do modelo de atenção vigente, a fim de que haja eficácia na resolução dos problemas de saúde da população. Para isso, segundo Teixeira et. al. (2006, p. 22), a reorganização dos serviços precisa estar vinculada a geração de novas experiências no âmbito da assistência, e ao desenvolvimento de novos “modo de pensar e de agir as práticas de saúde” contribuindo para a “construção de propostas e respostas coerentes com nossos problemas e nossas utopias”.

O conhecimento hegemônico, construiu-se do exercício prático do pesquisar e do cuidar, a partir da sistematização de conhecimentos sobre inúmeros sistemas de cura tradicionais e populares. Esses sistemas tinham como pressuposto a valorização da relação corpo e mente, ou corpo e alma. A partir da produção do conhecimento científico, enquanto método ou técnica “padronizada”, criou-se a dicotomia biologicista entre corpo e mente/alma. (MENDONÇA, 2004, pág.12; MERHY, 2007, pág. 3 - 4)

Por isso, o olhar do profissional atual tem uma tendência a ser direcionado para o que se pode constatar cientificamente e clinicamente, sem contextualizar a doença corpórea, com as outras possibilidades determinantes no processo de saúde-doença do indivíduo. Tornando a clínica, “soberana” aos outros saberes. Assim, o conhecimento médico passa a se sobrepor também aos outros saberes, tanto ao dos usuários quanto ao de outros profissionais, dificultando a gestão do cuidado em saúde.

Em relação à modificação do modelo de atenção atual, que está em evolução e constante renovação, Merhy e Franco (2013, p 20), trouxeram contribuições importantes. Segundo os autores, a mudança do modelo tecnoassistencial vigente depende de uma correlação de forças externas e internas na saúde pública. Depende de interesses que, na maioria dos tempos históricos, não estavam, e não estão comprometidos com a saúde do cidadão. Deste modo, para que haja mudança é necessário uma “(...) tarefa coletiva do conjunto de trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar o cuidado no interior dos serviços”. É necessário que haja uma “(...) coletivização da gestão dos processos de trabalho em saúde”, para melhor organização da prática sob a ótica do cuidado em saúde.

Ayres (2004, p. 19), relata que “(...) recentes propostas de humanização e integralidade no cuidado em saúde têm se configurado em poderosas e difundidas estratégias para enfrentar criativamente a crise e construir alternativas para a organização das práticas de atenção à saúde no Brasil”. Dialogando com a fala do autor, entende-se que a construção de um espaço micropolítico de intervenção na produção de saúde tem enorme potencial para resultar em mudanças estruturais do modelo de atenção e do cuidado em saúde.

Propondo a teoria da micropolítica do trabalho, Merhy (2002, p. 102), como um instrumento para repensar as práticas em saúde, o autor reflete que “(...) o trabalho em saúde, que se realiza sempre mediante o encontro entre trabalhador e usuário, é centrado no trabalho vivo em ato, que consome trabalho morto visando a produção do cuidado”. Portanto, o trabalho em saúde que almeja como fim o cuidado, necessita da integração entre a clínica, a subjetividade dos indivíduos e contexto relacional, que podem ser compreendidos dessa forma, como as valises tecnológicas pensadas por Merhy.

Segundo o mesmo autor, a forma como utilizamos essas valises, e a ênfase que daremos a cada uma delas no cuidado em ato, é que define o modelo de atenção a ser oferecido. Se a valise da clínica é mais valorizada do que as outras, então o modelo

biomédico se sobressai. Logo, a forma como cada indivíduo vai interpretar e significar o encontro terapêutico, e o cuidado ofertado, constrói as subjetividades a respeito do universo do trabalho em saúde.

Apesar dos avanços no trabalho em saúde, essa tem se tornado uma tarefa de grande complexidade, visto as inúmeras possibilidades de subjetivação, criação de vínculos, e construção de redes de relacionamento dentro do serviço, entre os sujeitos. Como pontua Merhy (2002), é interessante compreender que os espaços micropolíticos também são estratégicos para modificar antigos modos de produção da saúde, possibilitando desafios às antigas práticas, gerando novas relações de poder, e nova organização do espaço social e do trabalho.

Feuerwerker (2014, p. 32) descreve, a produção do trabalho e do cuidado está diretamente ligada à “(...) potência das relações entre sujeitos, seus processos de subjetivação como produtores de novas potências do viver, e na produção dos modos de caminhar a vida”. Ou seja, está presente nas redes relacionais, nos conflitos e consensos, e na interprofissionalidade existente entre os variados atores do serviço, assim como nas relações com a comunidade.

Diante das reflexões sobre o cuidado e o trabalho em saúde, este estudo visa contemplar as seguintes dimensões sobre a atenção aos povos indígenas e a gestão do trabalho no subsistema após o ingresso do médico do PMMB na EMSI: a) compreender se o exercício do trabalho em saúde e a produção do cuidado em contextos Amazônicos são singulares; b) explicitar a subjetividade com a qual os sujeitos compreendem o processo de trabalho e as suas nuances; c) entender como ocorre a interação exercida na relação entre os profissionais, e entre o profissional e o usuário; e, d) analisar o contexto e ambiência do trabalho, mediante os problemas encontrados no cotidiano do cuidado. Apesar de não utilizarmos a micropolítica como referencial teórico, ela perpassa todas as relações existentes nos serviços e, portanto, também irá transversalizar a

análise do trabalho como forma de enxergar o mundo. Assim, podemos dizer que observar o trabalho em saúde sob a ótica da micropolítica representa observar de forma integral o “fazer saúde”, ou o “trabalho vivo” (MERHY; FRANCO, 2013).

### **3- OBJETIVOS**

#### **3.1 GERAL**

Analisar gestão do trabalho em saúde indígena e os efeitos do Programa Mais Médicos para o Brasil no Polo Base Belém do Solimões, do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões, Amazonas, Brasil.

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

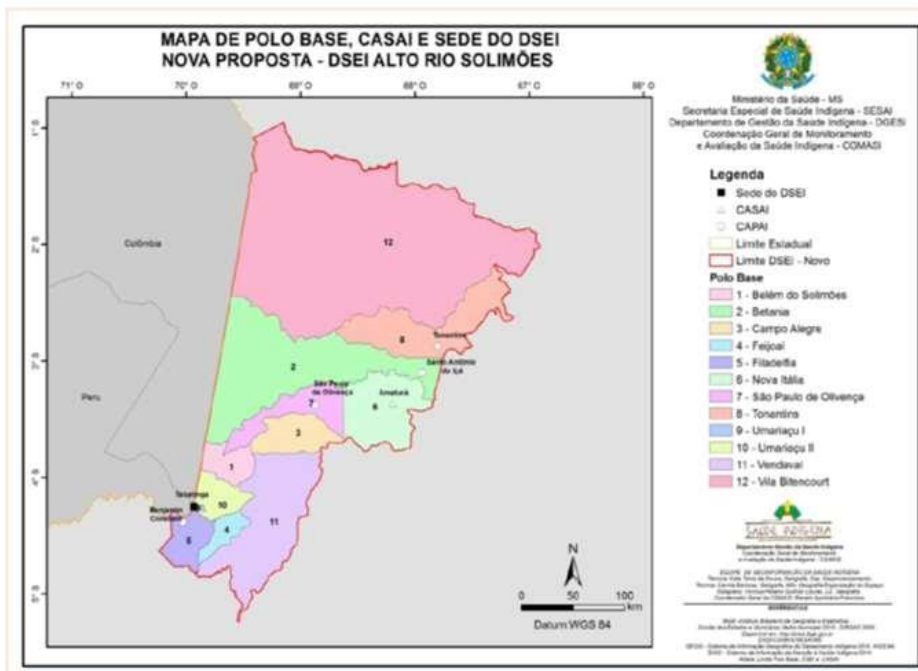
- Analisar as dimensões da gestão do trabalho na saúde indígena.
- Analisar os efeitos da inserção do médico do Programa Mais Médicos na organização do processo de trabalho na saúde indígena.
- Compreender a gestão cuidado desenvolvida pela equipe de saúde indígena e sua relação com a medicina tradicional indígena e seus atores.

## 4- ASPECTOS METODOLÓGICOS

### 4.1 CENÁRIO DE ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido no Polo Base Belém do Solimões, que se encontra inserido no DSEI Alto Rio Solimões (ARS), localizado no Estado do Amazonas, na região da tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru. O DSEI ARS é um dos 34 distritos do país e está sediado no município de Tabatinga. Possui a maior população indígena aldeada da região Norte, e a segunda maior população do Brasil, com 70 mil indígenas distribuídos em 233 aldeias, que compõem os 13 Polos Base. Os povos que habitam as terras assistidas pelo DSEI ARS são das etnias: Ticuna, Kocama, Kaixana, Kambeba, Kanamari, Witoto e Maku-Yuhup. Sendo os povos Ticuna, os que representam a maioria populacional neste DSEI (SIASI, 2018).

Figura 3: Mapa com localização dos Polos Base do DSEI ARS



Fonte: Site da SESAI, 2018 - [www.saude.gov.br/sesai](http://www.saude.gov.br/sesai)

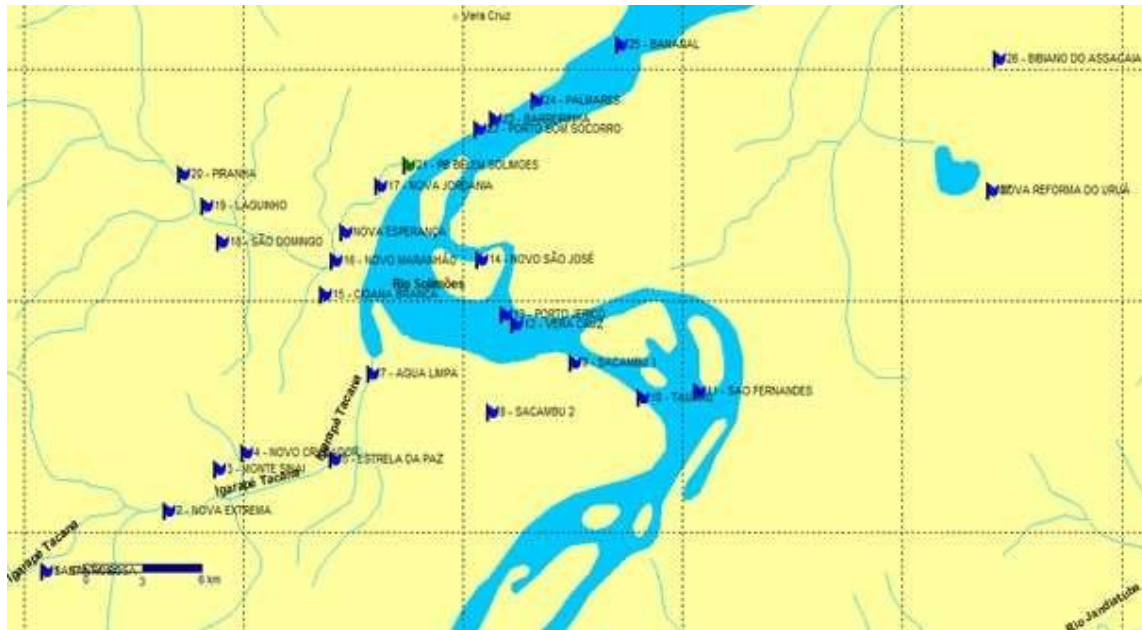
O DSEI ARS foi escolhido intencionalmente, por ser considerado um DSEI de referência no Amazonas e apresentar melhor organização do serviço, e o sistema de informação mais atualizado do estado, segundo a SESAI. Os indígenas do DSEI ARS são assistidos por 12 Polos Base, que representam as unidades de saúde no território. Estes estão distribuídos em sete municípios: Tabatinga, Benjamin Constant, São Paulo de Olivença, Santo Antônio do Içá, Amaturá, Tonantins e Belém do Solimões.

Quando se trata da rede atenção secundária, o DSEI possui como referência para a média complexidade o município de Tabatinga, que dispõe do serviço de acolhimento dos usuários indígenas, a CASAI Tabatinga. A unidade recebe os pacientes dos 12 Polos Base, que foram encaminhados para consultas ou exames, e/ou usuários removidos para tratamento nos serviços de urgência e emergência. No município, a principal unidade prestadora de serviço de média complexidade é o Hospital de Guarnição do Exército Brasileiro. Além disso, o município possui uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e uma Maternidade que também prestam assistência às populações indígenas. Para os casos mais graves, ou para consultas com algumas especialidades, os usuários são encaminhados para a capital, Manaus. (Cartografia DSEI ARS, 2017)

Dentre as unidades de saúde localizadas no DSEI, foi escolhido intencionalmente como unidade representativa para esta pesquisa o Polo Base Belém do Solimões. A escolha se deve aos seguintes critérios: número de profissionais na equipe, presença de médico do PMM, maior quantitativo populacional e polo base com organização do processo de trabalho mais consolidado. Belém do Solimões é o maior Polo do DSEI ARS, em se tratando de extensão territorial e população, tendo em sua área de abrangência a maior aldeia do DSEI, também chamada Belém do Solimões.



Figura 4: Mapa que ilustra a extensão territorial e distribuição das comunidades abrangidas pelo Polo Base Belém do Solimões.



Fonte: Polo-Base Belém do Solimões, DSEI ARS, 2018.

O Polo Base escolhido presta assistência à uma população de 10008 indígenas adscritos, distribuídos em 28 aldeias que compreendem a sua área de abrangência (SIASI, 2018). As comunidades, em sua maioria, estão situadas na calha do rio Solimões, tendo algumas na calha do rio Takana. As aldeias mais distantes são Bibiano do Assacaia e Nova Reforma do Uruá, que encontram em igarapés ou lagos afluentes desses rios. O Polo Base situa-se em região fronteiriça com Colômbia e Peru, e por isso recebe muita influência de costumes desses países.

*Tabela 2: Aldeias do Polo Base Belém do Solimões e distâncias até o Polo*

LOCALIDADE BELÉM DO SOLIMÕES	LOCALIZAÇÃO / CALHA DO RIO	DISTÂNCIA DO POLO EM TEMPO*	DISTÂNCIA DO POLO EM KM**
BIBIANO DO ASSACAIA	ASSACAIA	3 horas	90 Km
NOVA REFORMA DO URUÁ	LAGO DO URUÁ	3 horas	90 Km
NOVO PORTO JERICÓ	RIO SOLIMÕES	15 minutos	7,5 Km
NOVO SÃO JOSÉ	RIO SOLIMÕES	50 minutos	25 Km
VERA CRUZ	RIO SOLIMÕES	20 minutos	10 Km
ÁGUA LIMPA	RIO TAKANA	17 minutos	8,4 Km
BANANAL	RIO SOLIMÕES	40 minutos	20 Km
BARREIRINHA	RIO SOLIMÕES	20 minutos	10 Km
BELÉM DO SOLIMÕES	RIO SOLIMÕES	sede	0 km
CIGANA BRANCA	IGARAPÉ DE BELÉM	20 minutos	10 Km
ESTRELA DA PAZ	RIO TAKANA	1 hora	30 Km
LAGUINHO	IGARAPÉ DE BELÉM	40 minutos	20 Km
MONTE SINAI	RIO TAKANA	50 minutos	25 Km
NOVA ESPERANÇA	IGARAPÉ DE BELÉM	15 minutos	7,5 Km
NOVA EXTREMA.	RIO TAKANA	1 hora e 30 minutos	45 km
NOVA JORDÂNIA	IGARAPÉ DE BELÉM	5 minutos	2,5 Km
NOVO CRUZADOR	RIO TAKANA	1 hora	30 Km
NOVO JUTAÍ	IGARAPÉ DE BELÉM	2 horas e 40 minutos	80 Km
NOVO MARANHÃO	IGARAPÉ DE BELÉM	17 minutos	8,4 Km
PALMARES	RIO SOLIMÕES	25 minutos	12,5 Km
PIRANHA	IGARAPÉ DE BELÉM	1 hora	30 Km
PORTO BOM SOCORRO	RIO SOLIMÕES	10 minutos	5 Km
SACAMBÚ 1	RIO SOLIMÕES	45 minutos	22,5 Km
SACAMBÚ 2	RIO SOLIMÕES	40 minutos	20 Km
SANTA ROSA	RIO TAKANA	1 hora e 40 minutos	50 Km
SÃO DOMINGOS	IGARAPÉ DE BELÉM	28 minutos	14 Km
SÃO FERNANDES	RIO SOLIMÕES	1 hora	30 Km
TAUARÚ	RIO SOLIMÕES	50 minutos	25 Km

Fonte: SIASI, 2018

\*Tempo consumido num motor 15 HP para deslocamento

\*\*Assumindo que o gasto médio em um motor 15hp é de 30 km/h

A aldeia sede deste Polo Base, de Belém do Solimões, é a comunidade com a maior população do DSEI, possuindo 4738 pessoas das etnias Ticuna e Kokama adscritas. A comunidade tem grande extensão territorial, e possui características de urbanização nas regiões mais centrais e de maior acesso, como o porto da comunidade. O transporte nestas comunidades é fluvial, realizado através de barcos. O município de referência para o Polo Base na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) para o Polo Base é Tabatinga, que fica há uma distância de duas horas de barco da aldeia Belém do Solimões.

