



**AVALIAÇÃO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM NA ÁREA INDÍGENA
YANOMAMI DOS MUNICÍPIOS DE BARCELOS E SANTA ISABEL DO RIO
NEGRE – AMAZONAS, 2006**

JAIME LOUZADA

Manaus – AM

2007



Mestrado Multiinstitucional em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia

JAIME LOUZADA

**AVALIAÇÃO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM NA ÁREA INDÍGENA
YANOMAMI DOS MUNICÍPIOS DE BARCELOS E SANTA ISABEL DO RIO
NEGRO – AMAZONAS, 2006**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, da Universidade Federal do Amazonas, Universidade Federal do Pará e Fundação Oswaldo Cruz Amazônia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia.

Orientador: Prof. Dr. David Lopes Neto

Manaus – AM
2007

JAIME LOUZADA

**AVALIAÇÃO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM NA ÁREA INDÍGENA
YANOMAMI DOS MUNICÍPIOS DE BARCELOS E SANTA ISABEL DO RIO
NEGRO – AMAZONAS, 2006**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, da Universidade Federal do Amazonas, Universidade Federal do Pará e Fundação Oswaldo Cruz Amazônia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. David Lopes Neto – Orientador
Universidade do Amazonas

Profa. Dra. Eveline Therese Mainbourg
Fundação Oswaldo Cruz Amazônia

Profa. Dra. Maria das Dores de Jesus Machado
Universidade do Estado do Amazonas

Manaus
2007

Louzada, Jaime

L895a Avaliação do trabalho da enfermagem na área indígena Yanomami dos municípios de Barcelos e Santa Isabel do Rio Negro – Amazonas, 20 / Jaime Louzada. - Manaus: UFAM/ CPqLMD-Fiocruz/ UFPA, 2007.

75 f.

Dissertação (Mestrado Multiinstitucional em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) — UFAM/ CPqLMD-Fiocruz/ UFPA , 2007.

Orientador: Prof. Dr. David Lopes Neto

1. Índios Yanomami – Saúde pública 2. Práticas de Enfermagem - Avaliação 3. Serviços de saúde pública 4. Enfermagem em saúde pública I.Título

CDU 614(=1.81-82)(043.3)

In memoriam

*A minha mãe Lôla, pelo carinho e pela presença na
minha vida, sobretudo, nesse momento...*

Agradecimentos

Ao meu Orientador Prof. Dr. David Lopes Neto pelo norte e rumo da pesquisa.

Aos colegas por serem solidários e amáveis.

Aos professores pela dedicação e sabedoria.

Às professoras, Dra. Eveline e Dra. Maria das Dores, pela disposição e interesse em avaliar a dissertação.

Às instituições: Universidade Federal do Amazonas, Fundação Oswaldo Cruz-Amazônia e Universidade Federal do Pará pela oportunidade de realizar o curso.

À fundação Nacional de Saúde por garantir meu convívio com os Yanomami

À Cidinha (Noeli Toledo das Neves), pelo acolhimento.

Aos amigos que ouviram meus lamentos.

Aos profissionais da SECOYA pelo interesse e disposição em participar da pesquisa.

Ao Silvio Cavuscens por entender a importância da pesquisa.

Aos Yanomami pela oportunidade de aprendizado.

A minha família e especialmente meu pai Juca por entender a ausência.

Ao João Luiz Pereira Araújo por pegar em minha mão e me fazer andar...

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Mapa dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas	04
FIGURA 2 - Mapa da região norte com destaque para a área indígena Yanomami	06
FIGURA 3 – Mapa da área de atuação da SECOYA	08
FIGURA 4 – Dificuldades Fluviais	09
FIGURA 5 – Condições de Infra-Estrutura de Posto de Saúde	10
FIGURA 6 – Fluxo de Organização do DSEI e Modelo Assistencial	19

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Agente Indígena de Saúde
CASAI	Casa de Saúde do Índio
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
ENF	Enfermeiro
FUBRA	Fundação Universidade de Brasília
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IBDS	Instituto Brasileiro de Desenvolvimento Sanitário
MEVA	Missão Evangélica do Amazonas
MNTB	Missão Novas Tribos do Brasil
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
SECOYA	Associação Serviço e Cooperação com o Povo Yanomami
SIASI	Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena
SIRN	Santa Isabel do Rio Negro
SUS	Sistema Único de Saúde
TE	Técnico de Enfermagem

RESUMO

O estudo visa avaliar o processo de trabalho dos profissionais de enfermagem atuantes na área indígena Yanomami dos municípios de Barcelos e Santa Isabel do Rio Negro, Amazonas, Norte do Brasil, no ano de 2006, por meio de análise de conteúdo das entrevistas realizadas com 03 enfermeiros e 17 técnicos de enfermagem de uma organização não-governamental que assiste os índios do Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami. Ouvir os profissionais que desenvolvem esse trabalho é importante por se tratar de um modo único de prestar cuidados de saúde ao mesmo tempo em que se busca gerenciar a rotina de atividades fora de uma unidade de saúde. O resultado evidencia 04 categorias de análise: as atribuições dos profissionais em área indígena, suas fragilidades e potencialidades vividas na rotina do serviço e mudanças sugeridas pelos entrevistados para a melhoria das ações de saúde. Tais informações são relevantes para compreender o processo de trabalho singular que é desenvolvido entre os indígenas. Espera-se que essa pesquisa contribua para a compreensão do trabalho atualmente desenvolvido junto à população indígena e colabore para a implementação de novas rotinas e condutas que tragam benefícios ao serviço.

Palavras-Chave: Saúde indígena. Avaliação. Enfermagem

ABSTRACT

The study aims to evaluate the working process of the nursing professionals who act in the Yanomami indigenous area of the municipal districts of Barcelos and Santa Isabel do Rio Negro, Amazonas state, North of Brazil, in year of 2006, throughout of interviews content analysis accomplished with 03 nurses and 17 technical of nursing of a not-governmental organization that attends indigenous of the Yanomami Indigenous Sanitary Special District. Listening to the professionals who develop this work is important due to it is an unique way to provide health care at the same time that it is intended to manage the activities routine outside a health care unit. The result evidences 04 analysis categories: the working process in indigenous area, its fragilities and potentialities lived in the service and changes routine suggested by the interviewees to improve the health actions. Such informations are relevant for understanding the unique working process developed among Indians. I hope this research collaborate for the best comprehension of the work developed for Indian population at the present time and co-operate for the implementation of new routines and procedures which bring benefits to the service.

Key-words: Indigenous health. Evaluation. Nursing

SUMÁRIO

Lista de figuras.....	vii
Lista de abreviaturas e siglas.....	viii
Resumo.....	ix
Abstract	ix
1. INTRODUÇÃO.....	2
2. JUSTIFICATIVA	14
3. OBJETIVOS	16
Geral	16
Específicos.....	16
4. MARCO TEÓRICO	17
4.1. O Distrito Sanitário Especial Indígena no contexto do Sistema Único de Saúde	17
4.2. Avaliação nos Serviços de Saúde	21
4.3 O cuidado na visão dos indígenas.....	23
4.4 O processo de trabalho de enfermagem no contexto do subsistema de saúde indígena.....	24
4.4. Análise de Conteúdo.....	25
5. ARTIGO 1	29
INTRODUÇÃO.....	Erro! Indicador não definido.
ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	Erro! Indicador não definido.
Referencial teórico.....	Erro! Indicador não definido.
DISCUSSÃO	Erro! Indicador não definido.
CONSIDERAÇÕES FINAIS	Erro! Indicador não definido.
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Erro! Indicador não definido.
6. REFERÊNCIAS	56
4. ANEXOS	62

1. INTRODUÇÃO

Antes de iniciar este capítulo, é pertinente situar o leitor nas políticas de saúde estabelecidas a partir da Constituição de 1988, sobretudo nas questões relacionadas à saúde indígena, como a criação do subsistema de saúde indígena dentro do contexto do Sistema Único de Saúde – SUS.

Em 1990 entrou em vigor a lei nº 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e organiza o funcionamento dos serviços de saúde em todo território nacional. Tal lei orienta o processo de gestão e descentralização na forma de municipalização, e estabelece ainda fatores determinantes e condicionantes de saúde percebida em forma de moradia, alimentação, saneamento básico, meio-ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens de serviços essenciais. (BRASIL, 2002).

Em virtude das especificidades étnicas e respeitando os direitos de estender aos índios os benefícios da legislação comum, sempre que possível a sua aplicação; e prestar assistência aos índios e às comunidades indígenas ainda não integrados à comunhão nacional (BRASIL, 2007c), fez-se necessário criar um subsistema de saúde diferenciado inserido na Política Nacional de Saúde, garantido na Constituição Federal, que reconhece tais especificidades, além da cultura e os direitos territoriais da nação indígena, como um subsistema do SUS (BRASIL, 2002).

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena foi instituído pela Lei nº 9.836 de 23 de setembro de 1999, no âmbito do SUS. Garante aos povos indígenas o acesso universal à saúde de acordo com as diretrizes e princípios do SUS, além de considerar a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer os serviços de saúde prestados a essa população. (BRASIL, 2002).

Anteriormente à Lei 9.836, a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), era o órgão responsável pela saúde indígena. No entanto, no início da década de 90, três decretos presidenciais retiraram da FUNAI várias de suas funções assistencialistas, entre as quais a de saúde. O Decreto Nº 23/1990 repassou a responsabilidade sanitária sobre as populações indígenas para o Ministério da Saúde (MS), que outorgou à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) a responsabilidade de gerir o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o Sistema Único de Saúde (SUS), instituindo-se, a partir de agosto de 1999, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que adotou a organização de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) como base assistencial dirigida à população indígena aldeada (Garnelo *et al.*, 2003). Os DSEI são sistemas locais de saúde, orientados para populações definidas, dentro de espaços geográficos e administrativos específicos (BRASIL, 2007a), com intuito de assistir aos indígenas na primeira esfera de atenção integrada ao SUS (atenção básica).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), define o Distrito Sanitário como uma organização de serviço voltada para o espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional, administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas. As atividades adotadas pelos Distritos Sanitários visam medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais, necessárias à prestação da assistência, com controle social.

Existem trinta e quatro DSEI em todo território nacional, dos quais sete estão localizados no Estado do Amazonas como pode ser visualizado na figura abaixo:

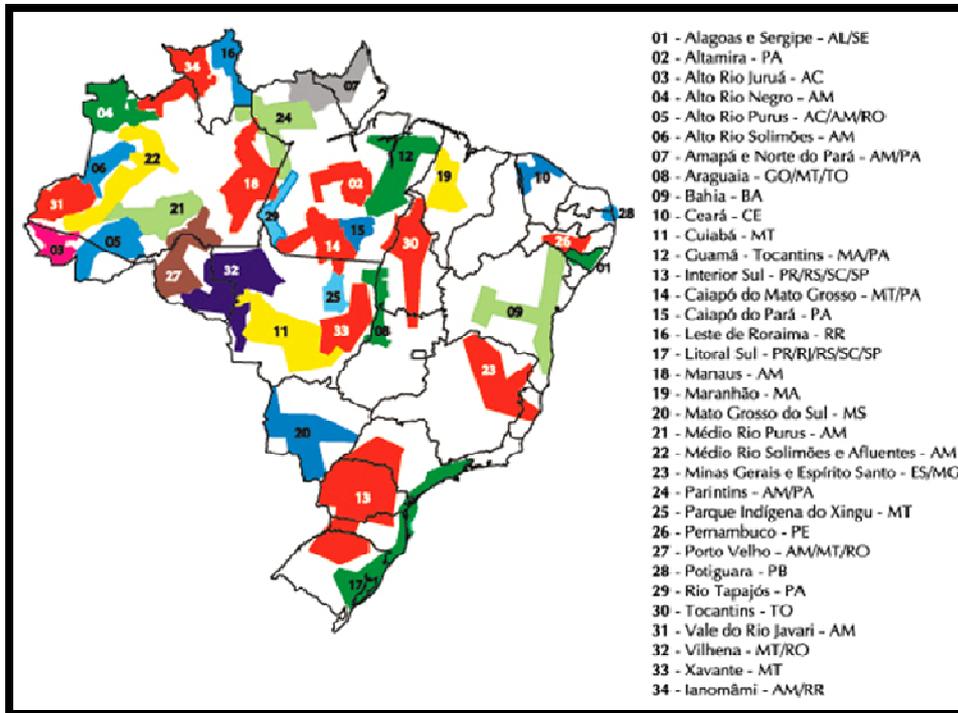


FIGURA 1 – Mapa dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas
 Fonte: FUNASA

Após a implantação dos DSEI, toda a população indígena do País está inserida no SUS por meio do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, uma vez que cada distrito é responsável por organizar uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do SUS (BRASIL, 2002). Por sua vez, o SUS promove a articulação do Subsistema com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. É importante conhecer o histórico da política de saúde indígena para melhor compreensão do modelo atual.

QUADRO 1 – Histórico da Saúde Indígena

Ano	Evento
1967	Criação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI)
1986	Realização da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio
1988	Constituição Federal: reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas,

1990	Decreto nº 23/90 repassou a responsabilidade sanitária sobre as populações indígenas p/ o Ministério da Saúde (MS) e organiza a saúde na forma de subsistema.
1993	Realização da II Conferencia Nacional de Proteção ao Índio - Distritalização
1999	Decreto nº 3.156 / Méd. Prov. nº 1.911-8 / Lei nº 9.836/99 que dispôs sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do SUS, pelo Ministério da Saúde.

Dentro de cada DSEI, as ações nas áreas indígenas são executadas por equipes multidisciplinares de saúde constituída por enfermeiro, médico, cirurgião-dentista, técnico e auxiliar de enfermagem e agente indígena de saúde (AIS). O AIS deve ser membro da comunidade onde atua (escolhido pelos comunitários) e intermedia a realização da atenção básica dentro da aldeia. Há também a equipe de apoio técnico formada por antropólogo, educador, engenheiro sanitaria e indigenista.

Além do atendimento prestado na aldeia, a organização da atenção primária à saúde indígena conta com outra estrutura de atendimento, os Pólos-Base. Os pólos são a primeira referência para os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias. Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência. No caso da localização em município, o pólo corresponde a uma unidade básica de saúde, já existente na rede de serviços daquele município, onde o indígena terá acesso à rede de serviços (BRASIL, 2002).

Desde a criação dos DSEI, a FUNASA viabilizou um modelo de atenção que optou pela parceria na execução direta de serviços, adotando a estratégia de terceirização das ações de saúde desenvolvidas em áreas indígenas, onde os estados, municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações (BRASIL, 2002).

