

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ILMD INSTITUTO LEÔNIDAS
& MARIA DEANE
Fiocruz Amazônia

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

MARIA ROSINEIDE GAMA FEITOSA

**AS EXPERIÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM
CONTEXTOS INTERCULTURAIS: REFLEXÕES A PARTIR DO
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DO ALTO RIO
NEGRO / AMAZONAS.**

MANAUS – AM

2022



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ILMD

INSTITUTO LEÔNIDAS
& MARIA DEANE
Fiocruz Amazônia

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

MARIA ROSINEIDE GAMA FEITOSA

**A EXPERIÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM
CONTEXTOS INTERCULTURAIS: REFLEXÕES A PARTIR DO
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DO ALTO RIO
NEGRO / AMAZONAS.**

MANAUS – AM

2022



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ILMD

INSTITUTO LEÔNIDAS
& MARIA DEANE
FioCruz Amazônia

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

MARIA ROSINEIDE GAMA FEITOSA

**AS EXPERIÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM
CONTEXTOS INTERCULTURAIS: REFLEXÕES A PARTIR DO
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DO ALTO RIO
NEGRO / AMAZONAS.**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito parcial e obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de concentração Determinantes Socioculturais, Ambientais e Biológicos do Processo Saúde-Doença-Cuidado na Amazônia.

ORIENTADOR: Prof^a. Dr^a. Ana Lucia de Moura Pontes

MANAUS – AM

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

F311e

Feitosa, Maria Rosineide Gama

As experiências de profissionais de saúde em contextos interculturais: reflexões a partir do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro/Amazonas. / Maria Rosineide Gama Feitosa. – Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, 2022.

180 f.

Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia) – Instituto Leônidas e Maria Deane, 2022.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Ana Lúcia de Moura Pontes.

1. Saúde indígena 2. Profissionais de saúde I. Título

CDU 572.026(811.3) (043.3)

CDD 980.41098113

22. ed.

Elaborado por Ycaro Verçosa dos Santos - CRB-11/ 287

MARIA ROSINEIDE GAMA FEITOSA

**AS EXPERIÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM
CONTEXTOS INTERCULTURAIS: REFLEXÕES A PARTIR DO
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DO ALTO RIO
NEGRO / AMAZONAS.**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito parcial e obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de concentração Determinantes Socioculturais, Ambientais e Biológicos do Processo Saúde-Doença-Cuidado na Amazônia.

Aprovada em: 22/04/2022

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ana Lucia Moura Pontes - Orientadora
Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz/
FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

Prof. Dr. Evelyne Marie Therese Mainbourg - Membro
Instituto Leônidas & Maria Deane, Fiocruz Amazônia, Manaus.

Prof. Dr. Gersem José dos Santos Luciano - Membro
Universidade Federal do Amazonas

MANAUS – AM
2022

Dedico em memória à minha mãe Margarida Gama e minha sogra Miradálva Lopes de Azevedo Feitosa, à minha orientadora Dr^a Ana Lúcia, ao meu esposo Sergio Lopes Feitosa, aos meus Filhos Marcia Laryssa e Carlos Eduardo, a minha neta Isabelle, aos meus Irmãos Rosilene Gama e Rosinaldo Gama, e a todos os amigos que sempre me motivaram a continuar esta caminhada.

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dra. Ana Lucia de Moura Pontes, pela perseverante orientação, sempre muito paciente e iluminada. Anhü “obrigada” por ter me aceito e não ter desistido de mim, pela confiança neste trabalho.

À Prof.^a Dra. Luiza Garnelo pelo incentivo, pela oportunidade e pela força transmitida em momentos difíceis.

À Dra. Marinete Vasques pela acolhida, pela motivação, pelo compartilhamento do conhecimento, por me amparar no momento de angústia, quando achei que não teria mais como prosseguir.

Aos professores do ILMD/Fiocruz/AM, por compartilharem seus conhecimentos através do ensino, pelas oportunidades nos debates em especial sobre saúde indígena.

À minha saudosa mãe Margarida, eterna motivadora, à minha sogra Miradalva Lopes Feitosa que sempre tive como segunda mãe que vivenciou comigo as dificuldades do mestrado, a vocês ofereço esta conquista.

Ao meu esposo, companheiro e amigo, Sérgio Feitosa pela compreensão e paciência, pelo alento nos momentos difíceis da vida. Obrigada por persistir ao meu lado, a você dedico esta vitória.

Aos meus filhos Laryssa e Eduardo, minha neta Isabelle, pelo carinho, respeito e apoio. Obrigado por compreenderem minha ausência nesse período. Vocês são minha perseverança e força, meus melhores presentes de Deus.

Aos novos amigos Fracy, Uriel e Anny por terem sido ombro amigo nestes anos de solidão, estresse e sacrifícios. Obrigado pelo apoio e as horas de descontração.

Aos amigos Cláudio Pontes e Eufélia Lima, pelo importante apoio recebido, pela amizade, confiança e generosidade profissional e humana.

Aos colegas estudantes do ILMD que colaboraram com meu aprendizado nas aulas, com horas de conversas e apoio, fortalecendo o estudo e meu conhecimento.