Sua população é predominantemente da etnia Ticuna, mas possui um percentual importante de indígenas Kokama. Estas duas etnias diferem nos costumes, linguagem e representações da cosmologia, pois ambas enfrentaram o processo de colonização de formas diferentes, construindo modos distintos de sobrevivência cultural e a manutenção de costumes tradicionais. Em Belém do Solimões os indígenas são vinculados às igrejas Católica, Assembleia de Deus, Pedrângular e Irmandade Santa Cruz, sendo a maioria da população católica.

O Polo Base Belém do Solimões é composto por 2 equipes multiprofissionais de saúde indígena (EMSI), contendo em cada uma delas profissionais de diversas categorias, que se revezam numa escala 20x10, ou seja, 20 dias trabalhados por 10 dias de folga. Estas equipes são integradas pelas seguintes categorias profissionais: enfermeiros e técnicos de enfermagem, assistente social, psicólogo, farmacêutico, nutricionista, odontólogos, auxiliar de saúde bucal, agente indígena de saúde (AIS), agente indígena de saneamento (AISAM), técnico de patologia, agente de endemias, motorista fluvial, e mais recentemente, médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil.

## 4.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso qualitativo, de caráter descritivo, de pesquisa situada no âmbito da pesquisa social, que trata de investigar as relações humanas e o indivíduo

em sociedade, assim como sua produção simbólica no campo da saúde. O estudo ambiciona analisar a gestão do trabalho em saúde no referido Polo Base, após a inserção do médico do Programa Mais Médicos na equipe multiprofissional. O método de estudo de caso se fez necessário para o desenho desta pesquisa, pois “investiga um fenômeno contemporâneo em seu contexto natural” (YIN, 2001, pág. 23).

Considerando a classificação de Yin (1984, p.23), que descreve o estudo de caso como “uma pesquisa empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em seu contexto natural, em situações em que as fronteiras entre o contexto e o fenômeno não são claramente evidentes”, compreendemos que a escolha metodológica pelo estudo de caso se adequa a esta pesquisa.

Pretende-se estudar o funcionamento de políticas públicas em saúde num determinado contexto físico, sociocultural, histórico e econômico, num sistema delimitado, inserido numa dimensão macro, que é o subsistema. Compreende-se que o estudo de caso facilita a compreensão de um contexto mais amplo, apesar de tratar de uma unidade representativa, como o polo base. Pois os achados desse estudo podem servir, não para trazer generalizações para a saúde indígena como um todo, mas para fornecer elementos de análise para o trabalho na saúde indígena. (ALVES-MAZZOTTI, 2006, p. 10).

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população do estudo foi composta pelos profissionais de saúde do Polo Base Belém do Solimões presentes no momento da coleta de dados em campo. Foram entrevistados 2 médicos do programa mais médicos, 7 enfermeiros, 3 técnicos de enfermagem, 3 agentes indígenas de saúde (AIS), o chefe da DIASI e o coordenador do

DSEI ARS. Totalizando 17 entrevistados. A equipe do polo base é grande, e composta por um nicho diverso de profissionais.

*Tabela 3: Quadro de profissionais do Polo Base Belém do Solimões no ano de 2017*

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Polo Base Belém</b>	<b>Aldeias</b>	<b>TOTAL</b>
Assistente Social	0	0	0
Cirurgião Dentista	3	0	3
Enfermeiro	9	0	9
Farmacêutico	1	0	1
Médico	4	0	4
Nutricionista	1	0	1
Psicólogo	1	0	1
Técnico de Enfermagem	17	0	17
Técnico de Laboratório	2	0	2
Técnico de Saúde Bucal	5	0	5
Microscopistas	1	0	1
AISAN	6	7	13
AIS	17	38	55
Auxiliar de Serviços Gerais	2	0	2
Vigilantes	4	0	4
Auxiliares Administrativos	1	0	1
Motorista Fluvial	3	0	3
<b>TOTAL</b>	<b>77</b>	<b>45</b>	<b>122</b>

Fonte: Escala de serviço do Polo Base Belém do Solimões

Os profissionais que compõem a equipe são de origem diversa, pessoas de outros estados, outros municípios, e de Tabatinga, sendo alguns da etnia Ticuna e Kokama. Entrevistamos profissionais indígenas de categorias profissionais diferentes: 2 enfermeiras, 3 técnicos de enfermagem e os 3 AIS. Apesar de ter a oportunidade de entrevistar outras categorias profissionais presentes, decidiu-se como critério de inclusão, entrevistar apenas os profissionais que atuam de forma mais aproximada com o médico, e o mesmo.

Portanto, optou-se pela inclusão da equipe de enfermagem, por serem estes responsáveis pela administração local da unidade de saúde onde o médico atua, além de terem assumido as funções do médico no período em que não havia médico. Foram incluídos, também, os agentes de saúde indígena devido aos mesmos atuarem como elo

entre os profissionais e a população, além de conhecerem profundamente o território. Assim como o gestor, onde o critério de inclusão se deu pela compreensão do mesmo sobre a conjuntura atual do trabalho em saúde indígena e as repercussões da inserção do médico nesse local.

Os critérios de exclusão para a participação foram: ser usuário indígena; trabalhar fora da área de abrangência do DSEI; profissionais de saúde e/ou gestores que estejam gozando de licença ou afastamento do cargo no período da pesquisa de campo ou que se recusarem a participar da pesquisa.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

Os dados da pesquisa foram coletados através de entrevista, seguindo um roteiro semiestruturado, com perguntas sobre o processo de trabalho da equipe de saúde indígena e o papel do médico neste contexto. Durante a visita de campo foram utilizados métodos de observação participante direta e diário de campo para caracterizar o território e descrever as dinâmicas de produção do cuidado na área de abrangência do Polo Base. Também foram coletadas informações sobre dados demográficos e populacionais do Polo Base, extraídos do Sistema de Informação de Atenção Saúde Indígena (SIASI), assim como o quantitativo de produção (consultas e visita domiciliar) dos profissionais, coletado através de planilha de produção mensal da equipe.

A primeira etapa consistiu em visita à sede do DSEI Alto Solimões para realização de reunião com o Coordenador Distrital, a fim de apresentar a proposta do projeto de pesquisa. Após o aceite do coordenador para realização da pesquisa, foi realizada uma nova visita ao DSEI, a fim de conhecermos a área técnica do DSEI, a Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI), a qual forneceu informações gerais sobre o território e

população do polo base Belém do Solimões, e DSEI. Nesta oportunidade, ainda foi realizada visita ao Polo Base, para conhecimento do campo de estudo.

Na segunda etapa iniciou-se a coleta dos dados primários, mediante visita ao Polo Base Belém do Solimões. O período de permanência no campo, que foi de 5 dias, permitiu que fosse conhecido o território de trabalho da equipe, assim como observada a rotina de trabalho da mesma. A observação participante e o diário de campo foram utilizados como instrumento para captar informações sobre o cotidiano do serviço e relação entre os profissionais, e entre os profissionais e os usuários. Segundo Minayo (2014), “o diário de campo é um acervo de impressões e notas sobre as diferenciações entre falas, comportamentos e relações que podem tornar verdadeira a pesquisa de campo”.

No campo foram realizadas as entrevistas semiestruturadas individuais, por meio de um roteiro pré-concebido, no qual foram elencadas questões sobre o trabalho na saúde indígena, sistema de cura tradicional, organização do processo de trabalho e gestão do cuidado após a chegada do médico, relações interpessoais e o trabalho, avanços e desafios da saúde indígena. As entrevistas ocorreram de maneira que possibilitou as “narrativas das possíveis vivências, suas interpretações e a visão sobre as relações sociais envolvidas nessa ação” (MINAYO, 2014, p. 191). As entrevistas foram registradas em gravador, transcritas, analisadas e arquivadas.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados coletados através de entrevistas utilizamos o método de análise de discurso, onde foram estudadas as falas dos sujeitos como formas de impressão das suas subjetividades. Trata-se de analisar o que há por trás da fala, compreender o simbólico, e os reais significados das falas, do dito e do não dito em entrelinhas. Assim, “os estudos discursivos visam pensar o sentido dimensionado, no

tempo e no espaço das práticas do homem, descentrando a noção de sujeito, e relativizando a autonomia do objeto da linguística”. (ORLANDI, 1993)

Para trabalhar a análise do discurso através das entrevistas, classificou-se os discursos em dimensões. Estas, foram categorizadas mediante os elementos de sentido que surgiram nas vozes dos sujeitos entrevistados. As dimensões, com ênfase na gestão do trabalho e dimensões micropolíticas, elencadas foram: organização e fluxos do trabalho no território indígena, e efeitos do Programa Mais Médicos para o trabalho no subsistema. As dimensões elencadas a respeito da gestão do cuidado aos povos indígenas foram: o cuidado biomédico e o sistema de cura tradicional; a linguagem e o cuidado; e modelo de atenção ofertado ao indígena. As relações micropolíticas do trabalho, apresentam-se como uma dimensão transversal para todas as outras dimensões.

#### 4.6 CRITÉRIOS ÉTICOS

Este estudo está vinculado ao projeto estruturante “Análise do Programa Mais Médicos no cenário da saúde indígena: estudo de caso no Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI Alto Solimões/AM”, do Laboratório de História e Políticas da Saúde (LAHPSA), da FIOCRUZ. A pesquisa possui anuência e autorização da SESAI, FUNAI, Coordenador Distrital e liderança local, subsidiando a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/CONEP (CAAE: 80564817.9.0000.5020).

Foram respeitados os critérios éticos referentes às informações coletadas em entrevista ou in loco. Os profissionais e gestor entrevistados, que participaram da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). A pesquisa seguiu o que preconiza o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, com base na resolução 466/201, e resolução 510/2016 que dispõem sobre



as normas para estudos que englobam pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, além da resolução 304/200 para pesquisas envolvendo comunidades indígenas.

A pesquisa buscou não apresentar riscos biológicos, psicoemocionais, ou complicações legais aos participantes. Sendo assim, os pesquisadores se comprometem a assegurar o sigilo sobre as informações coletadas de cada participante, e sobre a identidade dos participantes; em casos de problemas relacionados a saúde física ou mental, fica assegurado aos entrevistados o encaminhamento para serviço especializado de saúde. Como benefício, a pesquisa trará contribuições para produção científica sobre a política de saúde indígena e a avaliação do processo de implantação do Programa Mais Médicos em área indígena no Brasil.

## 5- RESULTADOS

Os resultados e discussão serão apresentados na forma de dois artigos:

### Artigo 1

#### **O Programa Mais Médicos e a Gestão do trabalho na Saúde Indígena**

The More Doctors Program and Work Management in Indigenous Health

El Programa Más Médicos y la Gestión del trabajo en la Salud Indígena

Autores:

Taís Rangel<sup>a</sup>

Júlio Cesar Schweickardt<sup>b</sup>

Rodrigo Tobias<sup>b</sup>

Revista: Interface

Artigo de pesquisa

Todos os autores trabalharam indistintamente na produção deste material em todas as fases do artigo.

---

<sup>a</sup> Pós-graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, Instituto Leônidas e Maria Deane – Fiocruz Amazônia Rua Terezina, 476, Adrianópolis, Manaus, Amazonas, 69057-060 taisrca@hotmail.com <sup>b</sup> Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia, Instituto Leônidas e Maria Deane – Fiocruz Amazônia

**Resumo:** O Programa Mais Médicos tem tido papel importante na construção de novas formas de produção do cuidado na atenção básica em regiões de saúde prioritárias, como em áreas indígenas amazônicas. Com vistas a estas contribuições, este estudo teve como objetivo analisar a gestão do trabalho na saúde indígena e os efeitos da inserção do médico do Programa na organização do processo de trabalho em área indígena. Trata-se de um estudo de caso qualitativo, descritivo, realizado por entrevista com gestores e profissionais da saúde indígena realizado no Polo Base Belém do Solimões, do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões – Amazonas, Brasil. Os resultados encontrados nesta pesquisa revelam que o Programa contribuiu para a implementação e qualificação do modelo de atenção diferenciado, integralidade do cuidado e organização do trabalho da equipe multiprofissional.

**Palavras-chave:** Gestão do trabalho em saúde, Programa Mais médicos, Saúde Indígena, Cuidado em saúde.

**Abstract:** The Mais Médicos Program has played an important role in the construction of new forms of care production in basic health care in priority health regions, such as indigenous Amazonian areas. In view of these contributions, this study aimed to analyze the work management in indigenous health and the effects of the insertion of the Program's doctor in the organization of the work process in the indigenous area. This is a qualitative, descriptive case study, conducted by interview with managers and professionals of indigenous health carried out at the Belém do Solimões Polo Base in the Alto Rio Solimões Indigenous Special Sanitary District - Amazonas, Brazil. The results found in this research reveal show that the Program contributed to the implementation and qualification of the differentiated care model, integral care and work organization of the multiprofessional team.

**Word-keys:** Work Management, Work Process, More Doctors Program, Indigenous Health, Health Care.

**Resumo:** El Programa Más Médicos ha tenido un papel importante en la construcción de nuevas formas de producción del cuidado en la atención básica en regiones de salud prioritarias, como en áreas indígenas amazónicas. Con vistas a estas contribuciones, este estudio tuvo como objetivo analizar la gestión del trabajo en la salud indígena y los efectos de la inserción del médico del Programa en la organización del proceso de trabajo en área indígena. Se trata de estudio de caso cualitativo, descriptivo, realizado por entrevista con gestores y profesionales de la salud indígena realizado en el Polo Base Belém do Solimões, del Distrito Sanitario Especial Indígena Alto Rio Solimões - Amazonas, Brasil. Los resultados encontrados en esta investigación revelan que el programa ha contribuido a la implementación y calificación del modelo de atención diferenciada, integralidad del cuidado y organización del trabajo del equipo multiprofesional

**Palabras clave:** Gestión del trabajo, Proceso de trabajo, Programa Más médicos, Salud Indígena, Cuidado en salud.

## Introdução

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena vem de um escopo de lutas dos povos indígenas pela criação de uma política pública voltada para uma atenção diferenciada, considerando suas especificidades. A sua construção acompanha a trajetória de organização e composição do Sistema Único de Saúde, forjando-se nos debates realizados nas Conferências Nacionais de Saúde para os Povos Indígenas<sup>1,2</sup>. A Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas (PNASPI)<sup>1</sup>, pautou o modelo de atenção diferenciada<sup>3,4,5</sup>, ressaltando a importância das dimensões culturais e sociais para a saúde de cada povo. As 2ª e 3ª Conferências (1993 e 2001, respectivamente) forneceram as bases para a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena, em 2010, quando evidenciou-se ser necessário pensar novas formas de produção de saúde, e inclusão de novos atores no âmbito do trabalho.

O modelo de atenção preconizado na PNASPI estabelece uma equipe mínima para atuar em território indígena, considerando os princípios da integralidade da atenção. A incompletude histórica das EMSI, devido à ausência de médico, vinha conferindo uma descontinuidade do cuidado e uma quebra destes princípios. Contudo, após a implantação do Programa Mais Médicos (PMM), os DSEIs, enquanto áreas prioritárias, puderam ser contempladas com a presença de médicos em suas equipes, aumentando o potencial de resolução dos problemas de saúde em áreas indígenas<sup>6</sup>.

O Programa Mais Médicos tem tido papel importante na construção de novas formas de produção do cuidado na atenção básica, principalmente, em regiões de saúde prioritárias, definidas em função de um conjunto combinado de critérios, tais como: áreas contendo população em extrema pobreza e com baixo índice de desenvolvimento humano (IDH); municípios com grande dificuldade de atrair e fixar profissionais médicos, regiões amazônica e semiárida; áreas com população indígena e quilombola<sup>7,8,9</sup>.

Em dois anos de implantação do Programa Mais Médicos em áreas indígenas em todo o país resultou em um acréscimo de 79% no número de médicos que trabalhavam na saúde indígena a partir de agosto de 2013. No período entre 2013 e 2016, a saúde indígena recebeu 342 médicos nos DSEIs, sendo acrescido de 30 médicos no ano de 2017<sup>6</sup>. Os médicos integrados aos programas nas áreas indígenas são em sua grande maioria cubanos cooperados (87,7%), seguido de intercambistas (8%) e em menor proporção médicos com CRM Brasil (4,3%)<sup>10</sup>.

As áreas indígenas da região Norte contaram com a maior distribuição de médicos nos DSEIs, com a proporção de 57,1%<sup>10</sup>. Isso significa dizer que locais que não possuíam médico compoendo as EMSIs passaram a contar com este profissional. Nas áreas indígenas da região Amazônica essa inclusão se tornou ainda mais significativa, devido à complexidade logística da região, que dificulta o acesso às comunidades indígenas, provocando um problema de provimento e fixação de profissionais das mais variadas categorias, principalmente de médicos<sup>6</sup>.