Para Garnelo e Sampaio (2005), a pactuação entre governo e entidades prestadoras de serviços vem sendo viabilizada na região norte do País, sobretudo, com associações não-governamentais. Às conveniadas ou parceiras, caberiam executar atividades preventivas e curativas dirigidas à população indígena, mediante a aplicação de recursos procedente do SUS.

O DSEI-Yanomami está compreendido numa área geográfica de 96.650km² entre os Estados do Amazonas e Roraima, tendo sua sede na cidade de Boa Vista. Nesse Distrito atuam quatro organizações não governamentais que mantêm convênio de saúde com a FUNASA, a saber: Associação Serviço e Cooperação com o Povo Yanomami (SECOYA)¹ responde por cinco pólos-base e 18 aldeias, atende 2.114 habitantes (12,7% da população Yanomami do Brasil); Diocese Roraima; atende cinco pólos-base e 18 aldeias com uma população de 2.076 indivíduos (12,5%); Fundação Universidade de Brasília (FUB) responde pelo atendimento de 8.611 dos indígenas (51,8%), distribuídos em 20 pólos-base e 174 aldeias; Instituto Brasileiro de Desenvolvimento Sanitário (IBDS) responde por três pólos-base e 07 aldeias com 1.917 habitantes (11,5%); além de duas missões religiosas que prestam serviço de saúde com recursos próprios: Missão Evangélica do Amazonas (MEVA), atende 811 indígenas (4,9%) em três pólos-base e 12 aldeias; e Missão Novas Tribos do Brasil (MNTB) que atende 1.098 habitantes (6,6%) em três pólos-bases e 07 aldeias. As entidades juntas atendem uma população de 16.627 índios.

¹ SECOYA - Associação civil, sem fins lucrativos, que realiza atividades nas áreas de saúde, educação e desenvolvimento sustentável, executando tais atividades junto aos Yanomami residentes no Marauaiá, Padauri, Demini e Aracá dos municípios de Barcelos e Santa Isabel do Rio Negro.

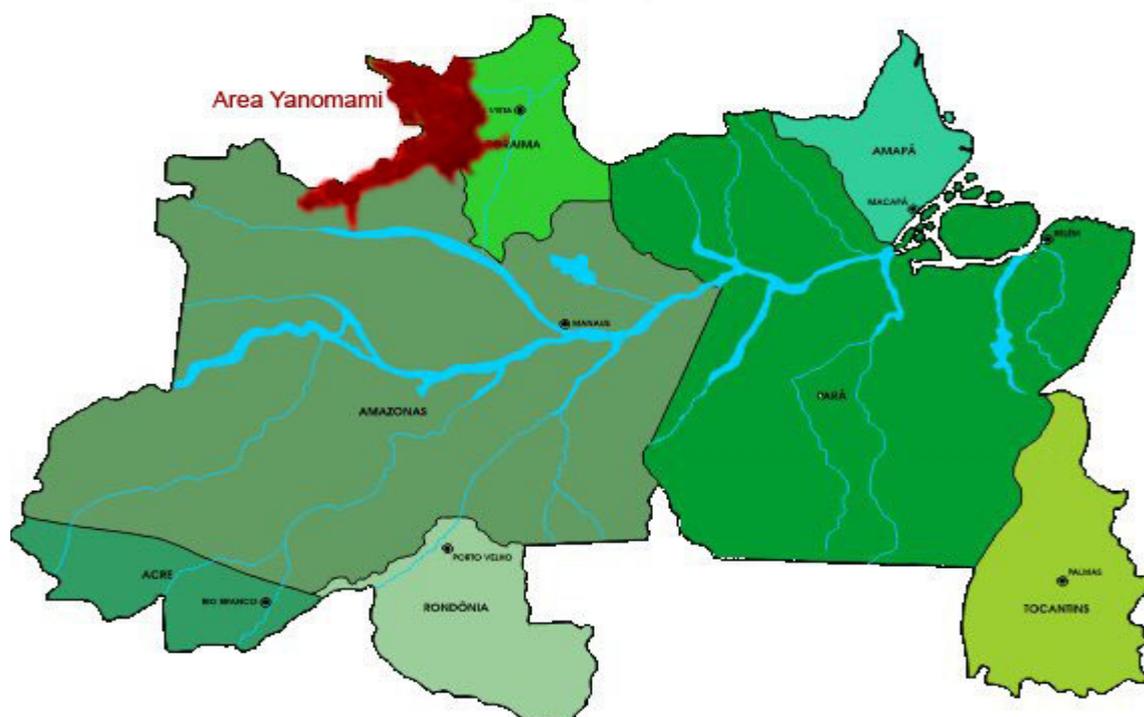


FIGURA 2 Mapa da região norte com destaque para a área indígena Yanomami
 FONTE: Comissão Pró-Yanomami (CCPY)

A SECOYA presta assistência à saúde aos Yanomami em dois municípios do Estado do Amazonas, Barcelos e Santa Isabel do Rio Negro. Em função da distritalização sanitária esta população está distribuída em cinco pólos-base. No município de Barcelos são quatro pólos - Médio Padauri, com 177 habitantes distribuídos em 02 aldeias; Alto Padauri, com 261 habitantes e 04 aldeias; Demini, com 126 habitantes e 01; Aracá, com 63 habitantes e 01 aldeia. Nessa região há 08 postos de saúde, distribuídos em 04 pólos-base para atender 627 indígenas nas 08 aldeias. A equipe de saúde é formada por 01 enfermeiro, 12 técnicos em enfermagem, 15 AIS, 02 guardas de endemias e 01 técnico de laboratório.

No município de Santa Isabel do Rio Negro, a população indígena Yanomami está distribuída em 01 pólo, com 08 aldeias e 08 postos de saúde. A SECOYA disponibiliza 02 enfermeiros, 14 técnicos de enfermagem, 22 AIS e 02 guardas de endemias para realizarem atividades assistenciais - consultas e procedimentos de enfermagem; e preventivas - vacinação e educação em saúde (Plano operacional FUNASA/SECOYA, 2006). Outros profissionais são

comuns para as duas áreas: 01 cirurgião-dentista, 01 auxiliar de consultório dentário e 01 médico.

A organização do serviço de saúde em área indígena Yanomami segue o mesmo princípio e diretrizes adotados pelo Programa Saúde da Família, respeitando as singularidades do espaço geográfico e cultural do povo Yanomami. Albert e Gomez (1997) afirmam que a distinção do sistema terapêutico Yanomami entre a cura xamânica e a cura caseira é essencial para definir os limites que a intervenção da biomedicina deve respeitar para ser compatível com as normas sociais e culturais indígenas. Para os Yanomami, a cura xamânica representa a forma superior de atuação terapêutica, pois atinge a causa profunda dos processos aparentes por meio do conhecimento fornecido pela visão alucinógena.

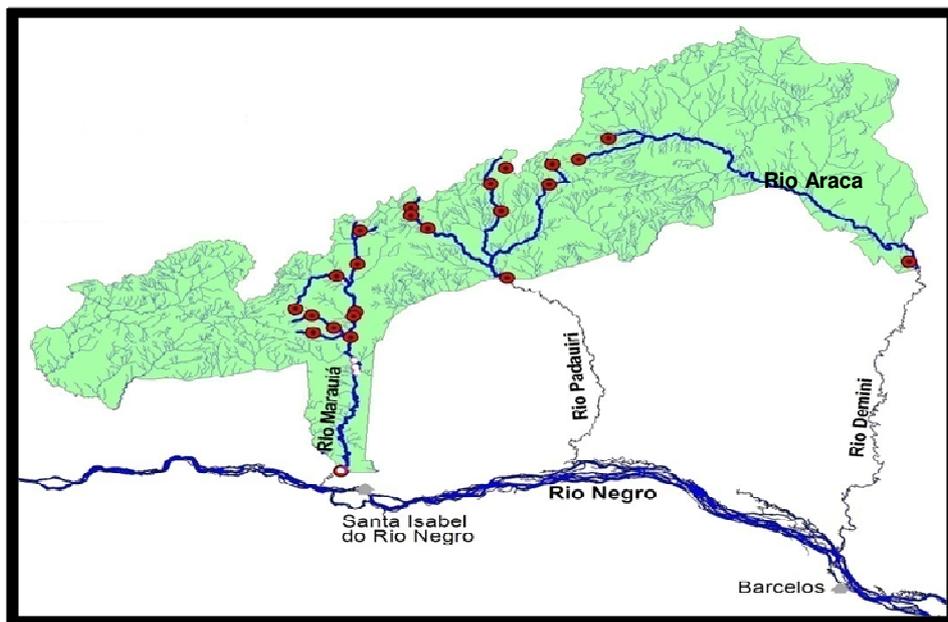


FIGURA 3 – Mapa da área de atuação da SECOYA
FONTE: SECOYA

Albert e Gomez (1997) relatam que o povo Yanomami constitui uma sociedade de caçadores-agricultores. Desenvolvem um sistema produtivo que usa os recursos naturais, relacionados com o espaço territorial e o equilíbrio nutricional. Ou seja, suprir a necessidade calórico-protéica implica na mobilidade da população em busca de segurança alimentar e manutenção da saúde. Isto associado com a cultura de caça do povo Yanomami faz a base

alimentar ser constituída por carboidratos (mandioca); proteínas animais (caça e do peixe) e vitaminas coletadas das frutas silvestres, sobretudo, a banana. Os profissionais devem conhecer e procurar entender essa forma de organização e a necessidade de mobilidade dentro do espaço territorial em busca de alimento. Este fato implica, por exemplo, no planejamento das atividades de saúde que considerem esse espaço territorial como área de atuação dos profissionais, de modo a suprir as demandas de saúde.

As informações que se seguem foram abstraídas do relatório epidemiológico produzido pela SECOYA no ano de 2005, que apontava várias dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde da área Yanomami, dentre tais dificuldades destacam-se algumas relacionadas com as atividades dos profissionais de enfermagem:

1. Acessibilidade - Os profissionais de enfermagem quando se deslocam para área indígena Yanomami enfrentam grandes dificuldades no percurso até a chegada nas aldeias. Na maioria das vezes o rio utilizado para o transporte apresenta inúmeras corredeiras, cachoeiras e árvores caídas no leito do rio. Tais profissionais também sofrem com as longas caminhadas por trilhas inóspitas que os conduzem até as aldeias localizadas no centro da floresta e distante das margens dos rios;



FIGURA 4 – Dificuldades Fluviais
FONTE SECOYA

2. Mobilidade da população - esse aspecto da população Yanomami de se locomover em busca - na maioria das vezes - de alimento ou por motivo de trabalho (extração de cipó ou piaçava), acaba por dificultar o atendimento de enfermagem, sobretudo, no que concerne a implementação dos Programas de Saúde. Essa mobilidade é um dos motivos da descontinuidade no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e do pré-natal.

3. Distância dos grandes centros, que dificulta as capacitações e comprometem as atualizações profissionais;

4. Dificuldade de comunicação entre a equipe de saúde e os indígenas – A comunicação inadequada acaba por interferir nas ações de saúde realizada pela equipe de enfermagem;

5. Más condições de infra-estrutura dos postos de saúde – os postos de saúde em área indígena apresentam péssimas condições para atendimento, tanto pela planta inadequada para um posto de saúde quanto pela estrutura física em más condições de conservação;



FIGURA 5 – Condições de Infra-Estrutura de Posto de Saúde
FONTE SECOYA

6. Conflitos entre os sistemas de saúde (tradicional indígena e o modelo preconizado pelo MS) - Neste aspecto alguns profissionais de enfermagem consideram e respeitam a medicina tradicional dos Yanomami, já outros interferem de maneira etnocêntrica e acabam por estimular a supervalorização da medicina ocidental em detrimento do saber tradicional dos Yanomami. As práticas de cura respondem a uma lógica de cada comunidade indígena e são produtos de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem (BRASIL, 2002).

7. Gerenciamento de enfermagem ineficiente – as atividades de saúde em área indígena apresentam um alto grau de dificuldade, exigindo do enfermeiro além do gerenciamento de enfermagem nas ações e cuidados de saúde, conhecimento logístico dentro de uma perspectiva espacial geográfica e administrativo-financeira. Tal singularidade da assistência ou da dinâmica do serviço acaba por dificultar a atuação do enfermeiro como gestor no contexto da organização do serviço em área Yanomami.

A realização da assistência a saúde na área indígena localizada no município de Barcelos, é bastante dificultada pelo acesso hidroviário sem condições de navegação em determinados trechos do rio, sobretudo, na vazante ou período de estiagem. Outra dificuldade vivida pelos profissionais de saúde diz respeito às trilhas ou caminhadas que dão acesso às aldeias localizadas no interior da floresta e distante dos rios. O percurso, além de ser perigoso, dura em média 2 dias, tornando-se desgastante para a equipe de saúde.

Sendo assim, tais fragilidades e peculiaridade levam ao questionamento de como atua o profissional de enfermagem numa realidade diferenciada daquela à qual ele foi preparado? Também se faz necessário investigar sobre como se dá o gerenciamento de enfermagem no âmbito do serviço de saúde indígena Yanomami. E como ocorre o processo de avaliação do trabalho de enfermagem? Em meio a estas questões, vislumbrou-se avaliar o serviço de enfermagem de forma crítica e reflexiva.

Para o Ministério da Saúde “A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece” (BRASIL, 2002).

Silva e Formigli (1994) sugerem o uso da avaliação como prática sistemática nos diversos níveis dos serviços de saúde. Defendem que a incorporação da avaliação poderia propiciar aos gestores de saúde as informações requeridas para a definição de estratégia de intervenção. Nesse trabalho, as autoras afirmam que há uma grande quantidade de informações registradas rotineiramente pelos serviços e que não são utilizadas nem para análise da situação de saúde nem para a definição de prioridades, nem para reorientação de práticas.

No âmbito do DSEI, o monitoramento das ações de saúde é desenvolvido com a aplicação do instrumento de avaliação *Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena* (SIASI), que subsidia os gestores e os profissionais no diagnóstico situacional dos problemas de saúde em área, visando a efetividade do planejamento da assistência, conseqüentemente, melhorando o cuidado de enfermagem em área indígena.

Logo, o cuidar de enfermagem ao indígena significa assistir o ser humano em suas necessidades básicas, respeitando sua cultura. Entretanto, Rocha e Almeida (2000), afirmam que a prática é variável e depende de relações que se estabelecem no processo de assistência, tornando uma atividade bastante complexa, o que é claramente visível na diversidade de cenários dos povos indígenas.