Em memória ao Franklin Quirino, pelo apoio, incentivo e confiança. Obrigada por me incentivar, por abrir as portas do DSEI/ARN e não medir esforços para a realização desse estudo.

Agradeço aos profissionais de saúde do DSEI/ARN por contribuírem com o estudo, aos que aceitaram participar das entrevistas o meu singelo agradecimento.

Aos dirigentes do IFAM *campus* São Gabriel da Cachoeira, que nos últimos dois anos me permitiram participar do mestrado. Pela compreensão, mesmo tendo encerrado o período de afastamento. Aos colegas docentes do *Campus*, em especial os de enfermagem por terem me compreendido, me possibilitado chegar até aqui.

“Não há progresso sem esforço, vitória sem luta, aperfeiçoamento sem sacrifício, assim como não existe tranquilidade sem paciência”. Chico Xavier

RESUMO

Esta pesquisa buscou analisar as experiências dos profissionais de saúde que atuam no Distrito Sanitário Espacial Indígena do Alto Rio Negro (DSEI/ARN) sobre seu cotidiano de práticas no contexto intercultural do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com vistas a refletir sobre a diretriz da atenção diferenciada. Diante de um estudo qualitativo exploratório com características descritivas e analíticas, no qual foram realizadas 15 entrevistas semiestruturadas com profissionais das Equipes Multidisciplinares da Saúde Indígena do DSEI/ARN, de nível técnico e superior, e procedeu-se a análise de conteúdo. Como principais resultados apontamos que a maioria dos entrevistados pertenciam a região do Alto Rio Negro, apontando uma mudança de perfil dos trabalhadores. O pertencimento à região traz um conjunto de conhecimentos e vivências que auxilia a atuação e convivência com a população atendida, mesmo assim, esses profissionais referem desafios, particularmente considerando a diversidade étnica da região. Os entrevistados apontaram que a formação acadêmica não os prepara para atuar em contextos interculturais e nem indígenas, dessa forma, apontam que buscam aprender no cotidiano com os colegas e a comunidade atendida. Apontamos diferentes características da qualificação dos trabalhadores para atuar no DSEI/ARN, ao longo dos anos, sendo que observamos que recentemente existe a tendência de se enfatizar a abordagem dos protocolos técnicos em detrimento das dimensões socioculturais. Mesmo após duas décadas da implantação do Subsistema de Saúde Indígena a atenção diferenciada é um desafio para profissionais e gestores, e particularmente a falta de fortalecimento da diretriz de preparação dos profissionais de saúde para a atuação em contexto intercultural. Os profissionais apontaram como principais desafios para a sua atuação: a complexidade logística no acesso às comunidades; a falta de estrutura e condições adequadas para trabalhar; dificuldades no diálogo com a gestão; a falta de preparo para atuar no contexto sociocultural da região; e a diversidade linguística. Concluímos ser fundamental a qualificação profissional para atuação no contexto intercultural, que envolva o conhecimento e uma interação com o cuidador tradicional.

Palavras Chave: população indígena; atenção diferenciada; profissionais da saúde; saúde indígena; Alto Rio Negro.

ABSTRACT

This research sought to analyze the experiences of health professionals who work in the Alto Rio Negro Indigenous Space Sanitary District (DSEI/ARN) about their daily practices in the intercultural context of the Indigenous Health Care Subsystem, with a view to reflecting on the guideline of the differentiated attention. Faced with an exploratory qualitative study with descriptive and analytical characteristics, in which 15 semi-structured interviews were carried out with professionals from the Multidisciplinary Teams of Indigenous Health of the DSEI/ARN, of technical and higher level, and content analysis was carried out. As main results we point out that most of the interviewees belonged to the Alto Rio Negro region, indicating a change in the workers' profile. Belonging to the region brings a set of knowledge and experiences that helps to act and coexist with the population served, even so, these professionals mention challenges, particularly considering the ethnic diversity of the region. Respondents pointed out that academic training does not prepare them to work in intercultural or indigenous contexts, thus, they point out that they seek to learn in everyday life with colleagues and the community served. We point out different characteristics of the qualification of workers to work in the DSEI/ARN, over the years, and we observe that recently there is a tendency to emphasize the approach of technical protocols to the detriment of sociocultural dimensions. Even two decades after the implementation of the Indigenous Health Subsystem, differentiated care is a challenge for professionals and managers, and particularly the lack of strengthening of the guideline for preparing health professionals to work in an intercultural context. The professionals pointed out as the main challenges for their work: the logistical complexity in accessing communities; the lack of adequate structure and conditions to work; difficulties in dialogue with management; the lack of preparation to work in the sociocultural context of the region; and linguistic diversity. We concluded that professional qualification to work in the intercultural context is essential, which involves knowledge and interaction with the traditional caregiver.

Key words: indigenous population; differentiated attention; health professionals; indigenous health; Upper Rio Negro.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Mapa de localização do DSEI/ARN

Quadro 1: Quadro dos Pólos bases distribuídos por calha de rio e população assistida pelo DSEI/ARN

Figura 2: Fluxograma de assistência da saúde indígena.