A atuação de médicos com foco na saúde da família provocou uma reordenação do processo de trabalho das equipes multiprofissionais de saúde indígena (EMSI), possibilitando a execução de novas práticas de saúde nesses territórios. A construção de novas formas de produção do trabalho em saúde produz efeitos importantes no cuidado, mas também, a ressignificação dos processos de subjetivação dos sujeitos integrantes das equipes e usuários, em relação à gestão e micropolítica do trabalho<sup>11</sup>.

A gestão do trabalho em saúde se constrói a partir de um conjunto de ações organizadas, pré-definidas e coordenadas, por uma equipe multiprofissional que tem como objetivo imediato responder aos problemas de saúde das populações. O trabalho envolve um dinamismo no cotidiano do serviço que afetam as relações de subjetividades existentes entre todos os sujeitos envolvidos no processo de trabalho e do cuidar. Segundo Merhy, o trabalho só se concretiza no encontro, na relação com o outro, passando assim a se tornar trabalho vivo.<sup>12</sup>

Sendo assim, o desafio de organizar o processo de trabalho em área indígena e promover cuidado de qualidade ao usuário exige implantar estratégias diversificadas. Para isso é necessário utilizar combinações de saberes interprofissionais e tecnologias em saúde, que considerem o contexto intercultural, incorporando “os saberes do mundo simbólico destes povos” nos processos de trabalho<sup>13</sup>.

O presente artigo tem como objetivo analisar a gestão do trabalho na saúde indígena e os efeitos da inserção do médico do PMM na organização do processo de trabalho em área indígena, através de um estudo de caso no Polo Base Belém do Solimões, no DSEI ARS, no município de Tabatinga, Amazonas.

## **Metodologia**

O campo de pesquisa escolhido para este estudo foi o Polo Base Belém do Solimões, unidade de saúde pertencente ao DSEI Alto Rio Solimões (ARS), situado no município de Tabatinga, no Estado do Amazonas, na região da tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru. O DSEI ARS está entre os 34 Distritos vinculados à SESAI no país, e entre os 7 situados no Amazonas. Os povos nativos assistidos pelo DSEI ARS são das etnias: Ticuna, Kocama, Kaixana, Kambeba, Kanamari, Witoto e Maku-Yuhup. O DSEI ARS possui a maior população indígena aldeada da região norte, e a segunda maior população do Brasil. Assistem a 70 mil indígenas distribuídos em 233 aldeias que possuem vínculo sanitário com os 13 Polos Base do DSEI. Os povos Ticuna representam a maioria populacional dentre os povos residentes neste DSEI<sup>14</sup>.

O Polo Base Belém do Solimões presta assistência as 28 aldeias em sua área de abrangência, correspondendo à uma população de 10008 indígenas. As aldeias, em sua maioria, estão situadas na calha do rio Solimões, tendo algumas na calha do rio Takana. A aldeia sede deste Polo Base possui 4738 pessoas das etnias Ticuna e Kokama, que

também é chamada de Belém do Solimões. Esta é maior a comunidade em população do DSEI ARS<sup>14</sup>.

Figura 1: Mapa do Polo Base Belém do Solimões e suas aldeias de abrangência



Fonte: Polo Base Belém do Solimões, DSEI ARS, 2018.

A comunidade Belém do Solimões possui características de uma pequena cidade, com uma relativa urbanização. O acesso à comunidade é realizado através de porto localizado no rio Solimões. O transporte nestas comunidades é fluvial, realizado através de barcos chamados baleeiras<sup>c</sup>. O município de referência na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) para o Polo Base é Tabatinga, que fica a uma distância de duas horas da aldeia Belém do Solimões num barco com motor 90HP<sup>d</sup>. O Polo Base foi escolhido para o estudo, intencionalmente, considerando os seguintes critérios: número de profissionais na equipe, presença de médicos do PMM, maior quantitativo populacional e polo base com organização do processo de trabalho mais consolidado, segundo a gestão.

A comunidade Base Belém do Solimões, por ser muito populosa e por estar próxima ao município de Tabatinga, possui características diferenciadas se comparada à outras aldeias do mesmo Polo Base. Belém, como é nomeada pelos residentes, possui elementos de infraestrutura comunitária para a população em termos de socialização, organização de sociedade e avanços para a saúde, tais como: estabelecimentos

---

<sup>c</sup> Baleeira: Nome regional dado a barco de pequeno porte feito de fibra de vidro. Comumente usado para transporte da equipe e pacientes nas áreas indígenas.

<sup>d</sup> Motor 90 HP: motor que se acopla ao barco com potência de 90 cavalos. Considerado motor de média potência na área indígena.

comerciais com produtos da comunidade e industrializados, ruas asfaltadas, centro comunitário e cultural, cemitério, escolas municipal e estadual, igrejas de diversas denominações (Católica, Assembleia de Deus, Pedrângular e Irmandade Santa Cruz). Além disso, a comunidade possui um sistema de abastecimento de água construído pelo DSEI, que está instalado em 50% da comunidade, gerando acesso a água potável em suas casas.

As questões culturais e étnicas influenciam fortemente a vida destas populações, principalmente do povo Ticuna, que mantém algumas tradições como o rito da moça nova e as crenças no Pajé, independente da religião professada. As parteiras também possuem um papel importante no ciclo gravídico – puerperal entre os Ticunas, atuando ativamente no momento do parto.

Trata-se de um estudo de caso qualitativo, de caráter descritivo, sobre a gestão do trabalho em saúde no referido Polo Base. Entende-se que para esta pesquisa o modelo de estudo de caso se fez necessário, pois intencionou-se investigar num determinado sistema organizado “um fenômeno contemporâneo em seu contexto natural”<sup>16</sup>.

Os dados foram coletados por meio de entrevista com roteiro semiestruturados, contendo perguntas sobre o processo de trabalho da equipe de saúde indígena e o papel do médico neste contexto. Durante a visita de campo foram utilizados métodos de observação direta e diário de campo, a fim de descrever as dinâmicas de produção do cuidado prestado e caracterizar o território. Também foram coletadas informações com dados demográficos e populacionais do Polo Base, extraídos do SIASI<sup>14</sup>, assim como o quantitativo de produção (consultas e visita domiciliar) dos profissionais, coletado através de planilha de produção mensal da equipe.



Foram entrevistados seis enfermeiros assistenciais, um enfermeiro coordenador do Polo, três técnicos de enfermagem, três agentes indígena de saúde (AIS), dois médicos do Programa Mais Médicos, integrantes da EMSI do Polo Base Belém do Solimões, presentes durante a visita de campo. Ainda participaram da pesquisa, o chefe da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI), e gestor do DSEI, totalizando dezessete entrevistas realizadas.

Para tratamento dos dados qualitativos utilizou-se o método de análise de discurso, que se propõe a estudar as falas dos entrevistados a partir da análise da linguagem e da ideologia presente nos discursos dos sujeitos, no qual imprimem suas subjetividades e posições sócio-políticas no trabalho. Portanto, ao analisar os dados buscamos interpretar as falas, a partir do contexto em que cada indivíduo se inseria, e o papel que este representava no processo de trabalho<sup>15, 17</sup>. Foram utilizadas como unidade representativa das falas as seguintes dimensões: organização e fluxos do trabalho no território indígena, efeitos do programa mais médicos para o trabalho na saúde indígena, relações micropolíticas do trabalho, que se apresenta como uma dimensão transversal.

O presente estudo respeitou os critérios éticos da pesquisa social, além das exigências da FUNAI e SESAI para a entrada em área indígena, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/CONEP (CAAE: 80564817.9.0000.5020).

## **Resultados e Discussão**

### **O território na relação com a saúde Indígena.**

A Unidade de Saúde de Belém do Solimões está situado numa região estratégica da comunidade, em proximidade ao porto, a fim de viabilizar e dar agilidade às remoções, e facilitar o transporte de materiais e equipamentos que chegam do município de Tabatinga. A estrutura física do Polo é formada por 2 casas, sendo a primeira uma

unidade de saúde, onde são realizados os atendimentos e procedimentos, e a segunda, localizada na parte de trás da unidade, que é o alojamento da equipe e a sala para funções administrativas.

A equipe multiprofissional é composta pelas seguintes categorias profissionais: enfermeiros e técnicos de enfermagem, assistente social, psicólogo, farmacêutico, nutricionista, odontólogos, auxiliar de saúde bucal, agente indígena de saúde (AIS), agente indígena de saneamento (AISAM), técnico de patologia, agente de endemias, motorista fluvial, e mais recentemente, médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil.

A unidade de saúde é composta por: uma sala de recepção e triagem; um consultório odontológico; uma sala de acolhimento; uma sala de vacina; um consultório médico para a realização de consultas diversas; um consultório de enfermagem para realização de consultas de pré-natal, exame preventivo de câncer do colo do útero e puericultura. Além disso, possui uma farmácia que realiza dispensação de medicamentos mediante receituário; um laboratório para realização de exames básicos como de urina, fezes, hemograma, teste para gravidez, malária, sífilis, HIV, e hepatites B e C.

A enfermaria possui 3 macas onde ficam usuários em observação e internados, além de ser o local de atendimento das emergências, partos, curativos e suturas. A unidade ainda possui uma sala de esterilização de material; um expurgo; e uma sala para o coordenador de Polo realizar atendimento das demandas da população e AIS.

O espaço físico não comporta a necessidade dos usuários devido ao tamanho reduzido, grande demanda, e compartilhamento da sala de observação, farmácia e recepção. Além disso, a sala de observação comporta 3 setores: sala de curativo/sutura, sala de procedimentos e internação. Inclui ainda uma sala de parto. Estes fatores acabam por interferir na qualidade da atenção prestada, conforme relata o AIS 1 abaixo:

*Acho que o que tem ser melhorado aqui é a ampliação do Polo, né? Tem dia que as pessoas vem aqui para consultar e não tem espaço, porque tem muita gente. Tem que ter sala de parto também, porque*

*tem muita gestante que vem parir aqui e não tem espaço. As vezes tem muito paciente aqui que vem com picada de cobra e não tem maca pra todos. (AIS 1)*

O alojamento dos profissionais é uma estrutura de madeira em base de alvenaria, que é composto de 4 quartos, 2 banheiros, 1 cozinha e uma área externa onde são feitas as refeições. Por abrigar uma equipe numerosa, o alojamento não supre as necessidades de estrutura física para o conforto da equipe, que permanece 20 dias em área. É importante ressaltar que não existe espaço para integração da equipe no alojamento após a jornada de trabalho.

*Nós somos uma equipe complexa, grande. Na casa hoje nós somos quase trinta pessoas, então assim, trinta pessoas convivendo dentro de uma casa. Tem várias pessoas que tiveram criações diferentes, né? Tiveram convivências diferentes, mas graças a deus isso não tem atrapalhado na dinâmica do nosso trabalho. Uma hora ou outra você vai se estressar, por conta até do próprio trabalho né... (Enfermeiro 4)*

O fato de os profissionais compartilharem o mesmo espaço por 20 dias, sem os momentos de interação para o lazer, faz com que os mesmos não identifiquem o limite entre a jornada de trabalho e o momento de descanso. Como relatado na fala acima o trabalho realizado na saúde indígena é complexo, porque exige que o profissional faça uma mediação mental constante entre o conhecimento biomédico e os costumes/aspectos culturais daquela população, a fim de que seu objetivo final, o cuidado em saúde, seja alcançado. Além disso, devido ao período de permanência constante nas aldeias o profissional deve estar sempre disponível para atendimento, o que pode levar a estafa e prejuízo nas relações interpessoais na equipe.

Como afirma Villar<sup>19</sup>, locais onde haja condições de trabalho difíceis, seja estrutural, organizacional ou interpessoal, fazem com que os profissionais se sintam desestimulados e desvalorizados, criando alterações significativas na forma como o profissional presta o

cuidado. Sendo assim, para além dos problemas estruturais, é importante ressaltar a necessidade de promoção de atividades autoanalíticas entre os profissionais, que possam trazer reflexão sobre o seu trabalho e cuidado prestado, assim como momentos de educação permanente que promovam conhecimento, bem estar e maior interação entre a equipe.

Belém do Solimões também dispõe de uma lancha com motor 90 HP, que é utilizado nas visitas às comunidades mais distantes, viagens longas e remoções para o município de referência. E, também, possui uma lancha com motor 60 HP para realização das visitas nas aldeias mais próximas ou onde haja dificuldade de acesso com o motor 90 HP, o que ocorre mais no período da seca. Em todas as aldeias, os AIS dispõem de motores 13 e 15 HP para realização de remoção de usuários para o Polo Base, caso necessário. Além disso, fica disponível um carro para deslocamento da equipe até as casas mais distantes da comunidade de Belém.

O Polo Base e as aldeias de abrangência não dispõem de radiofonia ou sinal de telefone, portanto a comunicação com a comunidade é feita através dos AIS que por ventura apareçam no Polo Base, através do envio de recado por algum aldeado que esteja de passagem ou quando são realizadas as visitas nas aldeias. Por isso as visitas às aldeias são informadas com antecedência para cada AIS, afim de que a população seja comunicada e estejam presentes no dia da visita da equipe. A falta de comunicação via rádio, configura-se como um entrave para uma melhor organização do trabalho da equipe, conforme as falas abaixo:

*Se tivesse uma comunicação entre todas as aldeias junto com Belém facilitaria a nossa visita. Porque as vezes a gente chega e já tem problema com o agente de saúde que não tá na comunidade. Se a gente chega lá e o agente de saúde não tá, a gente perde toda a nossa logística de trabalho. [...] Facilitaria em relação a comunicação de pacientes agendados encaminhados. [...] Assim como retornos, USG. Então se a gestante é de Uruá, eu não tenho como avisar a ela, então nessa situação vai perder a consulta. (Enfermeira 4)*

*Ai já facilitaria a comunicação com a gente, falaria: oh tá chegando uma picada de cobra. Eu ligo pro SAMU e já mando ele vim. Eu não preciso esperar a pessoa chegar aqui pra ligar. “A pessoa tá cuspiendo sangue”, cuspiendo sangue eu já posso chamar o SAMU, né? Se ele me passar o quadro clínico correto do paciente... Então tem muita coisa que seria facilitada. (Enfermeira 2)*

A ausência da radiofonia nas aldeias e no Polo não é um entrave para que as ações de saúde aconteçam, pois o sistema de agendamento das visitas nas aldeias tem funcionado, segundo a equipe, na maioria das vezes. Contudo, ajudaria a organizar o processo de trabalho em relação a visitas, agendamentos de consultas, exames e retornos, além de agilizar o atendimento das urgências, conforme relatado nas falas.

### **Organização e fluxos do trabalho no território indígena.**

A equipe multiprofissional concentra-se na aldeia sede do Polo Base, Belém do Solimões, para iniciar a organização do processo de trabalho a ser realizado durante os dias de escala, e para pernoitar. As atividades laborais são realizadas por duas equipes que se revezam numa escala de vinte dias trabalhados por dez dias de folga. Nos vinte dias trabalhados a equipe se concentra nas atividades que estão no campo assistencial, administrativo e epidemiológico, se revezando entre atendimentos na unidade de saúde de Belém durante o dia, plantões noturnos e visitas realizadas nas outras vinte sete aldeias que compõem o Polo Base. Esta dinâmica é relatada abaixo pelos enfermeiros assistenciais:

*A gente trabalha aqui no polo de segunda à sexta das 7:30 às 11:30 e das 13:30 as 17:30. E tem o regime de plantão que é das 19:00 horas às 07:00 de acordo com o dia da escala de plantão [...]. Sábado e Domingo tem os plantões diurno e noturno, [...] A gente fica mais na assistência (nos atendimentos mediante queixa) quando tá no polo base, e mais com a parte de processo de trabalho*

*(programas da atenção básica) durante a visita às comunidades. Por que não só tem o dia a dia aqui em Belém do Solimões, como tem as 27 aldeias distribuídas (Enfermeira 3).*

*[...] Nós temos várias fichas diferentes: de visita domiciliar, dos atendimentos do preventivo, do pré-natal, da distribuição de preservativos, das orientações e palestras, da atenção básica. A gente faz diariamente as anotações nessas fichas, a gente alimenta no SIASI e entrega no fim do mês para o coordenador consolidar. [...] No fim do mês, além de entregar a produção diária minha, eu tenho que fazer a minha produção dos meus programas, depois de inserir no SIASI. Então eu faço um relatório e a minha produção e passo para o coordenador. Aí ele junta de todo mundo e faz um relatório geral do Polo Base Belém do Solimões. E as informações das planilhas da DIASI ele junta todas e manda até o dia 5 de cada mês (Enfermeira 2).*

Pelas falas acima, pode-se observar que o trabalho de coleta de dados e avaliação dos dados epidemiológicos é intenso, e não está descrito na rotina diária das equipes, denotando que este trabalho é feito nos momentos vagos ou de descanso, conforme observado durante o campo. Apesar de compreender que isto torna esta equipe diferenciada, pois atua a partir da necessidade real da comunidade, a qual os dados epidemiológicos demonstram, deve-se avaliar que estes mesmos profissionais realizam inúmeras atividades concomitantemente. São realizados atendimentos diários, programados e de livre demanda, plantões e produção epidemiológica, observando-se uma sobrecarga do trabalho<sup>19, 20</sup>.