Vale ressaltar que historicamente a enfermagem institucionalizada, emergida no século XIX, saiu do âmbito familiar, privado, doméstico e firmou sua presença na esfera pública com a organização do setor saúde das práticas médicas, fundamentando-se a partir daí, no conhecimento científico em busca de sua autonomia profissional. Entretanto, pelo fato de sua

essência ser o cuidado humanizado, não pode prescindir de seus aspectos efetivos, da sensibilidade e da intersubjetividade que se realizam na prática cotidiana (ROCHA e ALMEIDA, 2000), seja em nível de cidade, zona urbana ou rural e, mais especificamente, em área indígena.

Coimbra Jr (1987) defende que as práticas de saúde em população indígena sofrem interferência de elementos culturais na administração de certas medidas organizacionais, por vezes elementares, como o fornecimento de alimentos e água durante uma epidemia. Porém, observa-se que num contexto de conflito intercultural, existe a necessidade de equipes multidisciplinares atuarem em programas de saúde pública, com ênfase na promoção de saúde nas sociedades indígenas. A equipe deve ser capaz de compreender os aspectos antropológicos da população.

Além dos aspectos antropológicos é importante entender outras nuances do cuidar em área indígena. Nessa linha de pensamento, esse estudo buscou identificar nas falas dos entrevistados suas dificuldades e facilidades em cuidar do índio; analisar as atribuições dos profissionais de enfermagem (os entraves no gerenciamento e na organização de serviço) e listar as sugestões de melhorias nas intervenções desses profissionais. Procurou observar nas entrelinhas das falas e gestos, para desvelar o que estes signos denotavam em relação a sentimentos, expressados desde mágoas por se sentirem pouco valorizados, medo do isolamento social e do risco ocupacional.

2. JUSTIFICATIVA

Trabalhar com povos indígenas sempre foi um desafio para mim. De etnia em etnia tive a oportunidade de conhecer e entender como eles se organizam socialmente, como é o jeito de ser e de viver na floresta, sobretudo, entender como eles concebem a saúde na perspectiva tradicional e ocidental.

Há dez anos venho desenvolvendo atividades juntos aos indígenas localizados no Norte do País. Nesse período trabalhei como enfermeiro de campo com a maioria das etnias localizadas no Alto Rio Negro, desenvolvendo atendimento de enfermagem, execução dos Programas de Saúde e formação de AIS, por meio de vínculo trabalhista com a Associação Saúde Sem limites, organização indigenista que atua naquela região desde 1976. Realizei as mesmas atividades junto ao povo Wajãpi localizado no Estado do Amapá desta vez vinculado a Associação indígena denominada Conselho das Aldeias Wajãpi (APINA). Posteriormente coordenei os serviços de saúde dos povos indígenas do Amapá localizados no Parque do Tumukumake, norte do Pará; e Oiapoque e Pedra Branca do Amapari (Wajãpi). Recentemente coordeno os serviços de saúde junto ao povo Yanomami localizados nos municípios de Barcelos e Santa Isabel do Rio Negro, Amazonas

Acredito que este estudo tem relevância para mim, pesquisador, por entender que os resultados da pesquisa contribuirão para o meu aperfeiçoamento na condição de gestor das atividades de saúde indígena. Tem relevância científica uma vez que existe pouca literatura publicada em periódicos sobre o trabalho de enfermagem em área indígena, sobretudo, com o povo Yanomami.

A relevância deste estudo para a SECOYA e FUNASA está fundamentada na idéia de que conhecendo o processo de trabalho da equipe de enfermagem, pode-se traçar planos logísticos e intervenção precisa, conseqüentemente reduzir custos e minimizar erros na execução das ações de saúde. Já os profissionais de saúde, vão dispor de uma avaliação sobre o processo de trabalho e, baseados nesta avaliação, poderão aperfeiçoar seu desempenho.

Para analisar este panorama se faz necessário conhecer as fragilidades e potencialidades do processo de trabalho em área indígena para que possa sugerir mudanças. Como resultado final, os dados obtidos através da avaliação do processo poderão nortear os gestores e demais profissionais da equipe de saúde no que concerne ao planejamento e execução dos serviços prestados.

3. OBJETIVOS

Geral

Avaliar o trabalho de enfermagem desenvolvido na área indígena Yanomami dos municípios de Barcelos e Santa Isabel do Rio Negro no ano de 2006.

Específicos

1. Descrever as atribuições da equipe de enfermagem (enfermeiro e técnico de enfermagem) desenvolvidas em área indígena Yanomami;
2. Analisar as atribuições da equipe de enfermagem (enfermeiro e técnico de enfermagem) na área indígena Yanomami com base na legislação de enfermagem;
3. Identificar facilidades e dificuldades que os profissionais enfrentam na execução de seu trabalho;

4. MARCO TEÓRICO

4.1. O Distrito Sanitário Especial Indígena no contexto do Sistema Único de Saúde

Vários são os conceitos sobre sistema de saúde que podemos utilizar para compreender melhor como o SUS está organizado. “Um sistema é algo relacionado com algum tipo de atividade e dotado de certa integração ou unidade” (Chaves, 1978).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007), um sistema de saúde é uma organização provedora de serviços cuja intenção primária é promover, prevenir, recuperar ou reabilitar o dano à saúde, tendo o objetivo de assegurar o acesso a uma atenção de qualidade adequada, a um custo razoável. Ou seja, o modelo de um sistema de saúde é o modo de conceber, gerir, administrar, organizar e controlar as ações e os serviços (modelo assistencial), enquanto sistema de saúde em cada território.

Garnelo *et al.* (2003), afirmam que o modelo de atenção priorizado pelo MS organiza os serviços na forma de subsistemas do SUS, cuja atuação seria realizada a partir da implantação dos DSEI, ordenados em territórios. Segundo Garnelo e Sampaio (2005), é inegável que a distritalização propiciou uma interação mais respeitosa entre o Estado brasileiro e as minorias étnicas, o fortalecimento institucional e administrativo das entidades indígenas para o manejo de políticas públicas e a apropriação, por seus líderes, de conceitos e

propósitos da reforma sanitária que são indispensáveis à busca da desejada equidade no acesso aos serviços de saúde.

Athias e Machado (2001) relatam que o atual modelo de organização dos serviços de saúde para as áreas indígenas, na concepção de Distritos Sanitários, foi referendado pelo movimento indígena e por profissionais de saúde atuantes nas comunidades indígenas na II Conferência Nacional de Saúde de 1993. A proposta versava a respeito da implementação de um modelo de saúde adequado às áreas indígenas, inserido em um subsistema de atenção à saúde do SUS.

A Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, acrescentou dispositivos à Lei nº 8.080, determina que:

Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. (BRASIL, 2006)

A portaria 70 estabelece a estrutura dos DSEI dentro da área indígena que compreende: Postos de Saúde, onde trabalham os AIS e agente indígena de saneamento (AISAN); Pólos-Bases espaço de atuação de equipes multidisciplinares de saúde indígena e pela Casa do Índio (CASAI) que apóia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade, geralmente localizadas no município de referência ou na capital do estado (BRASIL, 2004).

Para melhor compreensão observe na figura abaixo como funciona o fluxo do atendimento em uma área indígena:

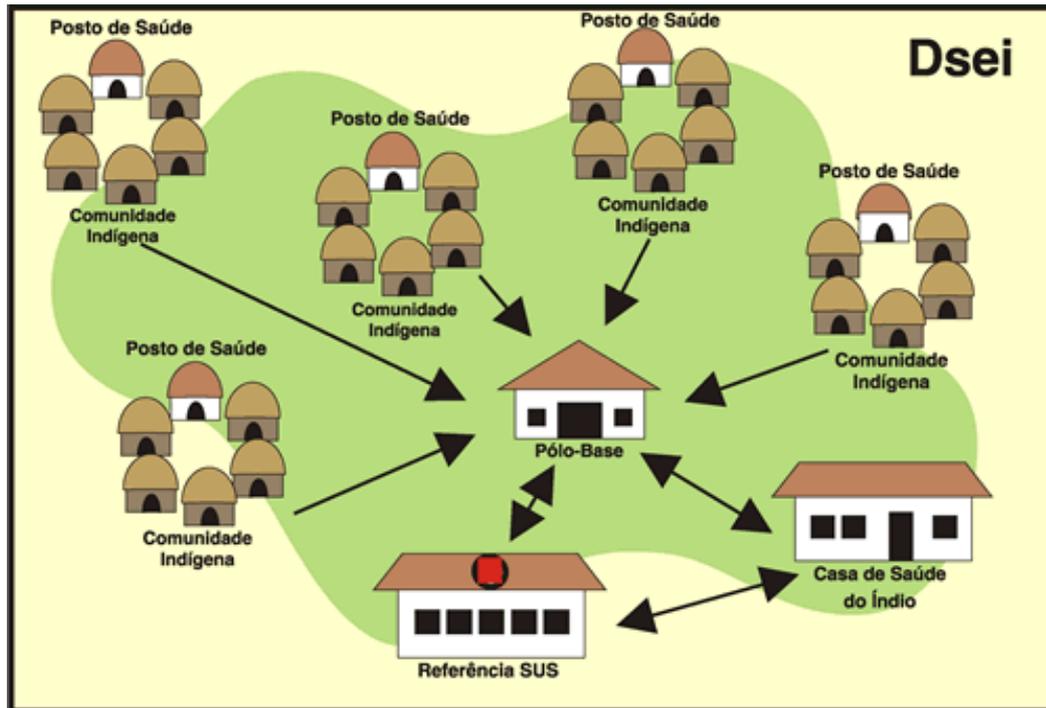


FIGURA 6 – Fluxo de Organização do DSEI e Modelo Assistencial
 FONTE: MS – FUNASA

A figura acima representa a caracterização de um DSEI, constituído das seguintes estruturas:

Posto de saúde indígena tipo I e II, onde atuam os AIS e Auxiliares de Enfermagem, geralmente localizados nas aldeias; Os Pólos-base, são uma unidade que comporta a equipe multidisciplinar (médico, equipe de enfermeiro equipe odontológica) e serve de referência para os postos de saúde do tipo I e II para o atendimento primário. O pólo geralmente se localiza dentro da reserva indígena ou fora do seu perímetro. Os pacientes referenciados para a rede de atendimento do SUS de média e alta complexidade, são encaminhados para a Casa de Saúde do Índio (CASAI), localizado no município de referência ou em grandes centros. Essa casa oferece suporte (alimentação e estadia) aos pacientes em trânsito na cidade para consultas especializadas, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Essa unidade dispõe apenas de serviço de enfermagem e social e em algumas exceções, oferece serviço médico geralmente clínico geral.

Garnelo *et al* (2003) descreve as atividades de saúde desenvolvidas nessa estrutura da seguinte forma:

QUADRO 2 – atividades desenvolvidas na estrutura do DSEI

Posto tipo I	Acompanhamento do desenvolvimento infantil e de gestantes; Promoção da saúde e prevenção de doenças de maior prevalência; Acompanhamento de pacientes crônicos e egressos da rede de referência; Primeiros-socorros; Ações de educação sanitária; Comunicação via rádio; Atividades de apoio a equipes multidisciplinar.
Posto tipo II	Controle de doenças transmissíveis; Coleta de material para exames; Vigilância epidemiológica e nutricional, compreendendo ações de informação em saúde, particularmente a coleta e análise de dados sanitários da área de abrangência da unidade de saúde; Melhoria sanitária domiciliares.
Pólo-base	Todas as atividades inerentes aos postos de saúde e mais Capacitação, atualização e supervisão dos AIS e Aux. de enfermagem; Esterilização de materiais; Imunização de rotina; Controle de doenças de maior incidência e prevalência, contemplando diagnóstico, tratamento e a provisão de medicamentos específicos para cada agravo; Vigilância epidemiológica e nutricional, incluindo-se atividades de investigação epidemiológica; Prevenção de câncer ginecológico (exame, coleta e consulta).
CASAI	Recepção, alojamento e alimentação de pacientes e acompanhantes encaminhados pelo DSEI; Estabelecimento das unidades de referência e contra-referência com a rede do SUS; Assistência de enfermagem aos pacientes em fase de recuperação; Acompanhamento de pacientes para consultas, exames e internações hospitalares e em ambulatórios de referência.

Para Garnelo e Sampaio (2005), a estratégia de terceirização dos serviços dos DSEI ao encontrar correspondente em qualquer outra área do SUS, ocorre por meio de convênios com entidades não governamentais, sendo muitas delas, organizações indígenas contratadas para a execução integral das ações de saúde. Tal decisão política restringe o cumprimento dos princípios constitucionais que atribuem ao governo federal a responsabilidade pela gestão do subsistema de saúde indígena.

Para Confalonieri (1989), a extensão da rede de serviços do SUS aos grupos indígenas ocorreria – por princípio – de forma automática, uma vez que o sistema é descentralizado, abrangente e de cobertura universal a todos os habitantes do território brasileiro. No entanto, devem-se avaliar as implicações de tal descentralização, com a execução direta de ações em áreas cultural e lingüisticamente diferenciadas, freqüentemente isoladas geograficamente,

bem como a articulação destas ações com a estrutura do sistema em seus diferentes níveis, de modo a preservar a sua integridade e continuidade.

Devido às diferenças culturais e lingüísticas, é mister notar as peculiaridades no que tange ao trabalho de saúde desenvolvido nas comunidades indígenas. Neste aspecto, Confalonieri (1989) destaca três pontos relevantes a serem observados pela equipe de saúde:

1. *A Situação da transculturação*, onde a intermediação antropológica é fundamental para a introdução de um conjunto de princípios e práticas do sistema médico oficial, integrando tal sistema ao modo de cura indígena;
2. *A Situação Geográfica* - devido ao difícil acesso e a baixa densidade demográfica das aldeias, a equipe encontra dificuldades a serem vencidas, além da deficiência de infra-estrutura local;
- e 3. *A Dinâmica do Perfil Epidemiológico* expõem os indígenas às enfermidades antes por eles desconhecidas, levando a grandes transformações aculturativas em seus hábitos e condições de vida.

4.2. Avaliação nos Serviços de Saúde

Hartz (1999), afirma que a “avaliação é uma atividade antiga inserida dentro do processo de aprendizagem, que atualmente é um conceito que está em moda e que se apresenta sob múltiplas formas de realidades”.

Consoante Deslandes (1997), a avaliação de serviço no campo da Saúde Pública é área de extrema relevância por viabilizar escolhas de planejamento e possibilitar um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade.