Quadro 2: Composição dos profissionais de Saúde do DSEI/ARN

Quadro 3: Fontes bibliográficas sobre o tema da pesquisa.

Quadro 4: Publicações relacionadas à saúde indígena.

Quadro 5: Profissionais participantes da primeira reunião no DSEI/ARN.

Quadro 6: Profissionais participantes da segunda reunião no DSEI/ARN.

Quadro 7: Profissionais participantes da reunião na CASAI

Quadro 8: Profissionais contactados para participação da entrevista

Quadro 9: Categorização da forma de contratação dos profissionais de saúde

Quadro 10: Categorização das experiências prévia na saúde indígena dos profissionais de saúde

Figura 3: Mapa de localização do DSEI/ARN.

ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS - Agente Indígena de Saúde
AISAN - Agentes Indígena de Saneamento
AM - Amazonas
ATESG - Associação dos Trabalhadores de Enfermagem de São Gabriel
BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
ARCA - Portal de periódicos Capes e Repositório Institucional da Fiocruz
CAN - Correio Aéreo Nacional
CASAI - Casa de Saúde do Índio
CC - Construção de Categorias
CF - Constituição Federal
CIMI - Conselho Indigenista Missionário
CIS - Comissão Intersetorial
CNPSI - Conferência Nacional de Proteção a Saúde do Índio
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CONDISI - Conselho Distrital de Saúde Indígena
CSE - Centro de Saúde Escola
DSEI - Distrito Sanitário Especial Indígena
DSEI/ARN - Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio/ Negro
EMSI - Equipe Multidisciplinar da Saúde Indígena
EVS - Equipes Volantes de Saúde
FNS - Fundação Nacional de Saúde
FUNAI - Fundação Nacional do Índio
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde
IBGE - Instituto Brasileiro Geografia e Estatística
IFAM - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Amazonas
ILMD - Instituto Leônidas & Maria Deane
ISTs - Infecções Sexualmente Transmissíveis
MI - Movimento Indígena
MS - Ministério de Saúde
OIT- Organização Internacional do Trabalho
PET - Programa de Educação Tutorial
PNASPI - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PPG Vida - Programa de Pós-graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia
RTs - Responsáveis Técnicos
SciELO - Electronic Library Online
SESAI - Secretaria Especial Indígena
SGC - São Gabriel da Cachoeira
SGC - São Gabriel da Cachoeira
SIASE - Sistema Informação da Atenção à Saúde Indígena
SICONV- Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse do Governo Federal
SPI - Serviço de Proteção ao Índio
SUS - Sistema Único de Saúde
SUSA - Serviço de Unidade Sanitária Aérea
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UC - Unidade de Contexto

UnB - Universidade de Brasília

UNI - União das Nações Indígenas

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo

UR - Unidades de Registro

VIGISUS - Vigilância Epidemiológica do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.2 OBJETIVOS	19
1.2.1 Geral	19
1.2.2 Específicos	19
1. A EXPERIÊNCIA DE UMA PROFISSIONAL INDÍGENA NA SAÚDE	19
1.1 Conflitos e medos de uma profissional indígena em atuação	32
1.2 Refle	
xões sobre trajetória vivenciada	34
2. POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA E REVISÃO SOBRE TRABALHO E FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS	36
2.1 Antecedentes históricos da relação do Estado e povos indígenas: o surgimento e características das políticas indigenistas	36
2.2 Trajetória e características históricas das ações de saúde direcionada aos povos indígenas: período pré-sistema	40
2.3 Modelo de atenção da saúde indígena	45
2.4 Formação dos profissionais para atuação na saúde indígena	50
3. A CULTURA E CONSTRUÇÃO DA NOÇÃO DE INTERCULTURALIDADE	56
3.1 A perspectiva antropológica na saúde	58
3.2 O conceito de atenção diferenciada na saúde indígena	63
3.3 O bilinguismo e a interculturalidade na saúde.	65
4. PERCURSOS METODOLÓGICOS:	67
4.1 Área da pesquisa e Contextualização do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto rio Negro:	67
4.2 Delimitação da amostra da pesquisa	72
4.3 Levantamento bibliográfico para fundamentação do estudo:	73
4.4 Tipo de pesquisa:	75
4.5 Estratégia da coleta de dados:	76

4.6 Análise de dados coletados:	83
4.7 Aspectos éticos e legais da Pesquisa	87
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	89
5.1 O perfil dos profissionais de saúde entrevistados do DSEI/ARN: perfil e motivações para o trabalho em territórios indígenas	89
5.2 Características do Preparo dos Profissionais de saúde para atuação na Saúde Indígena do DSEI/ARN	99
5.3 Características do trabalho realizado pelos profissionais no DSEI/ARN	106
5.4 Os sentidos da atenção diferenciada para os profissionais de saúde no DSEI/ARN	122
5.5 Pluralidade linguística e os desafios para os profissionais durante sua atuação	139
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	146
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	152
8. ANEXOS	163
8.1 anexo 1 Parecer consubstanciado do CEP	163
8.2 Anexo 02 - Roteiro de entrevista	163
8.3 Anexos 3- Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)	166
8.4 Anexo 4 – Carta de Solicitação de Anuência	168

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa buscou analisar as experiências dos profissionais da equipe multidisciplinar de saúde que trabalham no Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro (DSEI/ARN) sobre seu cotidiano de trabalho no contexto intercultural, com vistas a refletir sobre a prática da atenção diferenciada no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI).