O enfermeiro coordenador tem a função de organização do processo de trabalho no Polo, distribuindo a escala de trabalho da equipe, inclusive os plantões noturnos. O coordenador ainda resolve os problemas administrativos, tais como: solicitação de medicamentos e insumos, zelar pela manutenção dos motores e barcos do polo, interlocução entre Polo Base e sede do DSEI. Ele também é demandado para a resolução

de conflitos interpessoais entre profissionais e conflitos na aldeia, sendo uma referência relevante para os indígenas.

As visitas às aldeias são realizadas de acordo com cronograma pré-estabelecido, pelo coordenador e todas são visitadas num período de 20 dias. A aldeia Belém do Solimões por concentrar 47% de toda a população do polo base acaba por ser mais a assistida pela equipe, já que o polo base nunca fica sem a presença da equipe<sup>13</sup>. Para fins de organização do processo de trabalho as comunidades foram divididas em 8 microáreas de acordo com a população e localização, para a realização dos atendimentos. As equipes cobrem as oito micro-áreas sendo 1 enfermeiro responsável por 2 microáreas, já os médicos cobrem as micro-área de acordo com a escala. Cada aldeia possui no mínimo um AIS, que acompanha as ações de saúde durante a visita das equipes e realiza visita nas aldeias diariamente. Esta rotina de atendimentos e atuação junto à população adscrita são ferramentas que potencializam a gestão do trabalho e ressaltam a importância do está preconizado pela PNASPI<sup>1</sup>.

Durante as visitas domiciliares, tanto em Belém quanto nas outras aldeias, são realizados os atendimentos voltados para os programas da atenção básica, e atendimentos mediante queixas, com ênfase em segmentos específicos, como crianças, gestantes, idosos, hipertensos e diabéticos. E, também, são realizadas visitas domiciliares, e atividades preventivas, através da educação em saúde.

Todo esse processo é relatado na fala do enfermeiro 2 e AIS 1:

*Ele (coordenador) faz uma escala de quem vai pra comunidade e de quem fica. Então aqui a gente faz os atendimentos [...] de morbidade, geralmente o médico. Cada enfermeiro é responsável por uma micro área, então, nas micro áreas a gente faz visita domiciliar, as consultas de baixo peso, as visitas domiciliares às crianças de baixo peso, orientação e palestra, visita a gestantes. A gente faz duas entradas em cada comunidade. Eu opto por isso, então ... a primeira coisa que eu faço na comunidade é a orientação*

*e palestra, a gente chama todo mundo, senta em roda e faz a palestra primeiro. (Enfermeiro 2)*

*Quando nós vamos pra o polo base para o expediente, se não tiver consulta a gente sai para a visita, porque cada agente de saúde tem suas áreas né? [...] Minha função é sair, ir nas casas, entrar lá e conversa com a família. [...] a gente fala com as famílias o que pode causar doenças, sobre as verminoses, diarreia, fala como tratar a água também. E se tem alguma casa que tem doente a gente traz com o enfermeiro, quando tem médico também, pro médico fazer o tratamento. Esse tratamento a gente acompanha também, porque é nosso trabalho também como AIS. E as vezes também a gente faz uma palestra né? (AIS 1)*

As falas acima apontam para a atuação de equipes mais focadas nas ações domiciliares e voltadas para ações promotoras do cuidado. Um estudo realizado por Nascimento e Nascimento<sup>21</sup>, demonstra que as equipes da atenção básica têm modificado sua forma de atuação, “[...] não mais centrado na doença e no indivíduo nem na medicalização da assistência, com o enfoque na família, cujas práticas devem dar ênfase às ações de promoção e prevenção da saúde na perspectiva da integralidade da atenção”.

Para os usuários da aldeia Belém do Solimões a maioria dos atendimentos são realizados no Polo. As consultas de pré-natal, puericultura e preventivo de câncer de colo de útero (PCCU) são realizadas na unidade do Polo, mediante agendamento prévio em decorrência da melhor infraestrutura. Cada aldeia tem o seu dia no agendamento, e os paciente agendados são levados à Belém pelo AIS da comunidade.

Na comunidade de Belém, o fluxo do serviço prestado é organizado pela equipe dentro da unidade de saúde. Após a realização da triagem pelos técnicos de enfermagem, e o atendimento nos consultórios, seja pelo enfermeiro ou pelo médico, o usuário é conduzido pelos setores da UBS. Caso o cartão vacinal do usuário precise ser atualizado este é encaminhado para imunização, e a vacina é feita imediatamente. Caso o indígena



saia medicado da consulta ou necessite de exames, este é encaminhado para a farmácia onde é orientado novamente o uso da medicação ou para o laboratório.

Esta configuração de organização do serviço instituída pela equipe denota que a produção do cuidado está sendo efetiva na perspectiva do trabalhador, quanto aos alcances de algumas metas e níveis de produtividade, mas na perspectiva do usuário indígena não podemos ter a mesma certeza, porque há uma relação intercultural que é mediada pelo AIS, não expõe a satisfação ou resolutividade do cuidado<sup>20</sup>.

A unidade no Polo Base tem um fluxo intenso de atendimentos ambulatoriais durante todos os horários do dia. Por isso, cada dia 1 enfermeiro é escalado para permanecer nos atendimentos no polo, mesmo com a presença do médico. Além do trabalho diurno no qual os médicos, enfermeiros e técnicos estão escalados junto com os outros profissionais da equipe, estas categorias ainda possuem a incumbência do trabalho noturno, num plantão no qual se aguarda possíveis intercorrências, e se acompanha pacientes internados na unidade. Os pacientes internos recebem medicação intravenosa e alimentação, enquanto permanecem no Polo Base.

*Éramos 4 médicos, então ficava 2 médicos a cada 15 dias. Nós nos dividíamos através do cronograma e plantões. Por exemplo, segunda eu passava o dia no consultório e o Doutor X, entrava a noite para o plantão, porque tem plantão a noite, e é praticamente 24 horas [...]. Então, enquanto um médico fica no consultório atendendo durante o dia, o outro vai para a comunidade realizar atendimentos, porque Belém cobre muitas aldeias [...]. Quem vai para a comunidade assume o plantão noturno. É um pouco pesado, os plantões deveriam ser emergenciais. Vamos dizer que um cortado, uma mulher em trabalho de parto, mas não funciona bem assim. Aí é um pouco complicado... porque temos que dormir para estar acordado no outro dia 7 horas da manhã (Médico 1).*

Os profissionais relataram que durante os atendimentos de livre demanda e plantões os principais problemas de saúde atendidos são: infecções respiratórias e

diarreicas, principalmente em crianças, infecções parasitárias, infecções sexualmente transmissíveis, violências (física e sexual), suicídio e partos. Percebe-se, pela dinâmica intensa de trabalho, e pelas falas acima que existe uma sobrecarga de trabalho na atuação da equipe médica e de enfermagem, principalmente, por força dos plantões noturnos e subsequentes trabalho diurno, sem descanso durante o dia, excesso de demanda, complexidade do cuidado prestado e mediação para o diálogo cultural.

Verifica-se, que o processo de trabalho desenvolvido pela equipe na atenção à população indígena não abrange apenas as competências da atenção básica, não as atividades descritas nas PNASPI mas ultrapassa os cuidados primários, incluindo realização de partos, consultas de urgência, e estabilização de casos emergenciais para envio ao município de referência. Este modelo de atenção se dá na maioria dos DSEIs pelas distâncias entre os municípios de referência e o Polo Base, fazendo com que os problemas de todo tipo sejam demandas a serem resolvidas pela EMSI<sup>20</sup>. Isso ocorre também em detrimento das necessidades apresentadas pela população frente ao serviço, e possibilidade de adaptação desse serviço a sua clientela que prescinde de cuidados diferenciados, conforme a PNASPI<sup>1</sup>.

Diante do que foi descrito, entende-se que a organização do processo de trabalho interfere diretamente na qualidade o cuidado prestado pela equipe no serviço de saúde indígena, portanto as tensões entre o trabalho assistencial e de gestão do serviço não devem se sobrepor a potencialidade criativa dos trabalhadores e às subjetividades na relação usuário-profissional. Deve-se ter em mente que a centralidade do trabalho em saúde é o usuário, e que este deve contribuir com a solução dos problemas do cotidiano e com o andar autônomo dos sujeitos<sup>12</sup>.

### **Efeitos do Programa Mais Médicos na organização do processo de trabalho**

A PNASPI orienta que as EMSI devem ter composição básicas de: médicos enfermeiros odontólogos, técnicos de enfermagem e agente indígena de saúde. Apesar

disso, a problemática do provimento de médicos para atuação na saúde indígena é histórica, e ainda não totalmente solucionada<sup>1,6,10</sup>. O Programa Mais médicos foi implantado a partir de 2013 na saúde indígena, quando o DSEI Alto Solimões recebeu 6 médicos cubanos que supriram a necessidade imediata de profissionais para atuar em área. A implantação foi avançando e no ano de 2018, até o mês de julho, o DSEI já dispunha de 29 médicos inseridos nos Polos Base, segundo o Gestor Distrital.

Na tentativa de compreender como se dava o provimento de médicos antes do Programa, o entrevistado foi questionado sobre a rotatividade de médicos nas EMSIs, antes do PMM, contribuiu para a fragmentação do cuidado. O gestor relata a seguir:

*A gente nem tinha rotatividade, porque aqui não tinha médico. Então não posso dizer que contribuiu né? O fato é que não tinha médico. Ninguém queria, ninguém quer. [...] o Polo que eu trabalhava em 2005-2007 só tinham 4 técnicos de enfermagem e 2 enfermeiras. Nós éramos médicos lá, fazíamos de tudo, parto, sutura, tudo que tú imaginasse [...] era técnico de enfermagem sendo médico, atendendo e receitando, porque ou tu faz, ou tu não faz nada, nos éramos chamados de Dr. Com o programa mais médicos a gente pode colocar médicos em aldeia que nunca tinha tido antes. (Gestor 1)*

*Conseguimos dispor de um atendimento médico para aldeias que desde a época da criação dos DSEIs nunca tinham recebido um médico, atender indígenas que nunca haviam passado por uma avaliação médica, e aqui a gente tem conseguido colocar os médicos para trabalhar dentro da aldeia. Com o trabalho que eles realizam a gente consegue impactar diretamente na melhoria dos indicadores de saúde. (Gestor 2)*

Através da fala podemos inferir 02 problemas existentes anteriores ao Programa. O primeiro é ausência de médicos nas EMSIs, fato que fere a PNASPI e contribui para a ausência da integralidade da atenção na saúde indígena<sup>1</sup>. O segundo é realização de atividades de atribuições, relacionadas ao médico na divisão corporativa do cuidado em

saúde, praticadas por outros profissionais. Esta era uma situação comum em áreas indígenas, visto que o profissional se sentia obrigado moralmente a realizar as atividades, a fim de não deixar de realizar o atendimento ao usuário, mesmo que não fosse legalmente habilitado para este fim<sup>20</sup>.

A chegada dos médicos proporcionou uma certa organização do processo de trabalho e intensificação de atividade de promoção à saúde e prevenção, já que cada profissional pôde se dedicar a exercer o seu papel na equipe multiprofissional:

*[...] eu cheguei aqui há cinco anos atrás sem médicos. Então, depois que eles chegaram ajudou muito [...] os médicos chegaram e nós ficamos livres para desenvolver os programas que eu como enfermeira tenho que fazer. Se tem um médico aqui eu não vou suturar, né? Agora se não tem médico... (Enfermeira 3)*

*Antes do programa mais médicos não tinha médico aqui, aqui só enfermeiro fazia morbidade, tudo, né? Na falta de médico os enfermeiros faz sutura, faz tudo. O que é mais difícil quando não tem médico aqui é que não tem como fazer atestado médico, nem encaminhamento, porque é só médico que tem que fazer. (AIS 1)*

*[...] Então, foi uma tacada maravilhosa, tem surtido efeito, a gente sabe disso, a gente vê isso. Porque antes o enfermeiro era assistencial, fazia a parte administrativa e ainda era médico também. Hoje não, a equipe faz o papel dela ali, faz o atendimento dentro do que o protocolo clínico permite, mas a gente tem um médico. (Gestor 1)*

A EMSI, ainda, relata que quando aparecia algum médico na aldeia, os atendimentos eram esporádicos, e que estes passavam em torno de um a cinco dias na aldeia.

*Na aldeia mesmo, trabalhando 20x10, atendendo junto com a equipe, nunca teve. Tem comunidade que veio ver médico com o programa mais médicos. Tinha comunidade que tinha um médico*

*contratado que ele ia passar 1 dia e meio na comunidade, ganhava por 40 horas, 1 dia e meio! Então não tinha, a qualidade que se tem hoje. (Técnico de Enfermagem 1)*

Percebe-se que o ingresso de médicos provocou não só um aumento quantitativo de profissionais, mas também proporcionou a longitudinalidade do cuidado, visto que estes realizam comprimento de escala de 15 dias de trabalho por 15 dias de folga, permanecendo mais tempo nas aldeias. A permanência em área por mais tempo favorece o conhecimento da população assistida e criação de vínculos entre a equipe, e entre profissionais e usuários. Ainda, vem a contribuir para qualidade do cuidado e efetividade da atenção diferenciada, visto que os médicos ao trabalharem inseridos no contexto do território podem ter maior compreensão sobre o sistema de cura tradicional destes povos

23.

Outro ponto a importante a ser destacado é que o médico do PMM é exclusivo para atuação no polo base, e o seu foco de atuação é a atenção básica, sendo uma das obrigadoriedades no ingresso a realização de especialização em Saúde Indígena, que atualmente é oferecida a distância pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)<sup>10</sup>. Sendo assim, este profissional está mais preparado para atuar nos desafios que a atenção básica produz, deixando de lado a lógica hospitalocêntrica, e compreendendo que o cuidado implica em “acolhimento, criação de vínculo, a produção da resolutividade e a criação de maiores graus de autonomia, no modo das pessoas andarem a vida”<sup>12</sup>.

*De lá para cá com a chegada deles a gente percebe que há uma melhoria do atendimento à população indígena, porque é mais um integrante na equipe. Um profissional que dá suporte nas ações de prevenção, da promoção da saúde e principalmente da recuperação. (Enfermeira 4)*

*[...] Os cubanos são mais cautelosos eles medicam menos, e preferencialmente via oral, medicações intravenosas eles são mais*

*restritos, tem mais cautela. O médico ele abriu um leque pra mim, porque eu sou limitada, eu não posso fazer uma solicitação de ultrassom de pré-natal, agora com o médico aqui... (Enfermeira 2)*

As falas acima demonstram que há as mudanças positivas no processo de trabalho do cuidado, com a chegada dos médicos. Fica evidente também a produção de potência que o trabalho do médico proporciona às outras categorias profissionais para o desenvolvimento das suas atividades, favorecendo a organização do trabalho.

Apesar disso, diante das falas, é importante ressaltar que a formação dos profissionais da saúde, como um todo, tem um cunho fortemente biomédico, o que tende a privilegiar a medicalização, intensificação do uso de fármacos e exames. Por isso podemos observar nas falas de alguns entrevistados uma tensão na avaliação entre a atuação dos médicos brasileiros e cubanos em relação à produção do cuidado na atenção básica, conforme abaixo descritas:

*[...] Eles (os cubanos) trabalhavam mais a prevenção. O médico brasileiro, ele quer mais trabalhar emergência, mas a atuação dos quatro com quem eu trabalhei é ótima, a interação com a equipe também. (Técnico de Enfermagem 2)*

*Os médicos cubanos têm um maior cuidado em fazer uma avaliação destes pacientes, ele tem o cuidado de pedir para o paciente deitar na maca, realizar uma avaliação céfalo-caudal. O brasileiro faz mais uma avaliação cadeira a cadeira. Não que um seja melhor que o outro, mas o profissional que avalia o paciente e toca o paciente consegue ter uma afinidade maior com o paciente. (Enfermeira 1)*

Segundo os entrevistados, geralmente os médicos brasileiros tem maior afinidade de atuação no âmbito biomédico, emergencista, com uma visão focada na medicalização, muito em consequência da formação médica no Brasil. Enquanto que os médicos cubanos tem atuação com foco maior na saúde da família, consequências também de

sua formação, o que tende a torna-los mais sensíveis às queixas e problemas do usuário indígena, fortalecendo o diálogo cultural com a população.