Em relação à avaliação na promoção de saúde, Akerman et al. (2002), relatam que os governos, organizações não governamentais, fundações de corporações públicas e privadas têm reivindicado cada vez mais a inclusão de metodologias de monitoramento e avaliação de processo, resultados e impacto dos programas implementados. Esta reivindicação se deve: 1- a uma cobrança crescente da sociedade civil por resultados visíveis que atestem o correto uso

dos recursos públicos e melhorem sua qualidade de vida; 2- ao limitado sucesso de muitos programas; 3- ao desconhecimento dos efeitos e impactos produzidos pelos investimentos realizados nas políticas públicas e nos programas e projetos de desenvolvimento social.

Embora Silva e Formigli (1994) relatem que a avaliação, como componente indispensável do processo de planejamento, é muito lembrada, pouco praticada e, quando realizada, não é muito divulgada, sendo dificilmente utilizada para a tomada de decisões. Tais autoras afirmam que têm sido observadas algumas modificações neste quadro nas últimas décadas. Corroborando com essa afirmação, Faria (2005), relata que nos últimos anos o discurso acerca da avaliação das políticas públicas tem apresentado uma característica normativa e técnica, enfatizando o seu papel de instrumento gerencial.

Partindo do pressuposto que a implementação de um processo de avaliação participativa pode favorecer a aglutinação crítica de atores sociais, Akerman *et al* (1992), sugerem que se busque detectar a efetividade de cada projeto – numa localidade específica – dentro do processo avaliativo. Agindo desta forma, eleva-se o processo avaliativo a uma esfera maior que o exercício meramente científico. No entanto, para se ter êxito nesta atividade, deve-se desenvolver culturas avaliativas locais que favoreçam o exercício crítico para detectar especificidades e potencializar mudanças de rumo, caso haja necessidade de tais mudanças.

Furtado (2001) é do pensamento que para superar algumas questões da avaliação clássica há necessidade de se ter uma abordagem centrada nos diversos atores envolvidos no processo, que avalie desde a concepção do plano, que considere os diferentes valores e pontos de vista envolvidos, que apresente uma real preocupação com a utilização dos resultados do processo investigativo e que se utilize de métodos voltados para o estudo do fenômeno *in situ*, lançando mão de referências etnográficas, antropológicas e sociológicas.

Para Hartz (1999), o conceito de avaliação ainda se concentra em torno da idéia de aferir até que ponto os objetivos inicialmente propostos foram atingidos a despeito da diversidade conceitual e terminológica. Com isto, a inclusão dos grupos de interesse ou utilização de métodos qualitativos está longe de tornar-se hegemônica.

4.3 O cuidado na visão dos indígenas

Sevalho (1993), ao discorrer sobre a história das representações sociais de saúde e doença, faz menção aos elementos naturais e sobrenaturais que habitam tais representações, provocando os sentidos e impregnando a cultura, os espíritos, os valores e as crenças dos povos. Nesse contexto, a doença tem sua representação associada a sentimentos de culpa, medos, superstições, mistérios. No entanto, essa experiência depende muito do que se entende por doença e o fato desse entendimento refletir questões socioculturais mais amplas. Por isso nem sempre os conceitos dos profissionais de saúde e os das pessoas que vivem a doença têm os mesmos significados (Gomes e Mendonça, 2002)

O xamanismo é uma sofisticada terapia psico-somática que deve ser considerada essencial para reforçar a segurança psicológica e, portanto, a resistência orgânica dos pacientes (Albert e Gomez, 1997). Os Yanomami desenvolvem um cuidado próprio com uma nítida distinção entre a cura xamânica que busca reduzir os agentes e vetores etiológicos da enfermidade, e a cura caseira, voltada para a redução dos sintomas. Cultivam um tipo particular de erva que freqüentemente misturam a alucinógenos e outras plantas, formando um composto ao qual eles atribuem poderes mágicos e terapêuticos (Eusebi, 1991).

A presença do xamã no seio do grupo tem duas faces. A primeira é positiva, atuando na profilaxia e na cura de doenças. A face negativa da atuação do xamã diz respeito à sua capacidade de se tornar inimigo a qualquer momento, atacando os seus concidadãos, podendo causar mortes (Vilaça, 2000)

Ao planejar desenvolver ações de saúde com populações indígenas deve-se considerar a inter-relação entre a medicina ocidental e o xamanismo, procurando compreender as crenças e costumes locais. Os conhecimentos populares são próprios de uma comunidade, se diferenciando de acordo com a cultura local. Ao basear o atendimento na produção de consensos, incorpora-se novos conhecimentos e amplia-se a autoconfiança de ambos os sujeitos do processo – população e profissional de enfermagem – nos novos saberes produzidos nessa interação. (Barbosa *et al.*, 2007)

4.4 O processo de trabalho de enfermagem no contexto do subsistema de saúde indígena

Relacionado ao processo de trabalho do enfermeiro, Silva e Formigli (1994) fazem uma correlação entre práticas e necessidades de saúde, baseando-se na busca de seus significados econômicos, políticos e ideológicos; além da capacidade – exercida pelas práticas – de modificar uma dada situação de saúde, atendendo ou não às necessidades de saúde de determinada população.

Artmann *et al.* (1997) relatam que por ser o processo de trabalho realizado no âmbito hospitalar uma tarefa complexa e especializada, torna-se difícil quantificar o resultado oriundo desse trabalho. Nesse contexto, as decisões – quase sempre – dependem de julgamento profissional, tornando o papel dos gerentes mais limitado a coordenar o trabalho profissional e realizar a integração da gerência dos serviços com os profissionais que atuam na execução dos mesmos, principalmente no sentido do compromisso com os objetivos organizacionais. Esta complexidade do processo de trabalho no âmbito hospitalar também se aplica em área indígena quando se busca quantificar ou qualificar o resultado do trabalho de enfermagem. Os gradientes de dificuldades que refletem na qualidade da execução e do gerenciamento das ações encontram-se na formação dos profissionais; no contexto *sui generis* do serviço de saúde prestado aos indígenas; nas representações dos profissionais acerca do

adoecer e do curar; na intervenção assistencialista da enfermagem num ambiente que dificulta a promoção de saúde; e na atuação do enfermeiro como gerente numa realidade que esbarra numa estrutura “sucateada”.

Rocha e Almeida (2000) discorrem que somente as intervenções no corpo biológico não vêm respondendo de forma plena às necessidades da saúde, pois há vários componentes que precisam ser considerados no contexto do sujeito, por exemplo, o estilo de vida, a relação com o meio ambiente, com seus pares e com os profissionais. No contexto da saúde indígena, considerar tais componentes é tão importante quanto olhar o índio como um corpo que necessita de cuidado. Nesse sentido, o que é relevante para entender o processo de trabalho da enfermagem é justamente a disposição de querer entender o índio como um sujeito contextualizado em seu ambiente, com o seu querer e saber.

Corroborando com a idéia, Matumoto *et al.* (2001) discorrem sobre a atenção ao ouvir as queixas, o atendimento humanizado, o vínculo e o respeito pelo outro que traz um problema, uma dificuldade qualquer, ou uma necessidade. São valores que devem ser agregados nas relações entre pacientes e os profissionais de saúde. A realidade indígena urge pela necessidade do ouvir atento, de humanizar a consulta de enfermagem e, sobretudo, a necessidade de conhecer o índio no seu contexto de modo a criar vínculos e respeito.

4.4. Análise de Conteúdo

Bardin (1977) organiza a análise de conteúdo em três pólos cronológicos que serão utilizados como metodologia para a análise dos dados, a saber:

1. Pré-análise

É a própria organização e sistematização das idéias iniciais, é a organização do *corpus*². Essa faz possui três etapas:

- A escolha dos documentos a serem submetidos à análise
- A formulação das hipóteses e objetivos
- A elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final

Para tanto, o autor, sugere que para se utilizar essa técnica deve-se obedecer às regras de:

- Exaustividade – deve-se esgotar a totalidade da comunicação, não ocultar nada;
- Representatividade – a amostra deve representar o universo da pesquisa;
- Homogeneidade – *“os dados devem referir-se ao mesmo tema, serem obtidos por técnicas iguais e colhidos por indivíduos semelhantes”*;
- Pertinência – *“os documentos precisam adaptar-se ao conteúdo e objetivo da pesquisa”*;
- Exclusividade – um elemento deve ser classificado apenas em uma categoria.

2. Exploração do material

É a fase em que o material pesquisado é analisado. Consiste em codificar os elementos constitutivos do material. Trata-se de uma etapa longa e decisória, cujos dados brutos são transformados, organizados e agregados em unidades que permitirão ao pesquisador descrever e caracterizar o conteúdo das entrevistas. Portanto, a codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais

² **Corpus**: *“é um conjunto de documentos tido em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”*. Que nada mais é do que a reunião das entrevistas transcritas.

permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo. Tal codificação compreende três fases, a saber:

- A escolha de unidades de registro (recorte) - é a unidade de significação a ser codificado. Pode ser um tema, palavra ou frase que sai naturalmente do *corpus* e que traduz um sentido um significado;
- A seleção de regras de contagem (enumeração) – é o modo como se conta as unidades de registro. Toda seleção de regra de contagem se baseia nas hipóteses ou questões norteadoras, devendo ser escolhida e aplicada a mais pertinente à realidade do estudo, obedecendo algumas regras das quais citaremos apenas a que foi utilizada nesse estudo: A **freqüência** é a unidade mais usada. A importância de uma unidade de registro aumenta com a freqüência de aparição. Ou seja, a regularidade de aparição é considerada mais significativa.
- A escolha de categorias (classificação e agregação) - A categorização é um modo de classificação de elementos essenciais a um conjunto por diferenciação e posteriormente por agrupamento de características análogas por critérios previamente definidos. “*Na análise de conteúdo, as categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) em razão de características comuns escolhidos*” por característica semântica (tema); sintática (verbos, adjetivos, pronomes); léxico (agrupamento de sinônimos e antônimos); expressivo (agrupar perturbações da linguagem). Ou seja, Bardin (1977) afirmar que a categorização pretende “fornecer, por condensação, uma representação significativa dos dados brutos”.

3. Tratamento dos resultados

- Inferência - É a operação lógica, pela qual se admite proposição em virtude de sua linguagem com outras preposições já aceitas como verdadeiras.
- Interpretação - o resultado é analisado de modo que se torne válido e significativo. Podem ser usadas operações estatísticas, porcentagem, gráficos, quadros de resultados de modo a condensar as informações fornecidas pela análise.

5. ARTIGO 1

AVALIAÇÃO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM NA ÁREA INDÍGENA YANOMAMI DOS MUNICÍPIOS DE BARCELOS E SANTA ISABEL DO RIO NEGRO – AMAZONAS, 2006

O artigo visa avaliar o processo de trabalho dos profissionais de enfermagem atuantes na área indígena Yanomami dos municípios de Barcelos e Santa Isabel do Rio Negro, Amazonas, Norte do Brasil, no ano de 2006, por meio de análise de conteúdo das entrevistas realizadas com 03 enfermeiros e 17 técnicos de enfermagem de uma organização não-governamental que assiste os índios do Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami. O resultado evidencia 04 categorias de análise: as atribuições dos profissionais em área indígena, suas fragilidades e potencialidades vividas na rotina do serviço e mudanças sugeridas pelos entrevistados para a melhoria das ações de saúde.

Palavras-Chave: Saúde indígena. Avaliação. Enfermagem

NURSING WORK EVALUATION TO THE INDIGENOUS YANOMAMI IN MUNICIPAL DISTRICTS OF THE BARCELOS AND SANTA ISABEL DO RIO NEGRO, BRAZIL, 2006

The article aims to evaluate the working process of the nursing professionals who act in the Yanomami indigenous area of the municipal districts of Barcelos and Santa Isabel do Rio Negro, Amazonas state, North of Brazil, in year of 2006, throughout of interviews content analysis accomplished with 03 nurses and 17 technical of nursing of a not-governmental organization that attends indigenous of the Yanomami Indigenous Sanitary Special District. The result evidences 04 analysis categories: the working process in indigenous area, its fragilities and potentialities lived in the service and changes routine suggested by the interviewees to improve the health actions.

Key-words: Indigenous health. Evaluation. Nursing

EVALUACIÓN DEL TRABAJO DE LA ENFERMERÍA A LOS INDÍGENAS YANOMAMI EN LOS MUNICIPIOS DE BARCELOS, SANTA ISABEL DO RIO NEGRO, BRASIL, 2006

El artículo visa evaluar el proceso de trabajo de la enfermería de los profesionales de salud atuantes en área indígena Yanomami de los municipios de Barcelos y Santa Isabel do Rio Negro, Amazonas, Norte del Brasil, en el año de 2006, por medio de análisis de contenido de las entrevistas realizadas con 03 enfermeros y 17 técnicos de enfermería de una organización no gubernamental que assiste indígenas de lo Distrito Sanitario Especial Indígena Yanomami. El resultado evidencia 04 categorías de análisis que desvelan el proceso de trabajo en área indígena, así como sus fragilidades y potencialidades vividas en la rutina del servicio y cambios sugeridos por los entrevistados para la mejoría de las acciones de salud.

Palabras-Clave: Salude indígena. Evaluación. Enfermería

INTRODUÇÃO

O processo de avaliação do serviço de enfermagem em área indígena constitui-se em uma tarefa complexa devido a vários fatores próprios do contexto indígena em que os profissionais de enfermagem estão inseridos. Entre eles, destacam-se o acesso dos profissionais em seu ambiente de trabalho; a infra-estrutura em que esses profissionais atendem; os aspectos culturais dos índios, que interferem no planejamento e conduta das ações de saúde; os fatores emocionais dos profissionais de enfermagem que acabam por induzir a evasão dos trabalhadores da saúde indígena e finalmente a própria organização do serviço de enfermagem, que pela condições inusitada do ambiente do trabalho em que esses profissionais desenvolvem as atividades de saúde, precisam ter aptidões que vão além do exigido na profissão de enfermagem.

Pensando nessa realidade, buscou-se nesse artigo descrever as atribuições dos enfermeiros e dos técnicos de enfermagem nas rotinas diárias nos postos de saúde localizados nas aldeias, assim como as atividades desses profissionais no convívio direto com o povo Yanomami. Também se procurou analisar tais atribuições com base na legislação de enfermagem. Além disso, visou-se identificar as facilidades e dificuldades que os profissionais enfrentam na execução de seu trabalho.

A partir da descrição do trabalho de enfermagem, da análise desse trabalho e da identificação das facilidades e dificuldades, foi possível avaliar o trabalho de enfermagem desenvolvido na área indígena Yanomami dos municípios de Barcelos e Santa Isabel do Rio Negro, Amazonas, no ano de 2006.