Sabe-se que São Gabriel da Cachoeira é um município diferenciado socioculturalmente, com vários ecossistemas e cenários geográficos em que convivem 23 povos indígenas, ou seja, apresenta uma enorme diversidade sociocultural e linguística. Verifica-se que o contexto de atuação do DSEI/ARN é especialmente interessante para se desenvolver pesquisas voltadas para compreensão e a implementação de políticas públicas no contexto indígena por ser um vasto território, possui um contingente populacional indígena que está distribuído por várias calhas de rios da região do Alto Rio Negro.

Além dos aspectos relativos à sociodiversidade desta região do Brasil, observamos diversos desafios para a implementação das ações de saúde como às desigualdades das condições de saúde da população indígena que reside em lugares de difícil acesso, a dificuldade logística pela vasta extensão do território e características geográficas e sazonalidades, falta de estruturas adequadas, indicadores de saúde desfavoráveis, quantitativos insuficientes de profissionais, falta de insumos. Assim torna-se primordial saber como ocorre a atuação dos profissionais neste contexto diversificado de línguas, costumes e conhecimentos dos povos indígenas, e como os profissionais lidam com esses desafios em seus cotidianos de trabalho.

Esse projeto surge das inquietações durante os anos de atuação na área de enfermagem na região do Alto Rio Negro que suscitou a problemática em questão discutida nesta pesquisa de mestrado. Assim, as experiências vividas ao longo de anos nos serviços de saúde direcionados aos povos indígenas da região, além da identidade indígena Tariano, povo ao qual pertence a pesquisadora, contribuíram, motivaram e auxiliaram de forma bastante significativa na elaboração desta pesquisa. Tendo em vista a necessidade de aperfeiçoamento na área de pesquisa e educação pela vinculação profissional no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Amazonas no *Campus* São Gabriel da Cachoeira, consideramos fundamental conhecer como ocorrem

essas experiências atualmente, para depois articular aos conhecimentos científicos e às práticas de ensino aprendizagem que serão trabalhadas em sala de aula através do curso Técnico em Enfermagem.

Considerando que São Gabriel da Cachoeira é o município do Brasil com maior número de população indígena (IBGE, 2010), se faz necessário ter como prioridade como que os futuros técnicos em enfermagem irão atuar em um contexto de diversidade étnica e linguística da população local. E por isso, pretendemos refletir sobre a atuação profissional em saúde nesse contexto, buscando fortalecer os processos formativos, para que possam fundamentar o ensino e qualificar a assistência a essa população, contribuindo para um olhar na perspectiva intercultural.

Observa-se que as universidades brasileiras pouco preparam os profissionais da área de Enfermagem para atuarem com a população indígena (CUERVO, RADKE e RIEGEL, 2016). Além das dimensões culturais e linguísticas, as comunidades indígenas também possuem pouco alcance às diversas políticas públicas, como por exemplo, o saneamento básico, o que impacta nas condições de vida e também nas práticas de saúde, como por exemplo, nas orientações de reidratação oral de crianças com diarreia. Ademais, os profissionais de saúde têm que atuar com uma precária infraestrutura, sem os recursos para exames diagnósticos e tratamentos que existem em contextos urbanos, de modo que há necessidade de se adaptar rotinas e protocolos.

Mas, principalmente, pode-se enfatizar que nas comunidades indígenas, esses profissionais precisam reconhecer e lidar com as práticas tradicionais e de especialistas locais de saúde, que também, cotidianamente, são acionados pelas pessoas para seus cuidados em saúde. Também nas atividades de educação em saúde é preciso desenvolver uma perspectiva diferenciada, voltada para realidade do local e com a participação da comunidade e de outros atores como professores e líderes comunitários.

Diante de toda essa reflexão, esta pesquisa foi estruturada da seguinte forma: 1. o primeiro capítulo intitulado “A experiência de uma profissional indígena na Saúde” discorre sobre a experiência da própria pesquisadora enquanto uma profissional em Saúde Indígena, em que a autora fala sobre as suas trajetórias e percepções relacionadas aos problemas, receios, compreensões, anseios e reflexões diante da realidade vivida como uma profissional indígena na região do Alto rio Negro, São Gabriel da Cachoeira; 2. o segundo capítulo intitulado “Política de saúde indígena e revisão sobre trabalho e

formação dos profissionais” se aborda um breve histórico sobre a criação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e da organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e no qual também apresentamos uma revisão bibliográfica sobre o trabalho e formação de profissionais de saúde para atuar com povos indígenas e a diretriz da atenção diferenciada; 3. no terceiro capítulo, cujo título é “A cultura e construção da noção de interculturalidade”, trata-se do mapeamento da discussão sobre interculturalidade a partir dos conceitos de cultura e atenção diferenciada; 4. o quarto capítulo discorre acerca dos percursos metodológicos e a descrição das estratégias de coleta dos dados; 5. o quinto capítulo apresenta os resultados das entrevistas com os profissionais de saúde do DSEI/ARN, seus perfis e motivações para atuarem, quais as características da preparação e atuação dos profissionais no DSEI/ARN, as características do trabalho realizado pelos profissionais do DSEI/ARN, os desafios encontrados no trabalho, os sentidos da atenção diferenciada para os profissionais de saúde que atuam no DSEI/ARN, as percepções sobre as práticas da autoatenção, medicina tradicional a construção dos itinerários terapêuticos pelos usuários, e por fim as vivências com relação ao bilinguismo na atuação em saúde.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