Assim foram relatadas nas entrevistas situações que demonstram a satisfação da equipe multiprofissional e dos usuários com o Programa, principalmente com os médicos cubanos, pela metodologia de trabalho dos mesmos, com foco no atendimento humanizado e na ações de prevenção e promoção da saúde:

*[...] E é isso que a gente ouve da população indígena. Quando eles sabem que tem médico saindo em final de missão eles sempre questionam: os próximos médicos que virão vão ser cubanos? A maioria dos indígenas tem uma aprovação muito grande pelos médicos cubanos. [...]* (Enfermeira 1)

*[...] Quando o médico tá aqui ele atende muitos pacientes, porque a aqui tem 6 mil e poucos habitantes, só aqui em Belém. Aí a demanda é muito grande. Todo mundo que vem aqui pra consultar é atendido, porque o médico cubano trabalha, né? Acho que o médico cubano ele trabalha mais com a saúde da família. (AIS 1)*

Outros fatores relacionados aumento de número de atendimentos, diminuição da demanda espontânea, devido a maior frequência e programação dos atendimentos, e qualificação dos encaminhamentos também foram mencionados nas falas dos entrevistados:

*Antigamente o agente de saúde às vezes fazia 5, 6 viagens no mês para Belém, hoje ele só vem se tiver emergência. E o que ele puder aguentar lá que não for emergência, a gente vai tá visitando ele, a gente atende por lá. Ou o enfermeiro ou o médico. Repito, quando tem médico é diferente, muda toda a história. [...]* Sempre tem um médico indo para as comunidades, então desafoga muitos a demanda aqui. (Enfermeira 2)

*Com o médico aqui a gente trabalha como equipe, vou dar um exemplo, minha gestante é hipertensa, eu preciso que ele olhe ela, encaminhava e ele olhava. Então uma consulta era comigo, outra*

*consulta era com ele. A gente fazia esse acordo, nós trabalhamos em equipe mesmo. (Enfermeira 3)*

*[...] Reduziu encaminhamentos. Os encaminhamentos que são feitos agora são encaminhamentos necessários. Não vem por qualquer coisa, vem porque tem necessidade, porque o que tem condições de fazer lá o médico faz. E aí redução de indicadores. Não é só a presença do médico, mas ele junto com o trabalho da equipe, a gente tem muitos indicadores melhores: mortalidade infantil é um deles [...] (Gestor 1)*

Apesar desta pesquisa não estar voltada para a avaliação da qualidade do serviço dos médicos do PMM, muitas falas foram encontradas nesse sentido, ressaltando a importância do programa para a organização do trabalho na saúde indígena, sugerindo melhoria de indicadores de saúde e elogiando os trabalho dos médicos, principalmente os cubanos, pelo trabalho que vem sendo realizado em área indígena como pode comprovar também os estudos de Fontão e Pereira<sup>6</sup>, que tratam de uma pesquisa de opinião, e Schweickard et.al<sup>11</sup>, que trata do trabalho dos médicos do PMM em região amazônica.

### **Considerações Finais**

Diante dos resultados, podemos considerar que o Programa Mais Médicos trouxe benefícios para atuação das equipes e organização do processo de trabalho realizado na saúde indígena, em específico no DSEI ARS e no Polo Base Belém do Solimões. Somente o provimento de médicos que antes não existia, já contribuiu para a diminuição das iniquidades na distribuição de médicos, integralidade do cuidado e adequação das equipes de saúde à PNASPI. A permanência e fixação destes profissionais em área indígena promoveram também a produção de vínculos, continuidade da atenção, integração entre atenção básica indígena e rede SUS através da atuação em rede, constância de atendimentos com foco nos cuidados primários, melhor organização da



equipe de saúde para suprir as demandas da comunidade e fortalecimento do trabalho multiprofissional em equipe.

Além disso, o PMM contribuiu para a reestruturação do trabalho desenvolvido pelas equipes, diminuindo a demanda espontânea, já que houve maior organização do processo de trabalho, e melhorando a capacidade de ampliar a oferta assistencial em ações programáticas ou preventivas, o que produziu efeitos para maior acesso da população ao serviço.

Sendo assim, entende-se que a política de provimento de médicos através do PMM é de extrema necessidade para qualificação do modelo de atenção preconizado pela PNASPI, assim como também para a expansão do trabalho das Equipes, seja na organização interna do funcionamento do serviço ou na melhora dos indicadores de saúde dos povos indígenas.

## **Referências**

- 1-** Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Portaria nº 254, de 31 de Janeiro de 2002. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, e determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. Link: [http://www.funasa.gov.br/site/wpcontent/files\\_mf/Pm\\_254\\_2002.pdf](http://www.funasa.gov.br/site/wpcontent/files_mf/Pm_254_2002.pdf)
- 2-** Garnelo L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: Pontes AL; Garnelo L. Saúde Indígena: Uma introdução ao tema. Edições MEC/Unesco, 2012. p. 19 - 58.
- 3-** Pontes ALM, Rego S, Garnelo L. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(10):3199-3210.

- 4- Presidência da República (BR). Lei nº 9836 de 23 de Setembro de 1999. Institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências". Link: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9836.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9836.htm).
- 5- Cardoso MD. Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. In: Langdon E J, Cardoso, M D. Saúde Indígena: Políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Editora UFSC, 2015. p. 83 - 106
- 6- Fontão MAB, Pereira E L. Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. Interface (Botucatu). 2017; 1(1): p. 1169 - 1180.
- 7- 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.
- 8- Lima RTS, Fernandes TG, Costa FS, Balieiro AAS, Schramm JMA, Schweickard JC, Ferla AA. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. Ciênc. saúde coletiva. 2016; 21(9): p. 2685 - 2696.
- 9- Collar JM, Neto JBA, Ferla A. Formulação e impacto do Programa Mais Médicos na atenção e cuidado em saúde: contribuições iniciais e análise comparativa. Saúde em Redes. 2015; 1(2): p. 43-56. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.pup/rede-unida/article/view/591>.
- 10- Gondin FSS. Projeto Mais Médicos na saúde indígena no Brasil: perfil e cobertura dos profissionais nos distritos sanitários especiais indígenas – DSEI. [Dissertação]. Brasília (DF). Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2018.
- 11- Schweickard JC, Lima RTS, Ferla AA, Martino A. O “Programa Mais Médicos” e o trabalho vivo em saúde em um município da Amazônia, Brasil. Saúde em Redes. 2016; 2(3): p. 328 – 341.

- 12-**Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: Franco TB, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. 1ª edição. São Paulo: Hucitec, 2013.
- 13-**Franco TB. Modelo Assistencial Para a Saúde Indígena. Publicado Online em: <https://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub42.pdf>. Belo Horizonte, 30 de novembro de 2004. Acessado em 20/08/2017.
- 14-**Sistema de Informação de Atenção à saúde Indígena (SIASI). SESAI – MS. Dados infirmados em Maio de 2018.
- 15-**Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 14ª Edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2014.
- 16-**YIN R. Estudo de Caso: Planejamento e Método. 2ª edição. Porto Alegre: Bookman, 2001.
- 17-**Orlandi EP. Análise de discurso: princípios e procedimentos. 8ª Edição. Campinas: Editora Pontes, 2005.
- 18-**Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- 19-**Villar RMT. Humanização das condições de trabalho. Um dos pré-requisitos para a humanização da assistência? [Tese]. Rio de Janeiro (RJ). FIOCRUZ - Departamento de Ensino de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher, 2009.
- 20-**Rocha ESC. Uma etnografia das práticas sanitárias no Distrito Sanitário especial indígena do Rio Negro - Noroeste do Amazonas. [Dissertação] Manaus (AM). Universidade Federal do Amazonas. Instituto de Ciências Humanas e Letras, 2008.
- 21-**Nascimento MS, Nascimento MAA. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2005; 10(2): p. 333 -345.
- 22-**Ribeiro AA, Arantes CIS, Gualda DMR, Rossi LA. Aspectos culturais e históricos na produção do cuidado em um serviço de atenção à saúde indígena. Ciência & Saúde Coletiva. 2017; 22(6): 2003 a 2012.

## Artigo 2

Gestão do cuidado e modelo de atenção na saúde indígena: um estudo de caso.

Management of care and care model in indigenous health: a case study.

Gestión del cuidado y modelo de atención en la salud indígena: um estudio de caso.

Autores:

Taís Rangel<sup>e</sup>

Júlio Cesar Schweickardt<sup>f</sup>

Rodrigo Tobias<sup>2</sup>

Revista: Saúde em Redes

Artigo de pesquisa

Todos os autores trabalharam indistintamente na produção deste material em todas as fases do artigo

---

<sup>e</sup> Pós-graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, Instituto Leônidas e Maria Deane – Fiocruz Amazônia

Rua Terezina, 476, Adrianópolis, Manaus, Amazonas, 69057-060 [taisrca@hotmail.com](mailto:taisrca@hotmail.com) <sup>f</sup> Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia, Instituto Leônidas e Maria Deane – Fiocruz Amazônia

**Resumo:** O ato de cuidar é mediado pelos sistemas de significação de doença e saúde de uma sociedade. Entre os povos indígenas, cuidado e cura são representados de acordo com a sua cosmologia. Por isso, este artigo teve como objetivo analisar a gestão cuidada desenvolvida pela equipe saúde indígena, sua relação com a medicina tradicional indígena, e seus atores, no Polo Base Belém do Solimões, do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões – Amazonas, Brasil. Trata-se de um estudo de caso qualitativo, descritivo, realizado por entrevista com gestores e profissionais da saúde indígena. Os resultados encontrados demonstram avanço na qualidade da assistência aos povos indígenas nos últimos anos e interação entre a medicina tradicional e a ocidental. Ainda assim, o cuidado aos povos indígenas deve ser repensado constantemente, relativizando a medicina ocidental e aproximando os saberes tradicionais da atenção básica indígena.

**Palavras-chave:** Cuidado em saúde, Saúde das populações indígenas, Medicina tradicional, Atenção à saúde.

**Abstract:** The act of caring is mediated by the systems of meaning of disease and health of a society. Among indigenous peoples, care and healing are represented according to their cosmology. Therefore, this article aimed to analyze the care management developed by the indigenous health team, its relationship with indigenous traditional medicine, and its actors, at the Belém do Solimões Polo Base, of the Alto Rio Solimões Indigenous Special Sanitary District - Amazonas, Brazil. This is a qualitative, descriptive case study conducted by interview with indigenous health managers and professionals. The results show an improvement in the quality of assistance to indigenous peoples in recent years and the interaction between traditional and western medicine. Nevertheless, care for indigenous peoples must be constantly rethought, relativizing Western medicine and bringing traditional knowledge closer to indigenous basic attention.

**Word-keys:** Health Care, Health of indigenous peoples, Medicine Traditional, Attention to health.

**Resumo:** O ato de cuidar y mediar en los sistemas de medios de comunicación y de salud social. Entre os povos indígenas, cuidado y cura são representados de acordo com a sua cosmologia. Por lo tanto, este artículo tuvo como objetivo el análisis y la gestión, así como las relaciones con los indígenas, su relación con la medicina tradicional indígena, la Base de Polo y la Base de Fútbol, el Distrito Sanitario Especial Indígena Alto del Río Solimões - Amazonas, Brasil. Se describe el caso de un caso cualitativo, descriptivo, realizado por entrevista con gestores y profesionales de la comunidad indígena. Los resultados encontrados se muestran a través de la calidad de la asistencia a través de los medios de comunicación de los últimos años y la interrelación entre la medicina tradicional y la casualidad. Ainda assim, o cuidado aos povos indígenas deve ser repensado constantemente, relativizando una medicina ocasional y la aproximación de los conocimientos tradicionales de la atención básica de los indígenas. **Palabras clave:** Cuidado en salud, Salud de las poblaciones indígenas, Medicina tradicional,

Atención a la salud.

## **Introdução**

O ato de cuidar é mediado pelos sistemas de significação de doença e saúde na sociedade, e tem representações variadas, a depender dos padrões culturais de vivência do indivíduo. Entre os povos indígenas, os meios de cuidado e cura são representados em cada etnia de acordo com a sua cosmologia (LAGDON, 1994). Os modos de compreensão do adoecer, em uma determinada cultura, definem como será desenvolvido o processo de cuidado e quais atores serão protagonistas desta ação. Por isso, é importante que na atenção à população indígena, a gestão do cuidado seja coordenada por profissionais que compreendam o sistema de cura tradicional dessas comunidades e atuem de forma a integrar a medicina tradicional à biomédica.

Segundo Mendonça (2004), em diversas sociedades tradicionais o alcance da cura, ou da saúde, ocorre mediante o estímulo positivo de três dimensões: biofísica, subjetiva/psicossocial e sociocultural. Estas dimensões são de extrema relevância para a compreensão do processo de saúde-doença entre diversos povos, sendo a cura proveniente do reestabelecimento do equilíbrio entre elas. Na grande maioria dos povos indígenas, as origens das doenças estão relacionadas com duas causas: míticas e naturais.

As causas míticas se dão na relação entre os espíritos que atuam no mundo terreno e os povos vivos, através da ação de possessões, feitiços, e perda da alma, devido à quebra de tabus vigentes. As que se relacionam com as causas naturais, estão ligadas ao desrespeito aos elementos da natureza, como morte de animais sem fins alimentícios ou de defesa, a ingestão de determinados alimentos em períodos proibidos, como na gestação, ou comportamentos considerados moralmente errados nesta cultura. Mas, também, relacionam-se com o ambiente vivido e as alterações biofísicas do corpo, como o estresse, a má alimentação, as alterações de temperaturas, as condições de poluição da local de residência, dentre outros (YAMAMOTO, 2004; LANGDON et al., 2010; FERREIRA, 2013b).

Nestas populações o processo de adoecimento, assim como de cura é orientado, principalmente, por rituais de oferta, uso de plantas, chás, canções terapêuticas e rezas, realizados por cuidadores tradicionais, como pajés, parteiras, xamãs ou rezadores (GARNELO et al., 2004). Em realidade, segundo Langdon (1994, p. 116), para estes povos “atualmente, o processo terapêutico caracteriza-se como uma negociação contínua sobre a interpretação dos signos da doença e a escolha de terapia apropriada nesta situação pluriétnica com várias alternativas.”. A escolhas terapêuticas transpassam os cuidados familiares, as ervas do pajé ou parteira, as bençãos do rezador, e a assistência da equipe de saúde atuante no território. E nada impede que diversas alternativas sejam acessadas simultaneamente.

As políticas para populações específicas, como quilombolas, indígenas, ribeirinhas e pessoas em situação de rua, assim como políticas de reorientação do trabalho na saúde da família, criam modelos alternativos que deveriam se configurar e atuar de acordo com o território e com as necessidades de saúde da população assistida. Apesar disso, o paradigma biomédico ainda é um desafio a ser superado na execução destas políticas, pois ainda está muito presente na formação dos profissionais de saúde, refletindo nos processos de cuidado ofertado aos usuários (FEUERWERKER, 2014).

Na atenção aos povos indígenas, o pressuposto do cuidado, segundo a Política Nacional de Atenção à saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2002), é a atenção diferenciada, que considera os aspectos étnicos, culturais e epidemiológicos específicos de cada população, e sugere práticas de cuidado que ultrapassem a medicalização e o modelo biomédico como eixo de trabalho para as equipes multiprofissionais de saúde indígena (EMSI). As equipes de saúde devem potencializar suas práticas de atenção para a reorganização do serviço, a fim de garantir o cuidado pautado no diálogo entre o sistema de cura tradicional e o biomédico.

Ao refletirmos sobre os modos de produzir cuidado entre povos indígenas, precisamos compreender sua forma de viver no mundo para dialogar com ela, sem partir

apenas da ótica de visão de mundo do não indígena (SZTUTMAN, 2008). Diante do exposto, entendendo que é necessário refletir sobre o modelo de atenção à saúde indígena atual, e sob qual lógica vem sendo desenvolvido pelas equipes de saúde nas comunidades, este estudo tem como objetivo compreender a gestão cuidada desenvolvida pela equipe saúde indígena e a sua relação com a medicina tradicional indígena e seus atores.

### **Percurso Metodológico**

Este manuscrito foi desenvolvido a partir da dissertação de mestrado “Gestão do trabalho na Saúde Indígena e o Programa Mais Médicos: um estudo de caso no DSEI Alto Rio Solimões – AM”, do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA), do Instituto Leônidas E Maria Deane – FIOCRUZ.

O local de estudo foi o Polo Base Belém do Solimões, que está inserido no Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena (DSEI) Alto Rio Solimões (ARS), localizado no Estado do Amazonas, na região da tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru. A escolha do campo de pesquisa foi intencional, já que este DSEI presta assistência à saúde para a segunda maior população indígena brasileira e é citado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) como referência no Amazonas. O DSEI atende à 67699 pessoas distribuídas em 232 aldeias, habitadas por indígenas de 7 etnias diferentes: Ticuna, Kocama, Kaixana, Kambeba, Kanamari, Witoto e Maku-Yuhup, sendo a maior população da etnia Ticuna (SIASI, 2018).

O Polo Base escolhido é representativo, pois abriga a maior população do DSEI ARS, com o total de 10008 pessoas cadastradas, além da maior extensão territorial. Possui em sua área de abrangência 28 aldeias, sendo uma delas a maior aldeia do DSEI,



também chamada de Belém do Solimões. Com 4738 indígenas em seu território, Belém do Solimões está a uma distância de duas horas do município de referência para a região do Alto Solimões, o que facilita o trânsito entre a comunidade e a cidade (SIASI, 2018).

Sua população é predominantemente da etnia Ticuna, mas possui um percentual importante de indígenas Kocama. Estas duas etnias diferem nos costumes, linguagem e representações da cosmologia, pois ambas enfrentaram o processo de colonização de formas diferentes, construindo modos distintos de sobrevivência cultural e manutenção de costumes tradicionais. A religião tem papel importante dentro da comunidade, as congregações abrangem a igreja Católica, Assembleia de Deus, Pedrângular e Irmandade Santa Cruz, sendo a maioria das pessoas de fé católica.