Deslandes¹ esquematiza em cinco fases o processo de avaliação dos serviços e ações de saúde: *1. Conhecimento aprofundado da atuação (serviço/ação) que se pretende analisar.* É uma fase descritiva que visa levantar informações, dados já existentes e tudo que for necessário para se ter um mapa ou diagnóstico da situação. *2. Análise da correlação existente entre o projeto institucional daquele serviço ou ação ao quadro mais amplo das políticas públicas que o justifique ou contextualize.* Esta é a fase da racionalidade dos meandros técnicos, políticos de sustentação do projeto. *3. Conhecimento empírico da atuação que se avalia.* Nesta fase, o avaliador vivencia na prática as ocorrências, as situações os caminhos, as relações, a lógica do como é feito. *4. Análise das representações sociais dos atores sociais.* Esta fase busca entender as relações entre os pares e os opostos. O avaliador deve compreender as idéias, a visão de mundo, as vaidades, as diferenças e as posturas divergentes, considerando todas essas nuances na avaliação. *5. Análise propriamente dita.* Esta é a fase do diagnóstico, das inferências, dos encaminhamentos. O avaliador discorre sobre os caminhos, achados e perspectivas, estratégias de ação, interpreta as falas, gestos, ações técnica e intervenções políticas, direciona e aponta caminhos estratégicos com base teórica sobre a temática.

Hartz² afirma que avaliar um programa vai muito além das estimativas de riscos no final das intervenções. As estratégias de avaliação e pesquisa sempre devem ser calcadas em expressão prática do quadro teórico construído e considerar que nem sempre os estudos epidemiológicos se adaptam aos programas. No entanto, a realidade da saúde indígena mostra que o processo de avaliação dos programas de saúde nem sempre pode considerar apenas as informações epidemiológicas.

Há outros componentes que devem fazer parte da estrutura de uma avaliação nos programas de saúde indígena. Esses componentes geralmente estão ligados aos aspectos culturais - proibições, regras sociais, saber tradicional, cosmologia, relações sociais, modo de

vida e formas de sobrevivência que implicam em mobilidade da população; ou relacionados ao acesso, às condições meteorológicas, pois, as intempéries da natureza têm implicações diretas nas atividades de saúde em área indígena, haja vista que o campo de ação e do cuidado de enfermagem pode ocorrer em ambientes ao ar livre

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada em área indígena Yanomami, dos municípios de Barcelos e Santa Isabel do Rio Negro, Amazonas, Norte do Brasil, no ano de 2006. O universo dos sujeitos da pesquisa constou de três enfermeiros e vinte e seis técnicos de enfermagem. A intenção da pesquisa era de contemplar 100% dos técnicos de enfermagem, no entanto, 09 deles não atenderam os critérios de inclusão desse estudo.

Todos os voluntários participantes do projeto preencheram os seguintes critérios de inclusão: 1- Ser funcionário da instituição atuante em um dos dois municípios-alvo há mais de seis meses; 2- Ser profissional de enfermagem – enfermeiro ou técnico de enfermagem; 3- Estar no período da entrevista presente na sede da SECOYA, em Manaus; 4- Consentir de forma livre e esclarecida a sua participação no estudo. A identificação dos entrevistados ocorreu por meio de nomes fictícios, de modo a preservá-los, garantindo-lhes o anonimato.

Visando realizar a entrevista, foi aplicado um roteiro com perguntas abertas e fechadas, enfatizando a avaliação do trabalho de enfermagem no Subsistema de Saúde Indígena. Para tanto, utilizou-se a técnica de entrevista semi-diretiva envolvendo pesquisador-pesquisado com auxílio de um aparelho gravador. As repostas foram transcritas na íntegra para um editor de texto.

Após a transcrição das entrevistas, foram realizadas leituras flutuantes do *corpus* e recorte das unidades temáticas. As respostas análogas foram ordenadas e agrupadas em diferentes categorias para que pudessem ser analisados seus conteúdos. De posse dessa

análise, foi avaliado o processo de trabalho com seus aspectos facilitadores e seus entraves vividos na prática diária dos entrevistados.

O resultado transcrito das entrevistas foi analisado por meio da técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin³ (2004), que a define como “*uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e qualitativa do conteúdo manifesto da comunicação*”.

REFERENCIAL TEÓRICO

O processo de trabalho do enfermeiro, segundo Silva e Formigli⁴ é uma correlação entre práticas e necessidades de saúde. Este processo tem múltiplos fatores condicionantes ligados ao estado de saúde ou de doença de indivíduos ou grupos, sendo estes sociais, econômicos, políticos, ideológicos, culturais; assim como à possibilidade das práticas em modificar uma dada situação de saúde, atendendo ou não às necessidades desse indivíduos ou grupos.

Gomes *et al*⁵ relatam que a representação da prática profissional do enfermeiro expressa contradições e tensões na execução diária das atividades. Essa representação apresenta-se tensionada entre as características próprias da profissão, os pressupostos do trabalho na programação em saúde, as necessidades da clientela e a inter-relação entre os diversos profissionais da equipe multiprofissional.

Rocha e Almeida⁶ discorrem acerca do processo saúde-doença-cuidado, e constataam que a lógica instrumental dá sustentação ao trabalho em saúde que se apóia na fisiopatologia para o diagnóstico e terapêutica e obtém relativos sucessos se considerarmos como resultado a restauração biológica. Entretanto, se considerarmos a experiência, precisamos pensar no limite da intervenção, na forma em que estabelecemos o cuidado e nas associações entre o cuidado e processo diagnóstico que permitem atuar na intervenção. Desta forma, busca-se

uma postura ativa dialógica, interativa e interdisciplinar, relacionada aos diversos conhecimentos que envolva uma construção coletiva e solidária do cuidar.

Matumoto *et al*⁷ afirmam que a enfermagem não se apresenta neutra e não se faz somente com saberes e práticas tecnicistas, ainda que necessite destes para constituir-se como trabalho social em dada sociedade, reconhecida por ela e intervindo nela. A enfermagem está incluída na equipe para responder por uma parte da assistência, naquilo que lhe é específico, e sua intervenção direciona-se para a produção de uma ação social, a qual pode ser de manutenção ou de transformação da realidade.

Em área indígena a qualidade de serviço de saúde depende entre outras condições do acesso a uma boa estrutura: recursos humanos capacitados e em quantidade suficiente, infraestrutura adequada e materiais suficientes. O Modelo proposto por Donabedian para a Avaliação de Qualidade dos Serviços de Saúde está composto por três categorias: **Estrutura** – *relacionado aos recursos materiais utilizados na assistência*; **Processo** – *engloba as atividades e procedimentos profissionais que transformam os recursos em resultados*; e **Resultados** - referente ao impacto das ações de saúde dos pacientes ou melhoria da qualidade de vida das pessoas⁸.

Por questões didáticas, no intuito de situar o leitor com os anseios e expectativas dos profissionais atuantes em área indígena, dividiremos a discussão em categorias. Inicialmente, abordaremos a categoria das fragilidades encontradas na rotina desses profissionais.

RESULTADOS

As categorias surgiram a partir das unidades temáticas recortadas do *corpus*. Num primeiro momento listaram-se todas elas para que pudessem ser analisadas e submetidas aos critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência, exclusividade conforme sugere Bardin (2004)³. Na seqüência, definiram-se as categorias e subcategorias tanto para os técnicos de enfermagem (quadro I) quanto para os enfermeiros (quadro II).

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	CODIFICAÇÃO	CO-OCORRÊNCIA
Fragilidades	Estrutura	FE	11
	Acesso	FA	11
	Cultura	FC	07
	Gerenciamento	FG	13
Potencialidades	Interação com a Comunidade	PIC	10
	AIS	PAIS	09
Atribuições profissionais	Assistência em Enfermagem	APAE	09
	Procedimentos	APP	05
	Programas de Saúde	APPS	12
	Educação em Saúde	APES	06
Mudanças	Educação em Saúde	MES	09
	Gerenciamento	MG	11
	Recursos Materiais	MRM	17
	Recursos Humanos	MRH	05

Quadro 1 – Categorias e subcategorias - Técnicos de enfermagem

Na categoria **fragilidades** foram identificados alguns entraves que interferem nas atividades dos profissionais em área. Tais fragilidades estão divididas em quatro subcategorias: a) estrutura - englobam recursos humanos, recursos materiais e a logística; b) acesso – refere ao deslocamento dos profissionais de enfermagem da cidade até os postos de saúde e alojamento localizados nas aldeias, além do itinerário entre as aldeias para a visita domiciliar realizada por esses profissionais; c) cultura - trata-se dos aspectos culturais que interferem nas atividades de saúde como, por exemplo, a mobilidade da população e a não-aderência a determinada terapia medicamentosa; d) gerenciamento - subcategoria percebida como um problema que interfere nas ações de saúde em área indígena.

Na categoria **potencialidades**, foram identificadas duas subcategorias: a) interação com a comunidade e a equipe de saúde - é percebida como ponto favorável no processo de trabalho de enfermagem; b) A atuação do agente comunitário indígena de saúde (AIS) - é referida nas falas como facilitador nas resoluções das atividades de saúde nas aldeias.



Figura 1 – Diagrama do Resultado da Análise de Conteúdo das Entrevistas dos Técnicos de Enfermagem

Na categoria **atribuições profissionais**, relacionada ao desenvolvimento da assistência de enfermagem em área, as falas revelam que profissionais desenvolvem assistência de enfermagem no âmbito da ação primária de saúde e atendimento de emergência. Foi observado que os técnicos atuantes nessa área indígena realizam procedimentos não inerentes à sua função, além de realizar integralmente os Programas de Saúde sem o monitoramento do enfermeiro.

Na categoria **mudanças**, foram identificadas quatro subcategorias: a) educação em saúde; b) gerenciamento; c) recursos humanos; d) recursos materiais. Os entrevistados relacionam as dificuldades na execução do serviço em função dessas quatro subcategorias que interferem negativamente nas ações de saúde, por isso sugerem mudanças nas atividades de educação em saúde para a melhoria do serviço. Acreditam que a melhoria da organização do

serviço refletirá na qualidade das ações de saúde em área, necessitando mudanças no gerenciamento de enfermagem que refletirão no resultado. Os recursos materiais e humanos são pontos colocados pelos entrevistados como entraves no desenvolvimento das ações que interferem na qualidade da assistência.

O quadro abaixo apresenta a categoria e subcategoria recortada do *corpus* dos textos formulados a partir da entrevista com os enfermeiros. As categorias são as mesmas apresentada no quadro I.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	CODIFICAÇÃO	CO-OCORRÊNCIA
Fragilidades	Estrutura	FE	03
	Acesso	FA	02
	Cultura	FC	02
	Gerenciamento	FG	02
Potencialidades	Interação com a Comunidade	PIC	02
	AIS	PAIS	01
	Educação em saúde	PES	02
Atribuições profissionais	Assistência em Enfermagem	APAE	03
	Programas de Saúde	APPS	02
	Gerenciamento	APG	03
	Educação em Saúde	APES	03
Mudanças	Educação em Saúde	MES	03
	Gerenciamento	MG	03
	Recursos Materiais	MRM	02

Quadro 2 - Categorias e subcategorias – Enfermeiros

Na concepção dos enfermeiros, o acesso e o gerenciamento são colocados como fragilidades para o desenvolvimento do trabalho em área indígenas e os aspectos culturais interferem nas atividades de saúde. Já a estrutura (recursos materiais) é tida como elemento que fragiliza as intervenções de enfermagem em área indígena.

Concernente às **potencialidades**, os enfermeiros colocam os AIS como uma força no desenvolvimento das atividades de saúde nas aldeias. A educação em saúde e a interação da equipe com a comunidade são apontadas como fortalezas capazes de influenciar nas ações de saúde em área indígena.

Na categoria **atribuições dos profissionais**, os enfermeiros afirmam realizar assistência de enfermagem, gerenciamento de enfermagem e educação em saúde. No entanto, os Programas de Saúde de nível ministerial em área são realizados na sua maioria pelos técnicos de enfermagem.

Na categoria **mudanças**, as subcategorias educação em saúde, gerenciamento e recursos materiais foram colocadas pelos entrevistados como elementos que interferem na qualidade das ações de saúde e recomendam mais atenção e cuidado, sobretudo, no gerenciamento de enfermagem.



Figura 2 – Diagrama do Resultado da Análise de Conteúdo das Entrevistas dos Enfermeiros

DISCUSSÃO

Fragilidades:

- **estrutura**

Uma boa infra-estrutura favorece um bom atendimento aos clientes, o que se reflete em bons resultados. Corroborando a premissa do modelo de avaliação da estrutura proposto por Donabedian, a fala da entrevistada (enfermeira Ana) relaciona a estrutura com o atendimento prestado⁸: *“você às vezes perde muito mais tempo tentando consertar o posto de saúde do que fazendo o seu atendimento. Então a estrutura prejudica muito, tanto pelo material em más condições de uso ou, às vezes, pela falta dele”*.

Ainda relacionado à estrutura, o transporte foi colocado como uma fragilidade que prejudica a assistência, como observado na fala de Constança, técnica de enfermagem, *“ponto que eu acho muito difícil e que atrapalha o nosso trabalho em área, é o transporte. O acidente com aquele paciente que teve a cabeça quebrada... não tinha como transferi-lo porque não tinha nenhum bote lá e a gente ficou uns dois dias pra poder conseguir remover o paciente grave”*.

Os recursos materiais utilizados pelos profissionais, como por exemplo, equipamentos, são adquiridos pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), e repassado pela conveniada – Serviço e Cooperação com o povo Yanomami (SECOYA). Sabe-se que a vida útil desses equipamentos é curta em virtude do grau de dificuldade do acesso, onde tanto o bote de alumínio quanto o motor sofrem constantes avarias no trajeto constituído por cachoeiras, corredeiras e inúmeras pedras no leito do rio.

Outro aspecto da fragilidade encontrada por esses profissionais em área refere-se ao risco ocupacional, desde o transporte que os conduzem à aldeia até o próprio percurso realizado

pela equipe e sua permanência em determinadas aldeias que não apresentam condições salubres para moradia. Um exemplo claro do risco ocupacional que ocorre em área indígena é referido por Carla, técnica de enfermagem, na seguinte frase: *“as viagens sempre acontecem com o bote muito cheio, tem um risco muito grande. Toda vez que você viaja, você sabe que está entrando, mas não sabe se vai chegar ao seu destino.”* Esse risco ocupacional é uma das causas da alta rotatividade dos profissionais na área estudada, sempre referido como preocupação constante de todos os profissionais que trabalham nessa região, pois tratar-se de uma área de difícil acesso e periculosidade.