Analisar as experiências dos profissionais de saúde do DSEI/ARN sobre seu cotidiano de práticas no contexto intercultural do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com vistas a refletir sobre a construção da atenção diferenciada.

1.2.2 Específicos

- ✓ Discutir os facilitadores, dificuldades e desafios para os profissionais de saúde durante sua atuação no contexto de diversidade sociocultural da região do Alto Rio Negro;
- ✓ Analisar os sentidos dados pelos profissionais de saúde para a diretriz da atenção diferenciada a partir de sua atuação no DSEI/ARN.
- ✓ Explorar as experiências formativas para a preparação dos profissionais de saúde para a atuação no contexto intercultural do DSEI/ARN;

Capítulo 1: A EXPERIÊNCIA DE UMA PROFISSIONAL INDÍGENA NA SAÚDE

Retornar às lembranças de décadas atrás quando iniciei as atividades na saúde indígena, ajuda-me a manifestar a essência indígena, ou seja, a cultura indígena herdada da minha família, e ao mesmo tempo manifestar a preocupação com a saúde indígena como um direito social de todos os povos indígenas e não indígenas da região do Alto rio Negro. Tanto no âmbito pessoal quanto profissional, a diversidade étnica existente no município, proporciona sempre novos conhecimentos.

Rememorar as experiências vivenciadas ajuda a compreender as mudanças que ocorreram no decorrer dos anos na saúde indígena, desde a sua implantação, no perfil dos profissionais da saúde indígena, no entendimento sobre a atenção diferenciada, e na valorização dos cuidados tradicionais em tempos atuais.

A utilização da autoetnografia em pesquisas científicas é defendida por Santos (2017) como um recurso auxiliar na recomposição de situações vivenciadas no cotidiano do passado, indicando questões relevantes para discussão.

O início de minha trajetória profissional na saúde indígena ocorreu em 1995, como Técnica em Enfermagem na Casa de Saúde do Índio (CASAI) de São Gabriel da Cachoeira (SGC). Naquele momento, a CASAI estava recém-inaugurada, construída pela Aeronáutica e entregue para Fundação Nacional do Índio (FUNAI), instituição responsável pelo atendimento da população indígena naquele momento.

A CASAI era composta por três blocos para acomodar os usuários, um refeitório, salas de atendimento médico, enfermagem, farmácia e banheiros externos. Local este que, para os administradores era um ambiente perfeito, pois os blocos eram amplos, possuíam vários banheiros com água potável, era um espaço para acomodar diversas pessoas. Os profissionais de saúde em sua maioria eram compostos por técnicos em enfermagem residentes no município e recém-formados mas, que não havíamos recebido nenhuma formação específica para atuar com população indígena.

Inicialmente, os usuários foram acomodados nos blocos de acordo com os agravos de saúde, para facilitar a identificação e o trabalho dos profissionais de saúde durante os cuidados prestados aos pacientes. Contudo, essa organização não levou em conta questões das diferenças étnicas da população assistida. Após alguns dias de implantação dessa estratégia de organização do espaço, se iniciaram os problemas com os usuários, pois

estes se recusaram a permanecer juntos nos alojamentos, relatando descontentamento e desconfiança com as pessoas de outras etnias. Diante dessa situação, foi realizada uma reunião com os responsáveis e profissionais de saúde e definiu-se a divisão dos blocos por etnias conforme afinidade dos troncos linguísticos compostos pela língua: Tukano, Nheengatu e Baniwa.

Os Yanomamis tiveram que ser alojados em um único bloco separados dos demais povos, providenciado às pressas, pois se recusaram a permanecer no mesmo ambiente que outras etnias. Este momento foi memorável, pois foi um choque ver que os povos indígenas da região eram diferentes entre si, até então isso era imperceptível para mim. Este era o primeiro contato como profissional, com a diversidade étnica no cotidiano da saúde.

Essas situações eram conhecidas por mim, pois já havia escutado comentários dos mais velhos, em rodas de conversas no início de noite ao redor da fogueira ou em suas redes, em que estes mencionaram sobre outros povos, seus conhecimentos e os perigos que estas sabedorias poderiam ocasionar aos outros. Os mais velhos falavam sobre os cuidados de proteção que deveríamos ter ao entrar em contato com outros povos indígenas. Essas orientações finalmente começaram a ter um sentido para mim e passei a entender as preocupações e seus significados para os mais velhos.