Esta pesquisa se configura como um estudo de caso com abordagem qualitativa, de caráter analítico, com foco na compreensão da gestão do cuidado em área indígena. Para a execução da pesquisa foram utilizadas técnicas de observação participante e coleta de dados primários, através de entrevistas semiestruturadas, com os profissionais da equipe multiprofissional do Polo Base Belém do Solimões, chefe da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI), e com gestor do DSEI.

Foram realizadas 17 entrevistas semiestruturadas, contendo de 17 a 20 perguntas a respeito do trabalho realizado pela equipe multiprofissional na saúde indígena, com ênfase no cuidado e na inserção dos cuidadores tradicionais na rotina do serviço. Os entrevistados foram: 06 enfermeiros assistenciais, 01 enfermeiro coordenador do polo, 03 técnicos de enfermagem, 03 agentes indígena de saúde (AIS), 02 médicos do Programa Mais Médicos pelo Brasil (PMMB), 01 chefe da DIASI, e 01 gestor do DSEI.

Para análise dos dados foi utilizado o método de análise de discurso, onde foram estudadas as falas dos sujeitos como formas de impressão das suas subjetividades. Procurou-se analisar o que há por traz da fala, compreender o simbólico, e os reais significados das falas, do dito e do não dito em entrelinhas (ORLANDI, 2005).

Ao realizar a análise dos dados, a partir do discurso verbalizado pela equipe, os conteúdos foram categorizados em dimensões. Utilizou-se como unidade representativa das falas as seguintes dimensões: A equipe multiprofissional e o modelo de atenção diferenciado, o cuidado biomédico e os atores do sistema de cura tradicional, a linguagem e o papel do AIS.

O presente estudo respeitou os critérios éticos da pesquisa social, além das exigências da FUNAI e SESAI para a entrada em área indígena, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/CONEP (CAAE: 80564817.9.0000.5020).

## **Resultados e Discussão**

A equipe de saúde do Polo Base Belém do Solimões é multiprofissional, e composta por trabalhadores não indígenas brasileiros e cubanos, e indígenas da etnia Ticuna e Kocama. A equipe conta com técnicos de enfermagem e enfermeiras indígena da etnia Kocama, e com os agentes indígenas de saúde (AIS) e agentes indígenas de saneamento (AISAN) Ticunas e Kocama, que compõem 56% da força de trabalho do Polo Base.

Os profissionais se dividem em duas equipes, que prestam assistência nas 28 aldeias de abrangência, numa escala de 20 dias trabalhados por 10 dias de folga. As equipes multiprofissionais ficam lotadas em sua maioria em Belém do Solimões, onde está a sede do Polo Base, e realizam atendimentos periódicos em outras aldeias, por meio de cronogramas visita, a fim de prestar melhor assistência. Alguns profissionais ficam lotados nas aldeias a fim de realizar atendimento imediato caso necessário. A composição e lotação da equipe multiprofissional está desenhada, conforme tabela abaixo.

**Tabela 1 - Composição da equipe multiprofissional por local de lotação.**

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Lotação: Polo Base</b>	<b>Lotação: Aldeias</b>	<b>TOTAL</b>
Assistente Social	0	0	0
Cirurgião Dentista	3	0	3
Enfermeiro	9	0	9
Farmacêutico	1	0	1
Médico	4	0	4
Nutricionista	1	0	1
Psicólogo	1	0	1
Técnico de Enfermagem	17	0	17
Técnico de Laboratório	2	0	2
Técnico de Saúde Bucal	5	0	5
Microscopistas	1	0	1
AISAN	6	7	13
AIS	17	38	55
Auxiliar de Serviços Gerais	2	0	2
Vigilantes	4	0	4
Auxiliares Administrativos	1	0	1
Motorista Fluvial	3	0	3
<b>TOTAL</b>	<b>77</b>	<b>45</b>	<b>122</b>

Fonte: Tabela elaborada pelos autores com base no banco de dados do SIASI, 2018.

O papel da equipe multiprofissional é essencial para o acesso da população à saúde e para melhoria do cuidado prestado aos usuários, já que estes estão aldeados e muitos não falam português com facilidade, dificultando o acesso aos serviços na rede municipal de referência. A escassez de médicos e disponibilidade destes para atuar em área indígena tem sido um grande problema para a garantia da continuidade do cuidado. Em anos anteriores ao PMMB, o Polo Base Belém do Solimões não dispunha de médicos compondo a equipe multiprofissional. Isto dificultava o trabalho da equipe, que se via forçada a fazer remoções e encaminhamentos para o município de referência para realização de procedimentos médicos (FONTÃO, 2017).

Com provimento de médicos, através do PMMB, tornou-se possível a assistência da população por esta categoria profissional desde sua implantação, melhorando a organização do processo de trabalho, conforme relatado pelos gestores. A equipe completa possibilita maior oferta de cuidados dentro comunidade, diminuindo a necessidade de encaminhamentos para outros serviços, qualificando a assistência e tornando os períodos de adoecimentos menos traumáticos para o usuário.

### **Atuação da equipe multiprofissional e o modelo de atenção diferenciado**

O desenho de atendimento ao indígenas, preconizado pelo modelo de atenção diferenciado, é focado na visita e atendimento domiciliar, no contexto familiar, pautadas em ações preventivas e de promoção da saúde, que contemplem o usuário na sua integralidade, respeitando as práticas tradicionais da cultura indígena (BRASIL, 2002; PONTES et al., 2015). Este formato possibilita que a atuação dos profissionais da saúde indígena produza um estreitamento no relacionamento com os usuários, com maior intensidade do que os profissionais da atenção básica em outros âmbitos. Como fica evidente nas falas a seguir, essa formação de vínculos entre usuário e profissional

acontece e tem repercussões na assistência. Além disso, possibilita prestar um cuidado que considere as necessidades dos indivíduos em consonância com a sua relação familiar:

*“A consulta de pré-natal eu faço domiciliar, a consulta de hipertenso e diabético também. Visito os acamados, os deficientes físicos. E (faço) as consultas de morbidade, que é todo mundo que tem alguma doença. Faço junto com o AIS. [...] Eu vou durante a visita, um exemplo, na visita puerperal né? E já faço a primeira consulta de CD (crescimento e desenvolvimento), eu já faço a imunização, eu já entrego o cartão de vacina da criança e já faço a consulta puerperal da mãe. Tudo junto, na casa já faço uma análise de tudo.” (Enfermeira B)*

*“[...] cada agente de saúde tem suas áreas né? Aí tem que fazer visita todo dia. Minha função é sair, ir nas casas, entrar lá e conversa com a família. O que a gente aprendeu durante a capacitação a gente fala com as famílias, o que pode causar doenças, sobre as verminoses, diarreia, fala como tratar a água também. E se tem alguma casa que tem doente a gente traz com o enfermeiro, para o enfermeiro fazer a consulta, quando tem médico, também para o médico fazer o tratamento.” (AIS A)*

Os discursos nos indicam que a atenção domiciliar tem papel crucial para o sucesso do atendimento nas comunidades indígenas. Também demonstram que o agente indígena de saúde (AIS) se configura como membro essencial da equipe no momento de tecer redes de contato e vínculo entre os usuários e profissionais. Com isso, compreendese que para além do importante trabalho de prevenção de doença e promoção da saúde por meio de ações domiciliares, o AIS é elo entre população e equipe de saúde. O papel de “entrar nas casas e conversar com as famílias” evidencia o potencial dessa atividade conciliadora entre os modos de cuidado. Mas, também nos remete a compreender que essas atividades se adequam ao conceito de atenção diferenciada preconizado pela PNASPI (BRASIL, 2002).

Neste ambiente domiciliar, com a criação de vínculo profissional - usuário, e um pouco de conhecimento sobre os hábitos de vida dos povos atendidos é possível observar

quais os fatores culturais e contexto sociais têm relevância no processo saúde-doença. O trabalho realizado na casa do usuário, em contato com o seu cotidiano e modo de vida também promove liberdade de criação e construção de um cuidado com ênfase nas particularidades do indivíduo e da sua família (FEUERWERKER, 2014). Partindo desta percepção e do convívio constante, os profissionais relataram sobre os principais problemas encontrados na comunidade:

*“Aqui são mais infecções respiratórias e intestinais. [...] e diarreia na seca, porque eles não têm água para beber, então às vezes eles pegam água de igarapé e bebem.” (Enfermeira B)*

*“[...] fora os problemas de diarreia, síndromes respiratórias e parasitoses, a violência é uma questão grave. E me parece que cada dia está piorando, porque eles tão tendo cada dia mais contato com álcool e drogas. É muito problema alcoólico. Também tem o fato de Tabatinga está muito próximo, eles compram lá ou vem dos não indígenas, peruanos e colombianos que fazem muito transporte de álcool (...).” (Médica A)*

A realidade social que as populações indígenas do Alto Solimões vivenciam atualmente divergem drasticamente das circunstâncias há 100 anos atrás. A proximidade com os espaços urbanizados tem provocado um novo processo colonizador, de influências da industrialização, mudança de hábitos alimentares e modos de trabalho. A atividade da roça e da pesca tornou-se pouco frequente, sendo premente a utilização de benefícios sociais como fonte de renda (FÁVARO et al., 2007). Este ainda tem sido um entrave para a atuação da equipe na promoção à saúde da população. Conforme os relatos abaixo: *“[...] Na região tem muita pesca, muita caça, é muito farta. Só que o indígena está perdendo aos poucos o hábito de plantar, de caçar, é muita coisa industrial, é muito açúcar, muito sal, muito cheetos, muito refrigerante na comunidade. Tudo isso contribui para a desnutrição da criança [...].” (Enfermeiro D)*

*“A situação é precária até dentro das casas, [...] as vezes as pessoas não têm nem alimentos. E as vezes você se depara com isso, (e pensa) “o que é que eu faço?” Porque nós trabalhamos muito na parte da promoção e da prevenção [...].” (Médico B)*

O contexto sociocultural em transformação foi identificado pela equipe como um problema para o processo de prevenção e cuidados com a saúde entre indígenas, principalmente aqueles com acesso aos centros urbanos. Esse é um processo de difícil intervenção visto que se trata da aquisição de novos hábitos de uma população que vem se integrando no contexto urbano. As evidências de falta de alimentos, e muitas vezes indígenas que alegam que não tem o que comer, denota a necessidade de intensificar as ações da assistência social nessa comunidade, e outras ações intersetoriais de valorização dos alimentos regionais, complementando a atuação da equipe multiprofissional.

Sobre o modelo assistencial foi questionado aos profissionais o que eles compreendem sobre atenção diferenciada e qual a suas potencialidades:

*“É diferenciada para o indígena, porque ele tem acesso à unidade de saúde de referência fácil e rápido, não importa a gravidade do problema [...] o agente de saúde tem aqui carro e tem barco à disposição[...]. Então, diferente da cidade que muitas vezes o paciente tem que ir lá na unidade de saúde, e é difícil ele conseguir uma consulta com um enfermeiro em casa né?” (Enfermeira D)*

A equipe considera que a atenção diferenciada é uma potencialidade na saúde indígena. Relatam importantes conceitos para que esta aconteça, dentre eles a atenção domiciliar, o cuidado integral, as atividades de prevenção e promoção à saúde, o acesso facilitado ao serviço e avaliação dos cuidados de saúde de acordo com as vulnerabilidades do indígena. Nos discursos, os profissionais relatam que os eixos preconizados pela PNASPI estão sendo cumpridos. No entanto, quando se trata da inclusão de valores culturais indígenas como parte do processo de cura, e integração dos cuidadores tradicionais na dinâmica da equipe, os discursos denotam a existência de dificuldades nesta relação, sugerindo que as crenças tradicionais são fatores impeditivos para o desenvolvimento do trabalho e avanço dos cuidados em saúde:

*“[...] por mais entendimento e orientações que eles tenham, ainda*

*assim, a cultura, o pajé, a pajelança, as orações, as rezas, a fumaça, eles creem muito... E isso às vezes atrapalha, demora muito a trazer o paciente ou impedem a gente de realizar o atendimento.” (Enfermeira B)*

*“As pessoas ainda procuram bastante o pajé, isso acaba nos afastando um pouco do nosso labor, porque as vezes eles acreditam mais no pajé do quem em nós. As vezes eles vão somente com o pajé e não deixam a gente ajudar, isso nos afasta um pouco.” (Médico B)*

A fala acima, também representativa de todos os entrevistados não indígenas e indígenas, demonstra que os profissionais ainda não consideram os sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e tratamento dos povos indígenas, como importante para atenção diferenciada, apesar de reconhecerem a “interferência” e relevância do contexto cultural no cotidiano do cuidar (BRASIL, 2002). Isto, muito provavelmente, se deve uma formação muito focada na condição biológica e fisiológica dos processos de adoecer, que ainda se impõem na educação e nas práticas dos nossos profissionais de saúde (FEUERWERKER, 2014; PONTES et al., 2015; CARDOSO, 2014).

### **Entre o cuidado biomédico e o sistema de cura tradicional**

A experiência de viver em sociedade, adoecer e cuidar entre os povos indígenas não refletem as mesmas experiências vividas no contexto do cuidado não-indígena, sendo ainda mais distinto do modelo biomédico padrão. Essa experiência de vida perpassa pela cosmologia e os fenômenos culturais imbricados nas tradições de cada população, ou etnia (LANGDON et al., 2010; GARNELO et al., 2004). Portanto, a forma de enxergar a saúde e a doença se diferem, também, entre os Ticunas e os Kocama.



As diferenças no enfrentamento dos processos de adoecimento e cura entre os povos, e a manutenção de hábitos tradicionais, estão muito ligadas ao processo de colonização, catequização, e migração sofrido por cada etnia. Populações que foram quase dizimadas ou tiveram um grande processo migratório para áreas urbanas tendem a adquirir outros hábitos culturais, mais hegemônicos, deixando no passado as tradições do seu povo. Foi o que ocorreu com os povos Kocama, que não falam mais sua língua originária, e nas últimas décadas lutam para retomar seus costumes tradicionais (RUBIM, 2016).

Entre os povos Ticuna, percebeu-se nitidamente durante a pesquisa de campo, a manutenção do seu repertório de crenças e sistema tradicional de cura presentes no seu cotidiano: falam na língua e mantêm as tradições e ritos culturais, como a da “moça nova” e do “padrinho”. A organização social dos Ticuna é construída a partir de grupo clânicos. A sociedade é dividida em duas nações representadas por duas metades: plantas e aves. Cada clã é pertencente a uma metade, e o nome de cada indivíduo está relacionado com o seu clã. A função principal das nações e as metades é ordenar o casamento, sendo proibido casar-se com alguém do mesmo clã ou com a metade da qual esse clã pertence (OLIVEIRA FILHO, 1988).

A tradição da moça nova é também conhecida com o nome de “festa da puberdade”, onde ocorre o ritual de transição da fase infantil para a puberdade. Quando ocorre o primeiro período menstrual a moça passa por um longo período (de 6 meses há 1 ano) sem sair de casa, a fim de se proteger dos maus espíritos, e a família se prepara para realização da festividade que irá preparar a moça para que os espíritos não possam fazer mal a ela. Após a festa a moça transformada em mulher pode sair de casa e realizar matrimônio. A tradição já sofreu adaptações para que a adesão dos jovens fosse mais atrativa, conforme relatado pelos entrevistados.

Outra tradição ainda mantida se relaciona com o nascimento. Após o parto, o padrinho ou madrinha escolhido pelos pais, corta o cordão umbilical para trazer a criança ao mundo. O padrinho é quem dá o nome do clã a qual a criança pertencerá. Após este procedimento a placenta é colocada numa cuia e enterrada no pátio da casa, o que simboliza que a pessoa é daquele lugar, daquela terra. Sobre a tradição do padrinho o médico A relatou: *“Ainda é presente, mas já não é tão solicitada a placenta, o que eles não nos permitem fazer é cortar o cordão, que é o padrinho que corta e dá o nome do clã. Mas nos partos que nós fazemos, poucos pedem a placenta [...]. Você pode ser madrinha/padrinho sem ser indígena, tanto que na equipe tem várias pessoas que são madrinhas. As enfermeiras metade são madrinhas”*.