- **processo**

As fragilidades na execução das ações em área indígena também se concretizam em aspectos emocionais relacionados à escala de trabalho em área que compreende um período de 30 a 60 dias; o fato dos profissionais permanecerem sozinhos nas aldeias, longe dos familiares, leva-os à solidão, medo, estresse e constitui também outra causa da alta rotatividade de profissionais. Carmen, técnica de enfermagem – ao ser questionada sobre o assunto - afirma que *“Solidão, tristeza, saudades da família, irmãos e filhos são dificuldades que a gente passa ao trabalhar em área.”*

O estresse é um problema de natureza perceptiva, resultado da incapacidade de lidar com as fontes de pressão no trabalho, comprometendo o indivíduo e as organizações. As profissões de enfermagem têm sido relacionadas como suscetíveis às cargas de estresse, em especial a tensões e problemas advindos do exercício da atividade profissional, conhecidos como estressores ocupacionais⁹.

Como já visto neste artigo, diversas são as fragilidades encontradas no desenvolvimento das ações de saúde em área indígena. Certamente o fator cultural, com suas singularidades, constitui uma dificuldade tanto para o planejamento, como para a execução das atividades envolvendo o povo indígena. O padrão cultural diferenciado faz com que as relações sociais

dos Yanomami sejam *sui generis* em nível de comunidade e interpessoalmente, uma vez que o modo como o indivíduo percebe a enfermidade é uma realidade composta pelo universo ampliado de significados estabelecidos pela sociedade e o mundo subjetivo dos indivíduos. Desta forma, observa-se que os padrões culturais que as pessoas utilizam para interpretar um dado episódio de doença são criações sociais, ou seja, são formados a partir de processos de definição e interpretação constituídos intersubjetivamente¹⁰.

Dentro da sociedade Yanomami, essas criações sociais norteiam as relações estabelecidas intra e extra-comunidade, constituindo um ponto de fragilidade tanto para a execução das ações de saúde, como para o estabelecimento do convívio com a equipe de profissionais, como observado na fala a seguir:

“[...] A relação dos profissionais com a cultura dos Yanomami não é fácil [...] Nós quando entramos em área somos esclarecidos que não devemos interferir na cultura dos índios, então é muito difícil, nós temos um impacto cultural muito grande quando chegamos em área.” (enfermeira Júlia).

A carência no gerenciamento de enfermagem foi colocada em diversas falas dos entrevistados como uma dificuldade que influencia nas atividades de saúde. *“Acho que a falta de supervisão é um ponto negativo. O enfermeiro como gerente esteve ausente. Acho que faltou a liderança dos enfermeiros para conduzir o trabalho em área. Muitas reclamações vieram até a mim pela ausência do profissional enfermeiro quando digo ausência me refiro à ausência de intervenção desse profissional”* (enfermeira Maria). Os técnicos de enfermagem afirmam que a ausência do enfermeiro em área é motivo de estresse por conta da complexidade de algumas intervenções peculiares ao profissional enfermeiro. Para eles *“[...] a presença do enfermeiro é muito importante porque tem casos que a gente tem que repassar para ele resolver e às vezes a gente não tem como. Porque de repente a gente faz um procedimento errado, aí vai cair para cima do técnico”* (técnica de enfermagem Juca).

No entanto, algo mais frágil que a ausência física é a falta de iniciativa por parte dos enfermeiros em exercer, de fato, suas competências profissionais. Os enfermeiros justificam a ausência de supervisão pelo excesso na demanda assistencial, além da dificuldade e lentidão no deslocamento entre as aldeias, que consome parte do tempo destinado às ações de saúde em área. Sabe-se que esta região é de difícil acesso e grande parte do tempo é dispensado em deslocamento da equipe. Entretanto, mesmo considerando a variável tempo e a dispersão das aldeias, é possível otimizar a intervenção do enfermeiro por meio do planejamento e do estabelecimento de prioridades no cumprimento mínimo das metas para a assistência de enfermagem e dos Programas de Saúde.

Todavia, desempenhar o papel de gestor no serviço de saúde prestado à comunidade indígena é ainda uma tarefa insipiente para o enfermeiro. Na atualidade, parece haver uma tendência em reconhecer no exercício profissional a atividade administrativa. Contudo, mais uma vez, esta não é pensada/percebida de forma articulada com o trabalho coletivo em saúde, mas sim em relação à sistematização da assistência de enfermagem. É notório que o novo modelo assistencial, que foi implementado com a Política de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), demanda um profissional crítico, que além da competência técnica também dê conta da dimensão política do trabalho no setor de saúde, e que além das questões biológicas e individuais, busque compreender e assistir aos homens, mulheres e crianças em suas dimensões sociais, econômicas, culturais, familiares, afetivas, verdadeiramente humanas, com intuito de desenvolver um serviço que atenda às necessidades de saúde¹¹.

O papel de gerir as ações de saúde em área indígena é tão fundamental quanto as intervenções propriamente ditas. Exercer esse papel é extrapolar o campo biológico e tecnicista do modelo de saúde apresentado e oferecido pela FUNASA para daí apropriar-se da dimensão política/gerencial numa perspectiva de saúde social. O processo de trabalho de enfermagem além de sofrer impacto no que concerne à dificuldade de estrutura em toda a sua

dimensão (recursos humanos, materiais, logística, etc.), também sofre influência da ingerência das atividades de enfermagem, sobretudo, pela ausência da supervisão do enfermeiro, constituindo-se como um nó crítico do processo de trabalho de enfermagem em área indígena.

Potencialidades:

- **processo**

O comprometimento e a interação desses profissionais com a comunidade foram considerados – pelas falas dos entrevistados – como um dos facilitadores das atividades de saúde. Dentre eles, destaca-se o comprometimento dos técnicos de enfermagem que permanecem constantemente e por um longo período nas aldeias; e dos AIS que constituem uma força de trabalho importante auxiliando os profissionais de enfermagem em suas atividades nas aldeias.

“O técnico é o principal instrumento de trabalho que tem na área. Não se pode comparar com nenhum outro técnico de cidade, porque ali a gente faz tudo. A gente é psicólogo, médico, tudo dentro da área.” (tec. de enf. Joana)

“Os AIS são o principal intercâmbio entre a comunidade e os profissionais de enfermagem.” (enf. Maria)

O trabalho em área indígena é diferenciado por vários aspectos: Há um deslocamento do profissional para a aldeia, ou seja, ele deixa o seu ambiente e adentra no mundo do outro; O tipo de vínculo constituído entre o profissional e o cliente também é diferenciado, devido à abordagem realizada num ambiente que não é próprio do profissional, um exemplo disso é o paciente em zona urbana que dá entrada no hospital e se interna, já na área indígena este vínculo é estabelecido mesmo sem a necessidade de internação. Há um convívio próximo e constante, de forma a estender a relação entre profissional e cliente para além do contato assistencial, cria-se um elo de amizade.

Tal interação entre o profissional de saúde e o cliente é essencial para o sucesso do serviço prestado. É importante a identificação do cliente com o profissional, de forma que a impressão que fique no cliente é a de um indivíduo amigável e atencioso. Deve-se considerar que características pessoais são relevantes no estabelecimento do contato. A literatura refere que, quando as pessoas são interrogadas sobre o que consideram importante no cuidado médico ou de saúde, elas assinalam que a maneira como o cuidado é dispensado, tomando por base, a atenção e o interesse é tão importante ou até mais importante, do que a qualidade técnica deste cuidado¹².

A educação em saúde foi mencionada nas entrevistas como uma prática transformadora das condições sociais e da melhoria da qualidade de saúde da população.

“As palestras também são um ponto forte, as reuniões educativas são um ponto muito forte para eles entenderem qual é a nossa finalidade lá dentro que não é só curar as doenças é fazer com que eles não adoeçam”. (enfermeira Julia).

“Eu acho que tudo que vier como capacitação para o profissional que trabalha em área indígena é bem-vindo porque mais cedo ou mais tarde você vai precisar deste conhecimento. Porque ele vai depender desta instrução pra mais na frente ele fazer um trabalho de qualidade”. (técnica enfermagem Maú).

L'abbate¹³ divide a demanda dos profissionais na perspectiva da educação em saúde direcionada para instrumentalização em técnicas didático-pedagógicas e para o desenvolvimento do papel do profissional. Considera entre outras premissas que qualquer tipo de atuação que vise melhorar o serviço de saúde deve passar por capacitação dos profissionais de saúde de modo a buscar o aperfeiçoamento das relações sociais das *práxis* dos serviços, adotando uma postura crítica e natural para o enfrentamento dos problemas surgidos a partir das relações humanas.

Atribuição dos profissionais

Essa categoria descreve as atividades de saúde desenvolvidas em área indígena. Discorre sobre os meandros das competências profissionais no desenvolvimento de procedimentos que muitas vezes não competem aos profissionais de enfermagem realizar.

“O enfermeiro trabalha com programas de saúde, assistência, ações preventivas e promocionais. Além das atividades gerenciais concernentes aos postos de saúde e à avaliação dos programas desenvolvidos pelos técnicos de enfermagem.” (enfermeira. Júlia).

“[...] quer dizer, a gente não tá praticamente realizando todos os programas por falta às vezes de tempo ou de material.” (enfermeira Ana).

“A gente faz os programas de saúde dos idosos, crianças, adolescentes e gestantes. Nas gestantes, a gente verifica os sinais vitais, peso, medida da barriga. No idoso, a gente faz exame clínico e verifica os sinais vitais. A gente faz consulta de enfermagem, cuida do paciente e se for necessário faz a remoção para o município.” (técnica de enfermagem Madalena).

As duas primeiras falas supracitadas são dos enfermeiros que apontam as atividades de sua competência e que são realizadas comumente em área. Tanto a fala da Julia, como a da Madalena, demonstram uma inversão de papéis, onde o técnico de enfermagem deixa de auxiliar para assumir integralmente o desenvolvimento dos programas. Já a fala da Ana relaciona a não execução integral dos programas à falta de tempo e/ou material.

Uma análise geral desse problema leva à percepção de uma dificuldade de visão gerencial por parte dos enfermeiros. Esse profissional deve conquistar o seu reconhecimento por meio da competência, da luta, da politização, da organização da categoria, do posicionamento na equipe e na instituição, e da realização de um trabalho de qualidade¹⁴. Nesse sentido, a inversão de papéis denota uma falha em delegar funções. A administração do

tempo se mostra deficiente, uma vez que o número de programas desenvolvidos em área e a quantidade de participantes em cada um desses programas são reduzidos, se levarmos em consideração a normatização do Ministério da Saúde¹⁵ que determina o acompanhamento de 3.000 a 4.500 indivíduos por equipe do Programa de Saúde da Família (PSF).

A população Yanomami, nos municípios Barcelos e Santa Isabel do Rio Negro, é constituída por 2.114 indivíduos, para os quais a SECOYA/FUNASA disponibiliza uma equipe formada por 01 médico, 03 enfermeiros, 26 técnicos de enfermagem, 37 agentes indígenas de saúde, 01 odontólogo e 01 técnico em higiene dental.

Mesmo considerando as variáveis - *dispersão geográfica* entre as aldeias e o *tempo* que o profissional de enfermagem gasta para realizar o percurso até as aldeias, ainda assim, é possível atender todos indígenas conforme o estabelecido nos Programas de Saúde. É pertinente ressaltar que o deslocamento de Barcelos para as aldeias é dependente das condições sazonais das hidrovias. A média de dias utilizados no percurso durante o período da estiagem é de 20 dias, ao passo que na vazante esse tempo é reduzido pela metade. Independente do deslocamento, o enfermeiro permanece por cinco dias em cada aldeia totalizando em média 30 dias de trabalho mais o tempo de percurso (10 a 20 dias). Já o técnico cumpre uma escala de 30 a 60 dias incluindo o tempo de deslocamento. Se bem planejado, esse tempo é suficiente para realizar assistência de enfermagem, Programas de Saúde, e, sobretudo, a supervisão de enfermagem.

Sobre o trabalho em área indígena, para a técnica de enfermagem Joana. *“tem funções que não são inerentes ao cargo de técnico e que a gente tem que executá-las por falta de enfermeiro e/ou médico, que são – por exemplo – o parto, que às vezes a gente tem que fazer; suturas, que não são inerentes à nossa profissão, além de todos os Programas de Saúde”*.

A fala da Joana aponta uma confusão entre a realização de procedimentos que, possivelmente, numa eventualidade, poderiam ser realizados pelo técnico de enfermagem,

mas que se tornaram rotineiros, contrariando a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986¹⁶, que dispõem sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem atribuindo competências aos profissionais. É evidente que assumir funções que não são inerentes ao cargo representa uma falha no gerenciamento da equipe e deve ser sanado de forma que a execução de tais procedimentos passe a ser realizada pelos enfermeiros.

No que concerne a educação continuada, a enfermeira Ana diz: *“Há apenas um fator do enfermeiro em área indígena que eu fico preocupado: que é o fator reciclagem, aprimoramento dos conhecimentos. Não tem como estar se reciclando e isso aí prejudica”*. Atualizar a equipe de enfermagem se constitui em um desafio a parte. A permanência por longo tempo em área e fora do circuito urbano faz com que esses profissionais perdem a oportunidades de se aperfeiçoarem por meio de cursos ou eventos científicos. Nesse sentido, a SECOYA promove treinamento em serviço dentro da própria área indígena por meio de consultorias.

No entanto, capacitações em área indígena são de responsabilidade da FUNASA. As conveniadas, na maioria dos convênios, não contemplam verbas que garanta atividades de educação continuada para os seus profissionais. De fato o número de capacitações está bem aquém do necessário, mas também é importante referir que durante o passar dos anos a FUNASA promoveu vários cursos de capacitação para a equipe de saúde, porém, a alta rotatividade dos profissionais vem reduzindo o número de profissionais capacitados.

Relacionado ao trabalho educacional em área, é importante que haja uma metodologia que vise sanar a lacuna existente no entendimento dos profissionais acerca da cultura Yanomami. Para isso, se faz necessário utilizar-se de meios didáticos adequados e que respeitem as idiossincrasias do povo indígena. Haja vista que existe um hiato antropológico entre a cultura Yanomami e a postura dos profissionais. A questão não é somente proferir palestras, mas, o modo como a educação em saúde está sendo realizada e se está ocorrendo a

apreensão do conhecimento pela população indígena. Nas falas de Júlia e Ataulfo observa-se essa preocupação: “[...] com a comunidade a gente realiza atividade educativa, palestras educativas, o acompanhamento dos programas” (enfermeira Julia). “A gente faz muita palestra, muita conversa com Yanomami, esse é a diferença entre trabalhar em área e na cidade, o tempo para conversar.” (técnico de enfermagem Ataulfo).