Assim, quando informei a minha mãe que iria trabalhar com indígenas na CASAI, passei por uma semana de preparação que envolveu benzimentos nos alimentos, nos perfumes, defumações com cigarros, defumações com breu e chicantá¹, assim como banhos preparados para o meu corpo. Assim, compreendi por que os usuários indígenas da CASAI estavam com medo uns dos outros.

Em 1996, diante da dificuldade vivenciada pelos profissionais de enfermagem com a falta de cursos de atualização voltados para saúde e a falta de pagamento salarial, levou a minha participação na criação da Associação dos Trabalhadores de Enfermagem de São Gabriel (ATESG), cujo objetivo era reivindicar os direitos dos profissionais de enfermagem, atuando na representação junto às instituições de saúde presentes no município.

1 Chicantá: tipo de resina produzida em árvore específica, retirada para realizar defumação após o benzimento é utilizado para defumar, o ambiente “para espantar os maus espíritos e proteger o corpo de pessoas das más intenções”.

No início, a minha atuação neste espaço era muito tímida por não conhecer as leis e o funcionamento da gestão onde, por vezes, nossas reivindicações não eram atendidas por falta de argumentos plausíveis.

Essa situação, no entanto, fortalecia o grupo em buscar novos conhecimentos para entender melhor as leis que garantiam os direitos dos profissionais e assim, reformular as questões buscando novas negociações no ensejo de garantir os direitos dos profissionais. Também como associada pude representar os profissionais de enfermagem nos conselhos locais de saúde, e em seguida, também no conselho distrital de saúde indígena, espaço de controle social do SasiSUS. Esse foi um período de grandes descobertas e aprendizados sobre como o Estado formula e executa as políticas públicas voltadas para os cidadãos brasileiros.

Em 1999, fui selecionada para atuar no Centro de Saúde Escola Dom Walter Ivan (CSE), uma instituição religiosa que tinha como objetivo promover a qualificação através de cursos voltados para profissionais que atuavam na saúde como agentes de saúde, técnicos de enfermagem e pastoral da criança. Nesta época tivemos diversas capacitações, dentre eles, destaco a capacitação para ajudarmos os professores que se deslocavam da capital para ministrar o curso para os agentes de saúde, que nos possibilitou de atuar como intérpretes, orientávamos os agentes nas atividades solicitadas e na confecção de cartazes nas línguas indígenas.

Nesse período, despertou o meu lado docente, ao ver idosos indígenas me chamando de professora, o elo construído entre, agentes de saúde e nós como facilitadores e os professores foi observado no final do curso através do resultado exposto com as traduções das informações em cartazes em diferentes línguas de acordo com o modo como entendiam o determinado assunto.

Em 2000, o CSE foi uma das instituições que assinou convênio com a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) para implantação do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro (DSEI/ARN), e todos os profissionais contratados passaram viajar para realizar atendimento nas comunidades indígenas. Nesse período atuei no DSEI/ARN como Técnica em enfermagem, e realizava atendimentos às comunidades que pertenciam à calha do Rio Negro. A instituição ficou responsável por cinco pólos bases, sendo que no Alto Rio Negro havia dois pólos (no Distrito de Cucuí e Jurutí), um pólo na estrada localizado na comunidade do Balaio para o atendimento das populações que moravam

em torno da estrada que dá acesso à Reserva Biológica do Morro dos Seis Lagos, e mais dois Pólos no Médio rio Negro (nas comunidades de Mercês e Itapereira).

As equipes, naquela época, eram compostas por um enfermeiro e três técnicos em enfermagem por Pólo, que se revezavam em dupla a cada trinta dias. Para atendimento de toda a área, havia dois odontólogos e um médico. Por não ter auxiliar específico para o odontólogo, os técnicos em enfermagem também faziam esse apoio.

No período de implantação do DSEI/ARN, não havia as edificações dos Pólos Base, naquela época, os atendimentos eram realizados em centro comunitário ou outro local indicado pela liderança. Também tínhamos uma forma de atuação que era itinerante, ou seja, nos deslocávamos para a comunidade mais distante e retornávamos atendendo as comunidades até chegar à cidade, normalmente, fazendo pernoite na comunidade a ser atendida no dia seguinte.

O contato com as lideranças e a população ocorria durante as refeições comunitárias (no jantar e no café)². Nas conversas ao redor da fogueira, era comum escutar as histórias da região, e nesses momentos também organizávamos o atendimento de acordo com a opinião dos líderes comunitários.

Esse foi um período de muito aprendizado para mim, onde pude reencontrar alguns parentes que só avistava quando se deslocavam para a cidade e, assim, aos poucos fui entendendo o que meus tios falavam sobre como chegaram a São Gabriel da Cachoeira. Por ter trabalhado anteriormente na CASAI, reencontrei alguns usuários, o que facilitou no atendimento por conhecer sua história clínica.