No âmbito do cuidado, os Ticunas também tendem a manter os hábitos tradicionais, pois acessam prioritariamente os profissionais do sistema tradicional de cura, pajés, parteiras e rezadores, conforme fala abaixo: *“[...] Poucas (gestantes) vão no polo para realizar o parto, a maioria nasce no domicílio através das parteiras, pelo menos 90%. Se a parteira não consegue realizar o parto, elas chamam a equipe.”*

*(Médica A)*

*“O pajé é o médico da comunidade, é o médico da cultura, [...] (para o Ticuna) se o meu filho, eu ou minha mãe está doente, eu não vou para o Polo, eu vou levar a criança lá para o pajé. A gente não é a primeira opção dessas mães, a primeira opção é o pajé.” (Gestor)*

A predileção da população Ticuna pelos cuidadores tradicionais traz algumas preocupações para a equipe, justificadas pela demora no atendimento a situações de maior gravidade, já que faz parte do atendimento do pajé o isolamento social do assistido, conforme as falas abaixo:

*“A população indígena, na maioria das vezes, adoeceu, ela procura o pajé. E aí dependendo de como que é essa conversa da equipe com o pajé, e de como o pajé entende como vai fazer o tratamento dele (usuário) aí ocorre o impacto. Porque muitas das vezes o pajé,*

*se for criança, ele avisa que vai fazer um tratamento de 1 semana, só que durante essa 1 semana a equipe não vai poder trabalhar nessa criança. Não vai conseguir realizar o tratamento na criança.” (gestor B)*

*“Quando o pajé fala: ‘não pode fazer punção, não pode nada injetável’. Aí eles não trazem! ‘Só pode levar a criança no polo daqui uma semana’. Aí eles ficam em casa, e muitas vezes nem comentam com o agente de saúde, nem comunicam se o agente de saúde passa na casa. Eles falam que está tudo bem, aí depois, dois, três, quatro dias depois a gente descobre que o pajé já estava rezando e já estava fazendo as orações, mas ele proibiu de comunicar. Aí a criança já está bem debilitada.” (Enfermeira B)*

Os profissionais e gestores que relataram estes casos, entendem que o processo de pajelança tem um ônus para o tratamento ocidental, que deve ser precocemente iniciado para que haja sucesso. Existe aí uma tensão entre os dois universos do cuidado aqui discutidos, um buscando se sobressair ao outro. Assim, como relata Ferreira (2013a), a saúde indígena é o ambiente onde ocorre o encontro entre o cuidador indígena e os responsáveis pela execução das políticas de saúde. Estes entes têm papéis e visões de mundo diferentes na sociedade indígena. Como relatou este profissional indígena:

*“O pajé cuida da doença da alma, o enfermeiro e o médico cuida da doença do corpo. Não pode cuidar do corpo e não cuidar da alma, e nem cuidar da alma e não cuidar do corpo.” (técnico de enfermagem A)*

É importante entender qual a compreensão que os profissionais de saúde têm do processo de sincretismo entre o sistema médico e o sistema tradicional. Nestes discursos ficou evidente que existe um conflito entre trabalhadores e cuidadores tradicionais/usuários em relação ao projeto terapêutico de cada sistemas. Percebe-se que em alguns pontos há aceitação, e até negociação e em outros divergência. O que é comum no espaço micropolítico (FEUERWERKER, 2014).

A gestão compreendeu que há necessidade de fazer acordos com a população, inserindo os cuidadores tradicionais no contexto da equipe de saúde indígena, a fim de avançar na qualificação da atenção, e tem incentivado isto junto aos profissionais. Algumas falas denotaram tentativas de aproximação com curadores tradicionais, a fim de que se possa haver maior adesão desses usuários aos tratamentos convencionais.

*“A gente tenta integrar o pajé e a parteira ao nosso trabalho. A parteira hoje em alguns polos acompanha o pré-natal. A parteira está integrada, agora o Pajé não está integrado. [...] A gente tem tido resistência de atuar junto com ele, então ano passado em todas as nossas reuniões pedimos que as equipes cadastrassem todos os curandeiros/pajés. Belém do Solimões, por exemplo, tem que saber quantos pajés eles têm, na aldeia do polo e nas aldeias ao redor. E conversar com ele, fazer roda (de conversa) de pajé, convidar, trazer (aproximar)” (gestor).*

*“[...] a gente tenta essa aproximação. Com o pajé também. De visitar o pajé, de saber mais sobre aquela criança, sobre aquele adulto que estão fazendo pajelança, e que as vezes eles levam 3 a 5 dias rezando. Isso ajudou na parte de a gente começar a entender o que ele faz [...]. E aí tem aquela abertura do pajé de deixar visitar, mesmo só podendo sair depois de 3 dias. Só de visitar a gente consegue prestar assistência, orientar, ver sinais vitais, saber como está né?” (Enfermeiro A).*

Entendemos que no cotidiano dos serviços, os esforços para reduzir os conflitos interculturais entre profissionais e usuários são determinantes para diminuição das vulnerabilidades que acometem as populações indígenas. Ribeiro et.al (2017), relata que a execução de práticas cuidadoras através do “olhar intercultural” pelos profissionais atuantes na saúde indígena pode realizar transformações significativas nos modelo de atenção prestado a esses povos.

Portanto, os profissionais que se disponham a atuar na saúde indígena devem ser orientados para um aprofundamento antropológico na cosmologia dos povos atendidos, desmistificando o etnocentrismo nas relações do cuidado.

## A linguagem e o AIS como interlocutor do cuidado

A maioria da população de Belém do Solimões é formada pelos povos Ticuna, que preserva sua língua materna no convívio social com seus pares, assim como na comunicação com os profissionais de saúde. Por isso, percebemos que durante as consultas era de extrema necessidade a presença de um intermediador, que atuava traduzindo os diálogos entre indígenas e profissionais. A tradução era sempre mediada pelo Agente Indígena de Saúde (AIS) ou por um técnico de enfermagem Ticuna, conforme fica registrado nas falas da médica do PMMB, e do AIS que atuam no Polo Base: *“Eu sou representante dos AIS aqui em Belém, e nós sempre fazemos uma escala de tradução, cada agente de saúde fica um dia para ajudar na tradução. Agora melhorou né? Quando não tinha tradutor dificulta, porque muitas mães não entendem.”* (AIS A)

*“Em relação a língua não temos muito problemas, porque temos tradutores que são os AIS. Então nós trabalhamos 24 horas com o tradutor. À noite, no plantão, são os técnicos de enfermagem indígenas que ficam como tradutores. A maioria dos nossos técnicos de enfermagem são ticunas. Então todas as consultas têm tradutor. Ou o AIS da aldeia de origem, ou um AIS de Belém, ou um dos técnicos.”* (Médico A)

Neste contexto, o agente indígena, além de profissional da saúde, atua como intermediador entre a população e os profissionais de saúde. Esta dupla função permite, ao mesmo, se empoderar junto a equipe, no que se refere à informação e comunicação com o usuário. Sem a tradução do AIS pouco poderia se compreender a respeito das queixas dos usuários, ou orientações prestadas pelos profissionais aos indígenas, como pôde-se observar na fala do enfermeiro do Polo Base:

*“Sempre tem que ter alguém para traduzir tudo, porque a gente entende o básico aqui. Com o tempo vai entendendo, né? Onde tem a dor e tal, mas tem que ter um tradutor”. (Enfermeiro A)*

Nesse espaço de relações de poder, o AIS consegue dispor do seu lugar enquanto interlocutor, comunicador e representante da população, junto a equipe de saúde. Além disso, a capacidade frente a comunicação das queixas e condutas de usuários e profissionais, respectivamente, possibilita também ao agente modificar sentidos, mediar conflitos e integrar conceitos entre a cultura local e a assistência prestada no Polo Base (FEUERWERKER, 2014).

Nos discursos dos profissionais de nível superior ficou evidente uma desconfiança sobre a modificação de sentidos e fragilidade na comunicação pelos AIS. Segundo os profissionais, as traduções de alguns agentes de saúde não são fiéis ao que é comunicado. As falas a seguir demonstram alguns exemplos:

*“(...) existe essa barreira linguística, não só da população com a gente, mas nossa com o intermediário, que é o AIS. Porque tem AIS, infelizmente, que não entende bem português. Então as vezes a gente não sabe se a tradução dele, do que a gente está pedindo, é a tradução correta.” (Enfermeiro A)*

*“Com alguns (AIS) você sempre fica na dúvida se eles tão traduzindo corretamente, porque eu passo 1 hora falando as minhas dicas de saúde, e em 1 minuto o AIS faz a tradução, então é impossível. Essa foi uma das nossas reclamações com o gestor, porque ou o cara tem um pouco de preguiça, ou ele não entendeu.” (Médica A)*

A desconfiança da fidedignidade na tradução do AIS, vem principalmente do desejo dos profissionais de que a informação seja passada exatamente como dita por eles, isso denota também uma relação de poder em relação ao que deve ser comunicado. Mas, não se pode esquecer que a linguagem indígena é diferente da linguagem não-indígena, compreende o gestual, e a formação de frases, pode ser construída com poucas palavras

de significado amplo. Além disso, é importante que o profissional atente para as formas de conversação utilizadas, pois palavras técnicas e de difícil compreensão podem dificultar a comunicação.

A ambivalência da função do AIS tende a provocar um conflito de sentimentos quanto ao seu papel no contexto do sistema de cura tradicional, pois ora ele é profissional de saúde e, portanto, deve seguir um conhecimento técnico e ocidental. E ora ele se coloca como indígena conhecedor da potencialidade das ervas e do sistema de cura tradicional (LANGDON, 2006). Os relatos abaixo confirmam:

*“(...) Às vezes o agente de saúde tem medo de falar para gente que tem alguém doente na casa, porque os indígenas pedem para não avisar, ou de traduzir o que a gente fala para o indígena, quando estamos “dando bronca”. As vezes a gente fica chateado com o agente de saúde, culpando ele, mas ele não tem culpa. Por que ele fica naquela né? Ou falo (para os profissionais), ou a minha cultura está acima dos cuidados do branco? Então, ele fica meio sem saber.” (Enfermeiro C)*

*“A gente tem um exemplo, a enfermeira foi fazer uma orientação para uma mãe, e levou o técnico indígena com ela. Aí ela dizia e o tradutor falava em Ticuna. Aí técnico chamou ela e falou: ‘não enfermeira, a senhora tá dizendo que não é para levar pro pajé e ele tá dizendo que não, que é para levar no pajé’. Então, as vezes a tradução é errada por ele entender e querer privilegiar a cultura dele.” (gestor)*

Esses conflitos de papel dos AIS não foram relatados por profissionais da categoria, porém é natural que sendo ele conciliador entre 2 sistemas de cura, surjam questões como essas. O fato de o AIS privilegiar a cultura dele também deve ser visto com normalidade, já que todo indivíduo tende a agir de acordo com seus valores morais e culturais. É importante discutir estas questões em equipe a fim de diminuir os prejuízos desse conflito no cuidado ao usuário.

Por não falarem português, os indígenas Ticunas, segundo os profissionais, apresentam maior descontinuidade no cuidado ofertado, no autocuidado e nos tratamentos prescritos pela equipe multidisciplinar, quando comparados aos Kocamas.

Os relatos abaixo discorrem sobre esse assunto:

*“A etnia Kocama que é mais orientada do que os Ticunas, que falam bem português, dessa forma a gente tem uma abertura maior com eles do que os Ticuna. Nosso relacionamento com os Kocama, sempre foi melhor do que com os Ticunas. Não porque a gente goste mais dos Kocama que dos Ticunas, mas é porque não existe a barreira linguística, e o entendimento deles é outro em relação ao que a gente explica.” (Enfermeiro A)*

*“A gente não precisa de ninguém para intermediar e a gente sabe que a gente está passando a informação correta. Aí vai de cada um acatar as orientações ou não. Então, rende muito mais nas aldeias Kocama, as palestras, as visitas, você tem muito mais higiene na comunidade, muito mais higiene na família, do que nas ticunas. Eles entendem mais o que a gente explica, eles fazem mais o que a gente pede, em relação as palestras, orientações domiciliares, aos cuidados, à imunização, a tudo.” (Enfermeira C)*

Segundo a equipe, a facilidade de comunicação é um fator que contribui para a proteção dos indígenas Kocama, já que estes utilizam o que apreendido em seu autocuidado. Já os Ticunas, dependem do interlocutor e sua eficácia para ter compreensão das orientações, dificultando o autocuidado e as prescrições.

O fato de as orientações não serem acatadas pela população Ticuna, da forma que a equipe quer que seja feita, pode ter relação com a falta de entendimento do objetivo de realizar tal conduta, ou talvez seja porque aquela ação não condiz com os seus costumes. Da mesma forma pode ocorrer entre os não indígenas, a adesão das orientações quanto ao autocuidado depende da motivação de cada indivíduo e da sua compreensão sobre a situação vivenciada, mesmo falando português.

É necessário compreender que o fato dos indígenas Kocama viverem em ambientes



mais limpos, não significa que isso se deu somente pela intervenção da equipe no imaginário dessa população. A população Kocama devido a um processo intenso de colonização adquiriu hábitos e valores morais da população não indígena (RUBIM, 2016). Talvez por isso o diálogo da equipe com indígenas dessa etnia seja mais fácil, pois possuem os mesmos valores morais e compreensão do mundo vivido.

Os indígenas Ticunas tem uma concepção de mundo completamente diversa e própria. Costumes que não se adequam aos hábitos não indígenas. A não adequação dos povos Ticunas aos hábitos ou valores de outros povos, retrata a força de sua cultura frente ao processo colonizador dos tempos passados e a tenacidade da sobrevivência das suas tradições nos tempos atuais.

Oferecer uma atenção diferenciada perpassa pela compreensão de que os impactos na cultura indígena de qualquer povo devem ser minimizados, através da inclusão de práticas tradicionais, respeito e entendimento sobre a cosmologia dos povos atendidos.

### **Considerações Finais**

O modelo de atenção diferenciado preconizado pela PNASPI, apresenta-se no contexto da saúde indígena como um conceito, que busca integrar sistemas de cuidado tradicionais e biomédicos, e intervir na práxis profissional através da desconstrução de posturas etnocêntricas. Além disso, encontramos no escopo da política de saúde indígena, princípios que estimulam a realização de atividades preventivas e de promoção da saúde articuladas com a medicina tradicional.

Diante dos resultados encontrados neste estudo, podemos dizer que houve enorme avanço na qualidade da assistência aos povos indígenas de Belém do Solimões nos últimos anos. As ações deixaram de ser somente baseadas na queixa-conduta e passaram a focar em ações preventivas, atuando com maior intensidade em áreas técnicas de fragilidade, como saúde da mulher, saúde da criança e imunização.

A vinculação da equipe com a população e a inserção de um médico, através do PMMB na equipe multiprofissional, trouxe qualificação do cuidado e melhor organização da equipe quanto às suas funções. A atenção domiciliar, que aproxima os profissionais do cotidiano vivido pela população e do contexto familiar, tem ganhado mais força, com a presença constante das equipes no território.

Apesar disso, é preciso repensar o cuidado aos povos indígenas com maior constância, pois a atenção diferenciada na saúde indígena ainda é um grande desafio. Isso porque a atuação dos profissionais ainda está fortemente vinculada ao modelo biomédico, seja pela formação ou pela compreensão de mundo, apresentando dificuldades significativas em compreender o papel da cultura e da medicina tradicional no modelo diferenciado.

Neste estudo, ficou evidente que apesar do empenho dos profissionais em prestar um cuidado tecnicamente qualificado, ainda é necessário que haja uma postura reflexiva e antropológica frente aos “problemas” relacionados aos aspectos culturais encontrados no cuidar de indígenas. É necessário criar um instrumental no qual seja possível relativizar a medicina ocidental e aproximar os saberes tradicionais, articulando-os.

O investimento no protagonismo indígena, a partir da aproximação da equipe com AIS, parteiras e pajés, como está sendo feito neste Polo Base foi considerado um ponto de partida promissor para a melhoria da qualidade da atenção em saúde. Porém, faz-se necessário que os profissionais estejam dispostos a considerar, de fato, a integração com estes atores no cotidiano do serviço, e não somente em atendimentos pontuais. Sendo assim, é importante que a equipe possa compreender e respeitar o componente cultural na saúde, e não sobrepor o conhecimento técnico ao saber tradicional, mas sim fazê-los dialogar. Afinal, as competências clínicas e culturais são essenciais na construção do modelo de atenção diferenciada, que culmina com um cuidado intercultural qualificado.

## Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria MS n 254, de 31 de janeiro de 2002. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)**. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: FUNASA, 2002.

CARDOSO, M. D. Saúde e Povos Indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 4, p. 860-866, 2014.

FÁVARO, T; RIBAS, D. L. B; ZORZATTO, J. R; SEGALL-CORRÊA, A. M; PANIGASSI, G. Segurança alimentar em famílias indígenas Terena, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 785-793, 2007.

FERREIRA, L. O. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. **História, Ciências e Saúde**, v. 20, n. 1, p. 203-219, 2013a.

FERREIRA, L. O. Os Outros Cuidadores: agência, intermedicalidade e gênero. In: **Medicinas Indígenas e as Políticas de Tradição: ente discursos oficiais e vozes indígenas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p. 109-130, 2013b.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FONTÃO, M.A.B. et al. Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. **Interface (Botucatu)**, 1(1): p. 1169 – 1180, 2017.

GARNELO, L; SAMPAIO, S; LYNN, G; BANIWA, A. F. Medicina Tradicional Baniwa: uma experiência de intervenção social em busca de uma teoria. In: **Saúde dos povos indígenas: Reflexões sobre antropologia participativa**. Associação Brasileira de Antropologia, Editora Contra Capa; p. 140-158, 2004.

LANGDON, E. J. Representações de Doença e Itinerário Terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana. In: **Saúde e Povos indígenas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 115-141, 1994.

LANGDON, E. J; DIEHL, E. E; WIJK, F. B; DIAS-SCOPEL, R. P. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, v. 22, n. 12, p. 2637-2646, 2006.