Mudanças

Uns dos tópicos do roteiro de entrevista solicitavam aos entrevistados propor sugestões para melhorar o serviço. As mudanças sugeridas pelos técnicos de enfermagem e pelos enfermeiros são relacionadas à educação em saúde; gerenciamento; recursos materiais e humanos.

O grupo de enfermeiros é unânime em sugerir mais capacitações para os profissionais, sobretudo, para os técnicos de enfermagem e AIS. Consideram a educação em saúde como um meio para melhorar a qualidade das ações de saúde em área como podem constatar nas falas abaixo:

“Eu acredito que tem várias coisas que podem ser feitas, principalmente a capacitação dos técnicos de enfermagem e AIS, justamente para que a limitação deles sobre determinados conhecimento diminua...” (enfermeira Maria).

“A capacitação dos enfermeiros é muito pouca. Se houvesse mais capacitações seria importante para ter uma melhoria nas ações de saúde.” (enfermeira. Júlia).

Já o grupo dos técnicos de enfermagem, além de terem as capacitações como sugestões para a melhoria dos serviços prestados, sugerem que haja um aprendizado do idioma Yanomami para facilitar a interação profissional-cliente.

“Eu falei a respeito de reciclagem, de treinamento relacionado a procedimentos de saúde. A parte lingüística é um obstáculo para o profissional ter um diagnóstico preciso e saber o que tá acontecendo com o paciente. Eu acho que o aprendizado da língua trará uma nova visão para o profissional. Todos devem ter uma noção básica da língua Yanomami.” (técnico de enfermagem Bento).

Na maioria das vezes, o profissional de saúde durante o atendimento conta com o apoio do AIS para traduzir a queixa do paciente e conduta do profissional. No entanto, há algumas situações em que o profissional não tem essa tradução pela ausência do AIS no momento do atendimento ou pela recusa da paciente em ser atendida na presença do AIS, sobretudo quando a queixa for direcionada para questões ginecológica ou obstétrica. Daí a necessidade do profissional ter noções básicas da língua para facilitar a comunicação.

Quanto ao gerenciamento, a mudança sugerida consiste, na realidade, no papel que o enfermeiro deveria exercer em área. Sugerir que o enfermeiro faça o seu papel de gestor é assumir que há uma deficiência no cumprimento das funções atribuídas para o cargo de enfermeiro, uma vez que o gerenciamento das ações de saúde é de responsabilidade desse profissional. No entanto, observa-se uma postura passiva frente à organização do serviço num momento em que se exige perfis ou habilidades dos enfermeiros em executar e instrumentalizar as práticas de enfermagem e a gerência dos serviços prestados.

“O enfermeiro não estudou pra dar remédio, o enfermeiro estudou pra ser o agente transformador do meio, quem vai justamente fazer o trabalho voltado para a melhoria, quem vai fazer a diferença da saúde. Aquele que vai gerenciar, organizar, supervisionar.”(enfermeira Maria).

De fato, tanto o enfermeiro quanto o técnico de enfermagem têm seu papel bem definido e regulamentado pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986¹⁶. No entanto, nas falas

da maioria da maioria desses profissionais, observa-se uma limitação dos enfermeiros enquanto gerente, organizador e supervisor das ações de enfermagem.

“[...] Não estamos fazendo a supervisão, que é nossa função, na maioria das vezes fazemos assistência. Muitos técnicos vieram reclamar que eles fazem nosso trabalho, fazem os programas. Às vezes não temos o tempo necessário para fazer todos os programas [...] Tem muitas coisas que atrapalham, por exemplo, a logística, o acesso, o jeito de ser deles também, principalmente as mulheres, a saída dos Yanomami para o centro, aí você tem que priorizar e deixamos a supervisão de lado.” (enfermeira Maria).

Quanto à estrutura relacionada aos recursos materiais e humanos, os entrevistados sugerem mudanças por entenderem que melhorias neste campo refletirão em melhores condições de assistência à saúde. Corroborando esse pensamento, Pereira⁸ afirma que “a existência de uma boa estrutura concorre para um bom atendimento para os pacientes, o que leva para bons resultados.” Abaixo, transcrevemos falas dos entrevistados que reivindicam mudanças nos recursos materiais:

“[...] então a qualidade do serviço vai mudar bastante quando lhe for dado condições de trabalho. Se a instituição oferece condições de trabalho o enfermeiro vai melhorar a sua atuação. A qualidade dele nas ações de saúde vai ser melhor quando for oferecido melhores condições de estrutura, das condições de equipamentos, melhoria de transporte” (enfermeira Júlia).

“Relacionada à logística, é necessário que tenha uma mudança geral, sobretudo, na compra de motores e botes novos. Nos locais onde trabalhamos existem postos de saúde que não têm estrutura adequada e precisam ser reformados ou construídos. Precisamos de maior apoio da FUNASA relacionado à aquisição dos materiais que são utilizados nos postos de saúde.” (técnico de enfermagem Bento)

As falas abaixo traduzem o conflito dos profissionais acerca do isolamento do seu mundo ou de sua cultura, do distanciamento de seus pares, do risco ocupacional e de todas as dificuldades por eles vividas em área indígena. Percebe-se uma mágoa traduzida em falta de reconhecimento do seu trabalho onde inferem questões trabalhistas como compensação por exercer atividades com alto grau de insalubridade e reconhecimento pela abdição da convivência em ambiente urbano.

“Dar mais valor para o técnico porque é a gente que está na frente de batalha, somos nós que ficamos aqui longe da família muito tempo. Então, acho que precisa ter mais um pouco de reconhecimento por parte da coordenação pelo nosso esforço, pelo risco de vida” (técnico de enfermagem Juca).

“Os profissionais que trabalham em área indígena deixam a família, filhos, mulher, pai, mãe. Deixa o conforto da cidade grande, suas noites bem dormidas, tudo isso pra ir trabalhar na área indígena. E quem trabalha em área indígena sabe a dificuldade que o profissional enfrenta... Por exemplo, na questão trabalhista deveria ter uma coisa diferenciada pro profissional. Por exemplo, o seu salário ser um pouco maior, ter plano de saúde médico-odontológico.” (técnico de enfermagem Nestor).

Por se tratar de um trabalho diferenciado em que os profissionais vivenciam inúmeras situações incomuns como: exposição às condições meteorológicas (chuva e sol), acesso dificultado pela geografia local, ausência prolongada do convívio familiar, isolamento, solidão etc. Essa compensação financeira cobrada pelos profissionais é atendida quando comparado com os salários pagos nos centros urbanos. Sobre a questão de trabalhar em área indígena, os entrevistados são unânimes em dizer que se sentem muito felizes e satisfeitos com o trabalho com os Yanomami, a fala seguinte afirma que a recompensa não está no salário: *“é um trabalho difícil [...] mas só o fato de trabalharmos no meio da floresta, longe do estresse, da fadiga dos hospitais, já compensa tudo. É uma aventura está no meio dos*

índios, eu me sinto privilegiado em trabalhar com esse povo. É claro que o salário poderia ser um pouquinho melhor, mas tá bom [...]” (técnico de enfermagem Serafim).

Batista *et al*¹⁴, em sua pesquisa sobre fatores de motivação e insatisfação no trabalho dos enfermeiros, encontraram cinco fatores motivacionais no trabalho atual dos enfermeiros: gostar do que faz; o bom relacionamento multiprofissional; a possibilidade de crescimento profissional; o poder de resolutividade atrelado ao compromisso com a população, as condições de trabalho, por último a remuneração.

O Conselho Distrital de Saúde é uma instância deliberativa em que os profissionais de saúde têm a possibilidade de discutir várias questões relacionadas à saúde indígena, inclusive o salário e melhores condições de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Bellato *et al*¹⁷ discorrem sobre a organização institucional impregnada de normas e rotinas rígidas que caminham para uma rede de regulamentação burocrática baseada nas especialidades do indivíduo, na impessoalidade e em posturas inflexíveis. Todavia, na realidade da assistência de enfermagem no contexto indígena, atitudes rígidas ou protocolos devem ser repensados, pois, o elemento surpresa está fortemente presente e, tão importante quanto às normas e rotinas são a criatividade e a capacidade de gerenciar uma situação alheia à rotina. O cuidar nessas condições é muito mais complexo do que na zona urbana, pois o enfermeiro além de conceber o cuidado para o outro, pode ser aquele quem concebe e executa o cuidar, ou seja, gerencia e faz o cuidado.

No decorrer das entrevistas foi possível identificar as dificuldades que os profissionais de enfermagem enfrentam para trabalharem na área indígena Yanomami em estudo, observando-se a alta frequência da dificuldade relacionada ao acesso desses profissionais às aldeias. A estrutura também foi muito mencionada como dificuldade para o desenvolvimento das ações

de saúde. No entanto, o problema mais referido no discurso dos entrevistados foi o gerenciamento das atividades de enfermagem. Nessa contextualização, a pesquisa aponta insatisfações dos técnicos de enfermagem relacionadas às suas atribuições em confronto com às dos enfermeiros. As falas que se seguem são bastante emblemáticas e se reproduziram quase que unanimemente pelos entrevistados:

“a gente faz tudo aqui, lava, cozinha, faz sutura, parto. Fazemos coisas que não é para o técnico fazer, eu sei que o enfermeiro não pode estar em vários lugares ao mesmo tempo, mas quando ele está não faz o que tem de fazer, aí eu fico chateado e não aceito o que ele cobra da gente. Ele é o chefe, ele estudou para isso, ele tem que supervisionar a equipe, treinar a equipe, ele sabe e tem que fazer e tem que saber o que cobrar, ele não pode me cobrar os programas e ele faz o quê? Quando ele não estiver na aldeia aí tudo bem eu faço [...].”(técnica de enfermagem Carmem.).

Entre o pensar, no sentido de concepção teórica do cuidado, e o fazer, execução do cuidado, Bellato *et al*¹⁷ afirmam que a enfermagem fragmentou-se em tarefas e classes profissionais tendo como pano de fundo o conhecimento intelectual. Os técnicos e auxiliares de enfermagem, categorias pertencentes aos níveis de formação da educação profissional pós-médio, ficaram incumbidas de executar o cuidado pensado por outro (enfermeiro). Já o enfermeiro, categoria com escolaridade em nível superior, é responsável pelo pensar, planejar, programar e supervisionar o cuidado realizado pelos demais membros da equipe de enfermagem. Contudo, essa constatação dos autores é comum em ambiente hospitalar ou em zona urbana. Já em área indígena essa divisão social e profissional do trabalho de enfermagem, relacionada com as categorias e suas respectivas atribuições legais do exercício da enfermagem ainda não está claramente definida, gerando, muitas vezes conflitos e insatisfações no trabalho, como explicitado nas falas abaixo:

“[...] não estamos fazendo todos os programas, perdemos muito tempo fazendo assistência. Quando chegamos à aldeia tem uma demanda reprimida do atendimento e os índios não querem nem saber se temos um planejamento, eles querem ser atendidos pelo enfermeiro. Aí os programas ficam por fazerem, a supervisão fica prejudicada” (enfermeira. Ana). A fala de Ana demonstra que o gerenciamento do trabalho de enfermagem em área requer um repensar para um novo agir, principalmente, por parte do enfermeiro. Logo, urge que o enfermeiro assuma seu trabalho em área indígena numa articulação assistência-gerência-educação, haja vista que o enfermeiro, além de desenvolver as atividades assistenciais, como líder nato da equipe de enfermagem, tem na gerência o componente administrativo necessário para o planejamento, programação, execução e avaliação do processo de trabalho de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DESLANDES, SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Públ.**; 13(1): 103-107; jan-mar, 1997.
2. HARTZ, ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**; 4(2): 341-353; 1999.
3. BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.
4. SILVA, LMV; FORMIGLI, VLA. Avaliação em saúde: Limites e perspectivas. **Cad. Saúde Públ.**, 10(1): 80-91, jan/mar, 1994.
5. GOMES, AMT; OLIVEIRA, DC; MARQUES, SC. A representação social do trabalho do enfermeiro na programação em saúde. **Psicologia: Teoria e Prática**, ed especial, p. 79-90, 2004.
6. ROCHA, SMM; ALMEIDA, MSP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. latino-am. enfermagem**, 8(6): 96-101, dez, 2000.
7. MATUMOTO, S; MISHIMA, SM; PINTO, IC. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad Saúde Pública**, 17(1): 233-241, jan-fev, 2001.
8. PEREIRA MG. **Epidemiologia Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002.
9. STACCIARINI, JMR; TRÓCCOLI, BT. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Rev Latino-Am Enfermagem**; 9(2): 17-25; março 2001
10. ALVES PC. A experiência da enfermidade: Considerações teóricas. **Cad. Saúde Pública**, 9(3): 263-271, Set, 1993.

11. SILVA, EM; GOMES, ELR; ANSEMI, ML. Enfermagem: realidade e perspectiva na assistência e no gerenciamento. **Rev Latino-Am Enf**; 1(1); 59-63, Jan,1993.
12. TAYLOR, SE. **Health Psychology**. New York: Random House, 1986.
13. L'ABBATE, S. Educação em Saúde: uma Nova Abordagem. **Cad. Saúde Públ.**, 10(4): 481-490, Out/Dez, 1994.
14. BATISTA, AAV; VIEIRA, MJ; CARDOSO, NCS; CARVALHO, GRP. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**; 39(1): 85-91, 2005
15. BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. Programa Saúde da Família. Disponível em <<http://www.saúde.gov.br>>, acesso em 07/08/2007.
16. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei Nº 7.498, disponível em <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=22§ionID=3>> acesso em 15/08/2007.