Também tive a oportunidade de reencontrar os agentes indígenas de saúde que realizaram o curso, outra situação que favoreceu bastante as abordagens com a comunidade, no atendimento aos usuários, pois já havia uma relação de confiança entre o agente, equipe e usuário. Novamente mais uma descoberta nesse período, conhecendo os locais de origem dos usuários da CASAI, consegui entender suas angústias ao desejarem retornar para suas comunidades, e a “resistência” em permanecer na CASAI em período muito longo para realizar tratamento.

² As refeições comunitárias são momento em que a comunidade se reúne para compartilhar os alimentos com todos da comunidade e conversar sobre os assuntos de interesse de todos.

Ao reconhecermos os motivos (receio em sair de perto de suas famílias, permanecer por longos períodos longe da comunidade de origem, saudade de seus familiares, dificuldades de adaptação, falta de confiança no atendimento médico) pelos quais se os indígenas recusaram-se a realizar o deslocamento e permanecer na CASAI, tentávamos resolver as situações de forma mais adequada em diálogo com o agente de saúde, tentando privilegiar a resolução dos problemas de saúde dos usuários na própria comunidade de origem, evitando causar transtornos ao ter que deixar sua família e comunidade na busca de tratamento médico na cidade.

Depois de um período, tive a oportunidade de me especializar em enfermagem em centro cirúrgico. Em seguida, em 2004, fui aprovada no concurso da Secretaria Municipal de Saúde de São Gabriel da Cachoeira, assim permaneci alguns anos atuando em Postos de Saúde e no Hospital de Guarnição. Retornei às minhas atividades sociais na ATESG³, e conseqüentemente a representar os profissionais de enfermagem em assembleias e nas reuniões do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) do DSEI/ARN e no Conselho Municipal de Saúde de SGC.

Nestas reuniões, tínhamos muitos embates com os gestores do DSEI e representantes do Ministério da Saúde, na minha percepção, por não serem indígenas e não conhecerem a realidade indígena, não aceitavam as sugestões e solicitações dos conselheiros de saúde (trabalhadores e moradores da região). Passamos a solicitar que o coordenador do DSEI/ARN deveria ser indígena, por conhecer a realidade local, a dificuldade geográfica de cada região e a diversidade cultural da população assistida.

Consideramos que um gestor indígena, facilitaria as negociações, teria mais argumentos durante as pactuações das metas e fortaleceria as reivindicações do controle social em Brasília junto a FUNASA. Entretanto, essa nossa solicitação sempre era negada pelos gestores em Brasília, com o argumento de que para atuar na gestão tinha que ter nível superior. Recentemente, com a volta para o município de profissionais indígenas na área da saúde, essa solicitação foi atendida.

Essas situações e desafios motivaram-me a continuar a buscar um aperfeiçoamento em nível superior na mesma área, assim, em 2007, ingressei no curso de

³ A associação (ATESG) naquele momento era mantida principalmente pelos associados que trabalhavam na saúde indígena, que havia triplicado com a implantação do DSEI/ARN.

enfermagem da Universidade Estadual do Amazonas (UEA). Durante a graduação, o fato de ter participado de algumas reivindicações ligadas à melhoria e apoio aos estudantes indígenas, como moradia e passagens de ônibus, além de bolsas de estudo para que pudessemos nos manter em Manaus, pude perceber que a universidade ainda não estava preparada para receber os alunos indígenas, que vinham de uma realidade diferente e tinham muitas dificuldades para enfrentar, o que levou muitos alunos a adoecerem e desistirem dos estudos. Nesse período, me envolvi na luta por direitos dos estudantes previstos por lei e que não eram cumpridos pela universidade. Foi mais uma vivência de como as especificidades dos indígenas não são reconhecidas nas implementações das políticas públicas e pelas instituições.

Concluí o curso de enfermagem em outubro de 2011, e como sempre fui atuante nas lutas indígenas, neste sentido, não tive dificuldade em retornar para atuar na saúde indígena em São Gabriel da Cachoeira. Reiniciei minhas atividades de enfermagem no DSEI Alto rio Negro em 15 de novembro de 2011, como enfermeira, prestando assistência às comunidades indígenas do Pólo Base de Carurú Cachoeira no rio Tiquié. Nesse Pólo atuavam duas equipes, cada equipe era composta por um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem, que revezavam a cada 30 dias. Esse era um Polo de difícil acesso, devido aos grandes trechos encachoeirados que dificultam a circulação de embarcações nessa região, o tempo de viagem para esta região está em torno de 3 a 7 dias, dependendo da época do ano, que se refere às estações anuais, de cheia, vazante e seca, portanto, envolvia a travessia de cachoeiras. Isto demandava um maior tempo de viagem em que a equipe tinha que descarregar por diversas vezes os insumos para arrastar a voadeira em meio às pedras. As populações atendidas em sua maioria pertenciam às etnias Tuyuka, Dessano, Tukano, Barassana, Piratapuia e Hüpdá.