LANGDON E. J; WIJK F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 173-181, 2010.

MENDONÇA, S. B. M. Relação médico-paciente: valorizando os aspectos culturais e a medicina tradicional. In: **Manual de Atenção à Saúde da Criança Indígena Brasileira**. Brasília: FUNASA. p. 11-15, 2004.

OLIVEIRA FILHO, J. P. **“O nosso governo”: os Ticuna e o regime tutelar**. 1ª ed. São Paulo: Marco Zero, 1988.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 8ª Edição. Campinas: Editora Pontes, 2005.

PONTES, A. L. M; REGO, S; GARNELO L. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3199-3210, 2015.

RIBEIRO, A. A; ARANTES, C. I. S; GUALDA, D. M. R; ROSSI, L. A. Aspectos culturais e históricos na produção do cuidado em um serviço de atenção à saúde indígena. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 2003 a 2012, 2017.

RUBIM, D. S. **Traçando novos caminhos: ressignificação dos Kocama em Santo Antônio do Içá, Alto Solimões – AM**. 2016. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social).

Programa de Pós-graduação em Antropologia Social. Universidade Federal do Amazonas, UFAM, 2016.

SIASI. **Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena**. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Acesso a banco de dados locais em março de 2018.

SZTUTMAN R. **Viveiros de Castro. Encontros: a arte da entrevista**. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Beco do Azougue, 2008.

YAMAMOTO, R. M. Povos indígenas brasileiros: sua explicação para as doenças e a lógica do tratamento realizado. In: **Manual de Atenção à Saúde da Criança Indígena Brasileira**. Brasília: FUNASA; p. 09-10, 2004.

## **6- CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO**

Diante dos resultados encontrados pela pesquisa podemos observar a importância da política de provimento de profissionais médicos, que o Programa Mais Médicos tem nas áreas indígenas. Somente o fato de prover médicos, torna-se um fato positivo, já que por anos outros profissionais atuaram sem médicos compondo as equipes multiprofissionais. Para fins de organização do processo de trabalho podemos concluir que a inserção médica proporcionou maior distribuição do trabalho em equipe, diminuindo a sobrecarga sobre alguns profissionais, principalmente da enfermagem.

A melhor gestão do trabalho trouxe maior disponibilidade de tempo para atuação dos profissionais em atividades de prevenção e promoção da saúde, que sem a presença do médico ficava secundarizada, devido a urgência de resolução das queixas apresentadas pelos usuários. Com a inserção dos médicos neste contexto, o trabalho passou de fato a ser interprofissional, otimizando a atuação da equipe em outros aspectos do trabalho, como a inserção de dados epidemiológicos no SIASI, alimentação de planilhas de monitoramento e preenchimento da produção de atendimentos.

A permanência destes profissionais em área indígena promoveu também a produção de vínculos com os usuários, continuidade da atenção primária, sem necessidades de remoções desnecessárias para o município de referência. Os dados de produção do DSEI demonstraram aumento no nível de produtividade tanto dos médicos, quanto dos enfermeiros, profissional mais afetado na equipe, antes do Programa. Também foram observadas diminuição dos encaminhamentos tanto para consulta eletiva quanto para urgências e emergências, sendo esta última mais significativa, provavelmente pela maior resolutividade das equipes.

Em termos de gestão do cuidado e a sua integração com a medicina tradicional indígena, percebem-se alguns entraves, principalmente em relação a atuação do pajé

junto à população. Apesar do empenho equipe traçar aproximações com o mesmo, percebe-se nas falas que a sua atuação é vista como uma problemática. Sabe-se que a gestão do DSEI tem junto as equipes encampar estratégias de aproximação das parteiras, pajés e outros cuidadores na gestão do cuidado. Mas, esta situação decorre da impossibilidade da equipe em dispor de recursos antropológicos que tragam a compreensão de que cada cuidador deverá ter um papel importante e diferenciado no processo de cura destes povos, dificultando o diálogo com os cuidadores tradicionais. Portanto, é de extrema importância que a formação dos trabalhadores da saúde indígena não sejam apenas técnicas, mas sim de ampliação da visão sobre a medicina tradicional e a sua importância sociocultural neste contexto.

O trabalho na saúde indígena, é complexo e com muitas atribuições, portanto outras questões de relevância devem ser levantadas para melhoria da gestão do trabalho na saúde indígena, melhoria das condições físicas, estruturais e tecnológicas para qualificação do desempenho e para o bem estar da equipe. Mesmo com as dificuldades encontradas pela equipe, podemos dizer que houve avanço na qualidade da assistência aos povos indígenas de Belém do Solimões nos últimos anos.

Sendo assim, podemos concluir que as equipes do Polo Base Belém do Solimões, organizam o seu processo de trabalho com foco na gestão do cuidado, e que o Programa Mais Médicos trouxe grande contribuição para estruturação do trabalho desenvolvido pelas equipes, ampliando a possibilidade oferta do cuidar com foco em ações de prevenção e promoção da saúde. Reflexo disso é a frase que um AIS entrevistado deixou quando perguntado se gostaria dizer ou perguntar alguma coisa, após a entrevista: “Queria só fazer mais um pedido, porque nós queremos mais médicos. Isso é que eu queria dizer que tem de ter mais médico [...]”.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES-MAZZOTTI, A. J. Usos e abusos dos estudos de caso. **Cadernos de Pesquisa**, vol. 36, n. 129, set./dez. 2006

ARAÚJO, E. et al. How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries. Washington, D.C.: **World Bank**, 2013.

ATHIAS, R. et al. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(2); 425-431, mar-abr, 2001.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.16-29, set-dez 2004.

BRASIL. **Constituição Federal**, 1988.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **1º Conferência Nacional de Saúde Indígena: relatório final**. Brasília (DF): 1986.

Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/cns/conferencias-indigenas.php>

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **2º Conferência Nacional de Saúde Indígena: relatório final**. Luziânia (GO): 1993.

Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/pgconfparaosindigenas.htm>

\_\_\_\_\_. Lei nº 9836, de 23 de Setembro de 1999. **Institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena**. Diário Oficial da União. 23 Set 1999.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **3º Conferência Nacional de Saúde Indígena: relatório final**. Luziânia (GO): 2001.

Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_indigena\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3_conferencia_nacional_saude_indigena_relatorio_final.pdf).

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. Portaria nº 254, de 31 de Janeiro de 2002. **Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. FUNASA, 2002.

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. **4º Conferência Nacional de Saúde Indígena: relatório final**. Brasília: Funasa, 2007.

Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/4\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_indigena\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/4_conferencia_nacional_saude_indigena_relatorio_final.pdf).

\_\_\_\_\_. Lei 12.871, de 22 de Outubro de 2013. **Dispõe sobre a Implantação do Programa Mais Médico**. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena: relatório final**. Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/5\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_indigena\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/5_conferencia_nacional_saude_indigena_relatorio_final.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília: MS; 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde**. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). **Cartografia do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões**, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Site da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)**. [Home page na internet]. {Acesso em: 10.08.2018.} Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-indigena>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Sistema de Informação de Atenção à saúde Indígena (SIASI)**. SESAI – MS. Dados informados em Maio de 2018.

CAMPOS, G.W.S. et al. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(9):2655-2663, 2016.

CARDOSO, MD. Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. In: Langdon E J, Cardoso, M D. **Saúde Indígena: Políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Editora UFSC, p. 83 – 106, 2015.



CARVALHO, M.S. et al. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface: (Botucatu)**, v.17, n.47, p.913-26, out./dez. 2013.

COLLAR, J.M. et al. Formulação e impacto do Programa Mais Médicos na atenção e cuidado em saúde: contribuições iniciais e análise comparativa. **Saúde em Redes**, 1(2): 43–56, 2015.

FERREIRA, L.O. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. **História, Ciências e Saúde**, 20(1): p.203-219, 2013.

FEUERWERKER, L.C.M. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: **Rede Unida**, 2014.

FONTÃO, M.A.B. et al. Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. **Interface (Botucatu)**, 1(1): p. 1169 – 1180, 2017.

FRANCO, T.B. Modelo Assistencial Para a Saúde Indígena. **Publicado Online em: <https://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub42.pdf>**. Belo Horizonte, 30 de novembro de 2004. Acessado em 20/08/2017.

GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: PONTES, A.L.; GARNELO, L. **Saúde Indígena: Uma introdução ao tema**. Edições MEC/Unesco, 2012.

GARNELO, L. et al. Medicina Tradicional Baniwa: uma experiência de intervenção social em busca de uma teoria. In: Langdon EJ, Garnelo L. Organizadoras. **Saúde dos povos indígenas: Reflexões sobre antropologia participativa**. Associação Brasileira de Antropologia, Editora Contra Capa, p. 140-158, 2004.

LANGDON, E.J. Representações de Doença e Itinerário Terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana. In: Santos RV, Coimbra JR. CEA. Organizadores. **Saúde e Povos indígenas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 115-141, 1994.

LANGDON, E.J. et al. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**. 2006; 22(12): 2637-2646.

LIMA, R.T.S. et al. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. **Ciênc. saúde coletiva**, 21(9): p. 2685 – 2696, 2016.

MENDONÇA, S.B.M. Relação médico-paciente: valorizando os aspectos culturais e a medicina tradicional. In: **Manual de Atenção à Saúde da Criança Indígena Brasileira**. Brasília: FUNASA, p. 11-15, 2004.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: FRANCO, T B e MERHY, E E. **Trabalho, produção e subjetividade**, 1 ed - São Paulo: Hucetec, 2013

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: fazendo um exercício sobre a reestruturação produtiva na produção do cuidado. In: **Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo**. 1ª Ed. São Paulo, Hucitec, 2002.

MINAYO, M.C.S. Conceito de Avaliação por Triangulação de Métodos. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. **Avaliação por Triangulação de Métodos – Abordagem de Programas Sociais**, 1ª ed. - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª Edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2014.

OECD. Health at a Glance 2011: OECD Indicators **[Internet]**. Paris: OECD Publishing; 2011. {Acessado em 10. 08 .2019}.  
Disponível em [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en)

ORLANDI, E.P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 8ª Edição. Campinas: Editora Pontes, 2005.

PAIM, J. et al. Sistema de Saúde Brasileiro: História, Avanços e Desafios. **Publicado Online** em 9 de maio de 2011. {acessado em 17.09.18}.  
Disponível em: [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com).

PEREIRA, L.L. et al. Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades quilombolas – **Revista ABPN**, vol 7, nº 6, p. 28-51, 2015.

PEREIRA, L. L. et al. O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil. **Interface (Botucatu)**, 21(Supl.1):1181-92, 2017.

PINTO, H.A. et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface (Botucatu)**, 21(Supl.1):1087-101, 2017.

PONTES, A.L.M. et al. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(10):3199-3210, 2015.

RIBEIRO, A.A. et al. Aspectos culturais e históricos na produção do cuidado em um serviço de atenção à saúde indígena. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(6): 2003 a 2012, 2017.

SANTOS, R.V. et al. Cenários e Tendências da Saúde e da Epidemiologia dos Povos Indígenas no Brasil. In: COIMBRA JR, C.E.A.; SANTOS, R.V.; ESCOBAR, A.L. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ /ABRASCO, 2005.

SCHWEICKARD, J.C. et al. O “Programa Mais Médicos” e o Trabalho Vivo em Saúde em um Município da Amazônia, Brasil. **Saúde em Redes**, 2 (3):328-341, 2016.

SOUZA, M.L.P. 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, actas de saúde coletiva**, Brasília, 9(4), 191-197, dez, 2015.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002:726. [acesso em 02.05.18]. Disponível em: [http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select\\_action=&coobra=14609](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&coobra=14609)

TEIXEIRA, C.F. et al. **Modelos de Atenção à Saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: EDUFBA, 2006.

YIN R. **Estudo de Caso: Planejamento e Método**. 2ª edição. Porto Alegre: Bookman, 2001.

## ANEXOS

### ANEXO I

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA - PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DA SAÚDE INDÍGENA

**Projeto de Pesquisa: Gestão do Trabalho no âmbito da Saúde Indígena e o Programa Mais Médicos: um estudo de caso no DSEI Alto Rio Solimões – AM**

##### **Informações Gerais**

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Sexo: ( ) F ( ) M
4. Nacionalidade: \_\_\_\_\_
5. Naturalidade:  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_
6. Formação: ( ) Graduação \_\_\_\_\_ Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_  
( ) Especialização \_\_\_\_\_ Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_
7. Tempo de atuação na saúde indígena: meses: \_\_\_\_\_

##### **A Rede e Serviços no Polo**

1. Como é organizado o seu processo de trabalho e da equipe em área?
2. Qual o fluxo de atendimento dos pacientes de área para a CASAI no município?
3. Como é realizado o registro da produção das equipes de saúde?
4. Quais os principais problemas (de saúde e de acesso) no acolhimento dos usuários provenientes da área?
5. Relate como é realizada a atenção à saúde em área.
6. Como são realizados os encaminhamentos para o hospital e exames?

### **Atenção em Saúde**

1. Como a língua interfere na atenção à saúde indígena? É necessário intérprete?
2. Como as questões culturais se relacionam com o atendimento à saúde?
3. Como é a atuação frente à atenção diferenciada na aldeia?
4. Como os pajés, parteiras realizam o cuidado da saúde e como a equipe dialoga com esses atores?

### **Equipe de Saúde:**

1. Como a equipe discute os problemas que surgem no trabalho?
2. Como é a relação de trabalho entre os profissionais da equipe?
3. Teve uma formação para o trabalho na saúde indígena?
4. Como os médicos do PMM interagem com a equipe de saúde?

### **Questões Finais**

1. Como o programa Mais Médicos contribuiu com a atenção à saúde indígena?
2. Como era a atenção à saúde indígena antes do Programa Mais Médicos?
3. Alguma coisa que gostaria de falar que não foi mencionado nas questões anteriores?

Obrigado pela colaboração!

## ANEXO II

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA – MÉDICO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS**

**Projeto de Pesquisa: Gestão do Trabalho no âmbito da Saúde Indígena e o Programa Mais Médicos: um estudo de caso no DSEI Alto Rio Solimões – AM**

#### **Informações Gerais**

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Sexo: ( ) F ( ) M
4. Nacionalidade: \_\_\_\_\_
5. Formação: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_ Especialização: \_\_\_\_\_ 7.  
Experiência Internacional: \_\_\_\_\_

#### **Acolhimento no DSEI**

1. Como foi a inserção no DSEI?
2. Teve alguma formação para atuar na área indígena?
3. Descreva o processo de deslocamento da equipe para realizar a atenção à saúde indígena nas aldeias.

#### **Atenção em Saúde**

1. Como a língua interfere na atenção à saúde indígena? É necessário intérprete?
2. Como as questões culturais se relacionam com o atendimento à saúde?
3. Como é a atuação frente à atenção diferenciada na aldeia?
4. Como os pajés, parteiras realizam o cuidado da saúde e como a equipe dialoga com esses atores?

**Equipe de Saúde:**

1. Como a equipe discute os problemas que surgem no trabalho?
2. Como é a relação de trabalho entre os profissionais da equipe?
3. Teve uma formação para o trabalho na saúde indígena?
4. Como os médicos do PMM interagem com a equipe de saúde?

**Questões Finais**

1. Como o programa Mais Médicos contribuiu com a atenção à saúde indígena?
2. Como era a atenção à saúde indígena antes do Programa Mais Médicos?
3. Alguma coisa que gostaria de falar que não foi mencionado nas questões anteriores?

Obrigado pela colaboração!

## ANEXO III

### ROTEIRO DE ENTREVISTA – GESTOR DO DSEI ARS

**Projeto de Pesquisa: Gestão do Trabalho no âmbito da Saúde Indígena e o Programa Mais Médicos: um estudo de caso no DSEI Alto Rio Solimões – AM**

#### **Informações Gerais**

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Sexo: ( ) F ( ) M
4. Naturalidade:  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ 5.
- Formação: ( ) Ensino Médio ( ) Graduação \_\_\_\_\_
6. Função:  
( ) Coordenador do DSEI  
( ) Coordenador do DIASI

#### **A Rede e Serviços no Polo**

1. Como está estruturada a Rede de saúde no DSEI?
2. Descreva a logística para realizar a atenção da saúde indígena.
3. Como acontece o fluxo de atendimento dos pacientes de área para a CASAI no município?
4. Como é realizado o registro da produção das equipes de saúde?
5. Quais os principais problemas no acolhimento dos usuários provenientes da área?
6. Como está organizado o processo de trabalho no Polo?
7. Como são realizados os encaminhamentos para o hospital e exames?



### **Atenção em Saúde**

1. Como a língua interfere na atenção à saúde indígena? É necessário intérprete?
2. Como as questões culturais se relacionam com o atendimento à saúde?
3. Quais as principais questões da cultura fizeram ocorrer mudanças na atenção?

### **Questões Finais**

1. Quais avanços e desafios da saúde indígena no Polo?
2. Como o programa Mais Médicos contribuiu com a atenção à saúde indígena?
3. Como era a atenção à saúde indígena antes do Programa Mais Médicos?
4. Alguma coisa que gostaria de falar que não foi mencionado nas questões anteriores?

Obrigado pela colaboração!