6. REFERÊNCIAS

- AKERMAN, M; MENDES, R; BÓGUS, C M; WESTPHAL, M F; BICHR, A; PEDROSO, M L. Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável”. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 5, p. 638-646, 2002.
- AKERMAN, M; NADANOVSKY, P. avaliação dos Serviços de saúde – Avaliar o quê? **Cad. Saúde Publ.**, v. 8, n. 4, p. 361- 365, out/dez, 1992
- ALBERT, B; GOMEZ, G G. **Saúde Yanomami: Um manual etnolinguístico**, Belém: museu Paraense Emilio Goeldi, 1997.
- ARTMANN, E; AZEVEDO, C S; SÁ, M C. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. **Cad. Saúde Públ.**, v. 13, n. 4, p. 723-740, out-dez, 1997.
- ATHIAS, R, MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Cad Saúde Pública**, v. 17, n. 2, p. 425-431, mar-abr, 2001.
- BARBOSA, M A R S; TEIXEIRA, N Z F; PEREIRA, W R. Consulta de enfermagem – um diálogo entre os saberes técnicos e populares em saúde. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 2, p. 226-9, 2007.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BATISTA, A A V; VIEIRA, M J; CARDOSO, N C S; CARVALHO, G R P. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n. 1, p. 85-91, 2005.
- BRASIL. FUNASA – FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**, 2ª ed. Brasília. 2002.
- _____. **Saúde indígena no Brasil** – Resumo executivo. 2005. disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Saude_indigena.pdf> acesso em 05 de novembro 2006a.
- _____. **Diretrizes para a atenção à saúde bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas**: Manual técnico. Brasília: Funasa, 2007a.
- BRASIL. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. disponível em <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L9836.htm>> acesso em 05 de novembro de 2006b.
- BRASIL. PORTARIA Nº 70/GM Em 20 de janeiro de 2004. Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Disponível em <http://ccr6.pgr.mpf.gov.br/institucional/grupos-de-trabalho/saude/docs_legislacao/portaria%2070_04.pdf>, acesso em 03 de março de 2007b.

BRASIL. SENADO FEDERAL. SUBSECRETARIA DE INFORMAÇÕES. Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. Disponível em <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=102374>> acesso em 02/12/2007c

CAVUSCENS, S. **Histórico institucional**. Disponível em <<http://www.secoya.org.br>> 2005.

CHAVES, M M. **Saúde e sistema**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1978.

COIMBRA Jr, C E A. O sarampo entre sociedades indígenas brasileiras e algumas considerações sobre a prática da saúde pública entre estas populações. **Cad. Saúde Pública**, v. 3, n. 1, p. 22-37, jan-fev, 1987.

CONFALONIERI, U E C. O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. **Cad. Saúde Publ.**, v. 5, n. 4, p. 441-450, out-dez, 1989.

COSTA, N R; PINTO, L F. Avaliação de programa de atenção à saúde: Incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p.907-923, 2002.

DESLANDES, S F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Publ.**, v. 13, n. 1, p. 103-107, jan-mar, 1997.

EUSEBI, L. **A barriga morreu**. O genocídio dos Yanomami. São Paulo: Edições Loyola, 1991.

FARIA; C A P. A política da avaliação de políticas públicas. **Rev. bras. Ci. Soc.**, v. 20, n. 59, p. 97-110, out, 2005 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092005000300007&lng=pt&nrm=iso>, acesso em 17 de maio de 2006.

FELISBERTO, E. Da teoria á formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006.

FURTADO, J P. Um método construtivista pra a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

GARNELO, L; MACEDO, G.; BRANDÃO, L C. **Os Povos Indígenas e a Construção das Políticas de Saúde no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

GARNELO, L; SAMPAIO, S. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena. Problemas e questões na Região Norte do Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, v. 19, n. 1, p. 311-317, jan-fev, 2003.

GARNELO, L; SAMPAIO, S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1217-1223, jul-ago, 2005.

GOMES, R; MENDONÇA, E A. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: MINAYO, M C S; DESLANDES, S F (org). **Caminhos do pensamento** – epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora da FioCruz, 2002.

HARTZ, Z M A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

HARTZ, Z M A (org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos a prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MATUMOTO, S; MISHIMA, S M; PINTO, I C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad Saúde Pública**, v. 17, n. 1, p. 233-241, jan-fev, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Sistemas de saúde. Disponível em <http://www.who.int/topics/health_systems/en>, acesso em 20/03/2007.

ROCHA, S M M; ALMEIDA, M S P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. latino-am. enfermagem**, v. 8, n. 6, p. 96-101, dez, 2000.

SEVALHO, G. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. **Cad. Saúde Públ.** V. 9, n. 3, p. 349-363, jul/set, 1993.

SILVA, L M V; FORMIGLI, V L A. Avaliação em saúde: Limites e perspectivas. **Cad. Saúde Públ.**, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan/mar, 1994.

TANAKA, O Y; MELO, C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.** v. 7, p. 113-118, ago, 2000.

VILAÇA, A. O que significa tornar-se outro? Xamanismo e contato interétnico na Amazônia. **RBCS**, v. 15, n. 44, p. 56-72, out 2000

6.1. Obras consultadas:

BISON; R A P P. **A percepção do cuidar entre estudantes e profissionais de Enfermagem**. Ribeirão Preto, 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica), Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP), 2003.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/SUS – NOB-01/1996.

CAMPOS, G W S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

COIMBRA Jr, C E A; SANTOS, R V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 125-132, 2000.

COSTA, D C. Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. **Cad. Saúde Públ.**, v. 4, n. 3, p. 388-401, out-dez, 1987.

COSTA, R. **Descentralização, financiamento e regulação**: A reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 90. Revista de sociologia e política, n° 18: 49-71 jun. 2002.

DESLANDES S F; ASSIS S G. **Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: O diálogo das diferenças**. In Minayo, M.C. e Deslandes, S.F. (orgs). **Caminhos do pensamento: Epistemologia e Métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 195-226. 2004.

DESLANDES S F; GOMES R. **A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde**. Voz, Petrópolis, pp. 99-120, 2004.

ELIAS, P.E. Estado e Saúde os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em Perspectiva**. v. 18, n. 3, p. 41-46, 2004.

GIL, A. Carlos: **Como elaborar um projeto de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, R.; SOUZA E R; MINAYO M C S; SILVA C F R. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: O desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Sousa ER, organizadoras. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

GUIMARES, L; GUERREIRO, E. (org). **Modelo de atenção e formulação de políticas públicas**: Uma abordagem de conteúdo: Curso de especialização em gestão de sistema de Serviço de Saúde em Goiás. Brasília Organização Pan-americana da saúde. Serie técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistema e Serviço de Saúde, 6. 2003.

HOGA, L A K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Rev Esc Enferm USP**, v. 38, n. 1, p. 13-20, 2004.

HORTA, V. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

ISA-INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. **Povos Indígenas no Brasil 1996-2000**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2000.

LAZZAROTTO, E M. **Competências Essenciais Requeridas Para O Gerenciamento Das Unidades Básicas De Saúde**. Florianópolis, 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, UFSC, 2001.

MARQUES, I M S F. **A Política de Atenção à Saúde Indígena: Implementação do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá - Mato Grosso**. Dissertação (mestrado em saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

- MENDES, E V (Org.). **Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** HUCITEC-ABRASCO, São Paulo – Rio de Janeiro, 1993.
- MERHY, E E.; QUEIROZ, M S. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. **Caderno de Saúde Pública.** RJ, 9(2): 177-184, abril/jun,1993.
- MINAYO, M C S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1992 (primeira parte do capítulo 1 – pp 19-36).
- MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes.** São Paulo: Atlas. 1995.
- NERI, M.; SOARES, W. “Desigualdade social e saúde no Brasil”. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 18 (Suplemento), p. 77-87, 2002.
- NOVAES, H M D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev Saúde Pública,** v. 34, n. 5, p. 547-59, 2000.
- PELLEGRINI, M. A. **Falar e comer: um estudo sobre novos contextos de adoecer e buscar tratamento entre os yanomame do Alto Parima.** 1998. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.
- PITHAN, O A; CONFALONIERI, U E C; MORGADO, A F. A situação de saúde dos índios Yanomami: diagnóstico a partir da Casa do Índio de Boa Vista, Roraima, 1987-1989. **Cad Saúde Pública,** v. 7, n. 4, p. 563-580, out-dez, 1991.
- RAMOS, A. R. **Memórias Sanumá – Espaço e tempo em uma sociedade Yanomami.** São Paulo: Editora Marco Zero, 1990.
- RESENDE, C A P; PEIXOTO, M P B. **Metodologia para análise funcionais da gestão de sistema e redes de serviços de saúde no Brasil.** - BRASÍLIA: Organização Pan-Americana da saúde. Serie técnica: Projeto de Desenvolvimento de Sistema e Serviço de Saúde, 2003.
- RIVERA, F J U; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 4, n. 2, p. 355-365, 1999.
- SILVA, A L; CIAMPONE, M H T. Um olhar paradigmático sobre a assistência de enfermagem – um caminho para o cuidado complexo. **Rev Esc Enferm USP,** v. 37, n. 4, p. 13-23, 2003.
- TEIXEIRA, C F; PAIM, J S; VILASBOAS, A L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **IESUS,** VII (2), 1998.
- TERENA, M. **Promoção dos direitos indígenas: Brasil – 500 anos.** Instituto de Pesquisa de Relações Internacionais – Fundação Alexandre de Gusmão. Disponível em <<http://www.mre.gov.br/ipri>> acesso em 05 de novembro de 2006.
- TOBAR, F; MARGOT, R Y. **Como fazer uma tese em saúde pública: Conselhos e idéias para formulação de projetos e redigir teses e informes de pesquisas.** Rio de Janeiro: Editora

Fiocruz,2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós- Graduação.
Padronização de dissertações e teses. Versão revisada e aprovada pelo fórum de coordenadores de pós-graduação. Manaus, 2002.

4. ANEXOS:

Anexo 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Participação em Pesquisa

Eu, _____ aceito participar da pesquisa intitulada: AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM NA ÁREA INDÍGENA YANOMAMI DOS MUNICÍPIOS DE BARCELOS E SANTA ISABEL DO RIO NEGRO - AMAZONAS NO ANO DE 2006, a ser realizada por Jaime Louzada, Enfermeiro, mestrando do Programa de Pós-Graduação Multiinstitucional em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM)/ Universidade Federal do Pará (UFPA)/ Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Deane (CPqL&MD)/Fiocruz-Amazônia, em Manaus-AM.

Estou ciente do objetivo desta pesquisa que consiste em avaliar o processo de trabalho e o resultado das intervenções de enfermagem desenvolvidas junto ao povo Yanomami nos municípios de Barcelos e Santa Isabel do Rio Negro no ano de 2006.

Estou também ciente que possuo o direito de deixar de participar desta pesquisa a qualquer momento, de acordo com o meu desejo pessoal, sem qualquer prejuízo a minha pessoa.

Estou também ciente da metodologia utilizada nesta pesquisa, que consistirá em coletar dados utilizando um roteiro de entrevista com perguntas abertas e fechadas enfatizando a avaliação do trabalho de enfermagem no subsistema de saúde indígena. Que as minhas respostas serão gravadas e posteriormente transcritas para um computador e que meu nome não será identificado.

Estou ciente também que tenho pleno direito de não responder a qualquer pergunta que me for feita pelo pesquisador, de acordo com o meu desejo pessoal.

Sei que posso me comunicar, em qualquer momento, diretamente com o pesquisador responsável, para esclarecimento das dúvidas, pelo telefone **(92) 81111511** ou **(92) 36342808**. Posso também me comunicar diretamente com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas CEP/UFAM para esclarecimento de qualquer questão acerca dos procedimentos da pesquisa, através do telefone: **(92) 3622-2724**.

Tenho ciência de que esta pesquisa pertence à área das Ciências da Saúde, não constituindo qualquer risco à minha saúde ou à saúde de outros participantes ou pessoas próximas. Não será realizado, portanto, nenhum procedimento que não esteja explicitado.

Tenho ciência de que não receberei qualquer tipo de retribuição financeira pela participação na pesquisa.

Data

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

- 1ª via – participante da pesquisa
 2ª via – pesquisador

Anexo 2

Manaus, 27 de julho de 2006.

Ao

COORDENADOR DA SECOYA

ATT. Silvio Cavuscens

Senhor Coordenador,

Venho informar a esta Coordenação que estou elaborando um projeto de pesquisa intitulado de “AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM NA ÁREA INDÍGENA YANOMAMI DOS MUNICÍPIOS DE BARCELOS E SANTA ISABEL DO RIO NEGRO - AMAZONAS NO ANO DE 2006”.

Esse projeto refere-se ao Curso de Mestrado Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) / Universidade Federal do Pará (UFPA) / Centro de pesquisa Leônidas e Maria Deane (CPq&MD) / Fio Cruz - Amazônia.

Para dar cumprimento ao referido projeto de pesquisa, encaminho-o para apreciação e anuência dessa Instituição.

Estando à disposição dessa coordenação para dirimir qualquer dúvida acerca da proposição apresentada, agradeço a atenção dispensada, deixando os seguintes contatos:

E-mail: jlouzada@uea.edu.br

Fone: Jaime Louzada (92) 81111511/ 36342808

CPq&MD – (92) 3621-2323 ou Comitê de ética em pesquisa da UFAM (92) 3622-2724.

Atenciosamente,

Jaime Louzada

Anexo 3**ROTEIRO DE ENTREVISTA****DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL**

Nº _____ Faixa Etária _____ sexo _____ cargo/função _____

Atividades anteriores. _____

Tempo de serviço com povo Yanomami _____ formação _____

Pós-graduação _____

- 1 Fale sobre as atividades que o técnico de enfermagem/enfermeiro realiza na atenção à saúde indígena.
- 2 Fale sobre os pontos fortes favoráveis pra o desenvolvimento das ações de técnicos de enfermagem/enfermeiro na saúde em área indígena
- 3 Fale sobre os pontos fracos, fragilidades, dificuldades para o desenvolvimento das ações de saúde em área indígena.
- 4 Em sua opinião os resultados das ações de saúde estão de acordo com o planejamento e programação?
- 5 Quais as sugestões que você pode dar para a melhoria da qualidade do seu serviço?
- 6 O que você gostaria de dizer mais sobre o trabalho do técnico de enfermagem/enfermeiro em área indígena?

Anexo 4

Manaus, 19 de setembro de 2006.

À Coordenadora do CEP/UFAM
Prof. Dra.: Maria Rosa Lazano Borrás

Encaminho o projeto: AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM EM ÁREA INDÍGENA YANOMAMI DOS MUNICÍPIOS DE BARCELOS E SANTA ISABEL DO RIO NEGRO - AMAZONAS NO PERÍODO DE 2000 A 2005, para apreciação por este comitê.

Solicito que esse Conselho considere a possibilidade de não enviar o projeto à CONEP, uma vez que o objeto de estudo da pesquisa são os profissionais não índios que serão entrevistados fora da área indígena na sede da SECOYA em Manaus.

Atenciosamente,

Jaime Louzada
COREN- AP 83204 E