Até então, só havia escutado relatos de colegas nas reuniões da ATESG sobre as dificuldades de acesso até as comunidades, principalmente as reclamações relacionadas às populações Hüpdas devido às longas caminhadas para realizar o atendimento, falta de adesão ao tratamento e dificuldades no acompanhamento por serem povos nômades. Essa característica peculiar deste povo me fez compreender as diferenças culturais entre os povos indígenas do Alto Rio Negro, o quão somos diferentes entre nós, me fez compreender também as dificuldades de meus colegas em trabalhar com o povo Hüpdá, pelo fato de eles se deslocarem constantemente de lugar, ao invés de formarem

comunidades fixas, como as demais etnias, havia muitas crianças e adultos em situação de desnutrição e tínhamos dificuldades em atingir as metas e a cobertura de ações cobradas pela gestão.

Certo dia, após caminhada de quatro horas em mata fechada questionei ao capitão da comunidade de Santa Terezinha cujos moradores pertenciam à etnia Hüpdá, por que estavam morando tão longe do rio, situação esta, que tinha levado eles a ficarem quatro anos sem atendimento. O capitão respondeu que na margem do rio as terras já possuíam “donos⁴”, e também ficava muito distante para buscarem alimentos. Ao entardecer, refletindo em minha rede entendi por que os Hüpdas ficavam distantes de outras comunidades e eram considerados nômades. Pude constatar que vivem da coleta dos frutos silvestres e da caça, e essas frutas e os animais estão presentes somente em mata virgem, ademais a mudança de local ocorre conforme a sazonalidade das frutas.

Observei também que a população dessa comunidade mais distante estava mais saudável que as outras que estavam mais próximas do rio em residência fixa nas comunidades. Passei a me questionar o que estávamos fazendo com essa população quando tentamos obrigá-los a fixarem residência em uma comunidade para terem acesso à saúde, educação, ou documentos pessoais e acesso direito aos benefícios sociais. E não nos damos conta que essa pode ser a causa do alto índice de desnutrição e morte desta população.

Também tive o prazer de conhecer o povo que era temido pela minha mãe, que moravam acima de Pari Cachoeira, os Tuyukas, e os Tukanos de Pari Cachoeira, que eram conhecidos por serem detentores do conhecimento denominado “sopro através do trovão⁵”. Meus tios costumavam relatar que os parentes de Pari Cachoeira enviavam doenças através do trovão, os mais temidos eram o “fogo selvagem” e “pega coração”, na língua Tukano chamados “pehkámhëa” e “Eheriporã yë’ëséh” e no conhecimento não indígena são denominados de “pênfigo” e “infarto agudo do miocárdio”. Por ser uma população que aguçava minha curiosidade, não tive dificuldade em trabalhar com eles,

4 Donos: grupos étnicos que habitam determinada região ou área herdados de acordo com a sua ancestralidade e mantido por gerações, geralmente são áreas utilizadas para moradias, manejos, cultivos e outras formas de preservação da cultura material e imaterial dos povos indígenas.

5 Sopro através do trovão: Conhecimento tradicional realizado pelos Kumüs, utilizando o trovão quando querem devolver ou enviar uma doença à uma pessoa que está distante.

era preferido pernoitar nas comunidades para entender melhor sua origem e seus ensinamentos.

Percebia o aumento da confiança das comunidades e conhecia melhor a realidade de saúde da população, o que facilitava na realização das atividades de saúde nas comunidades. Além disso, saboreava os alimentos regionais e podia falar com eles na língua Tukano, lembrando as palavras já esquecidas por falta de prática na vida na cidade.

Eu era muito questionada pelas comunidades sobre o motivo pelo qual a outra equipe de saúde (que intercalava nos rodízios de atendimentos) não gostava de pernoitar nas comunidades, não conversava com eles e não aceitava a alimentação. Eu por várias vezes, das vezes tentava justificar a partir das minhas próprias percepções, como por exemplo, não estavam acostumados a dormir naqueles locais, por falta de energia elétrica e estrutura, como banheiros, camas, fogão, dentre outros tipos de estruturas que em uma comunidade não são comuns.

Mas quando conversava com a colega, não indígena, ela alegava que preferia pernoitar no Pólo por causa das vacinas, dizia que não tinha muito o que falar com a comunidade por não entender a língua deles (em suas consultas ela sempre precisava do Agente Indígena de Saúde (AIS) como intérprete), e para ela os alimentos que ofereciam não fazia parte do seu cotidiano alimentar. Essas dificuldades relatadas pela colega prejudicava o trabalho entre equipes, pois não havia continuidade das atividades pela falta de adesão da população, ela não conhecia sobre a saúde e problemas das comunidades, pois não participava das conversas informais durante as refeições comunitárias.

Em janeiro de 2013, fui convidada para assumir um cargo na gestão do DSEI/ARN, no setor de remoção⁶ onde foi designada para fazer a organização desse setor. Até então as remoções eram realizadas pela equipe que estava trabalhando nas comunidades, o que causava transtorno tanto para equipe quanto para a população, pois era necessário interromper o atendimento para remover o paciente para a cidade.

⁶ Remoção: Ato de providenciar o transporte aos usuários que necessitam de um atendimento especializado no município.

O setor de remoção ficou responsável por realizar a avaliação da situação do usuário pela radiofonia⁷, por confeccionar uma escala com os profissionais que estavam disponíveis na sede, e pela parte burocrática para solicitação da logística para remoção que incluía o requerimento de gasolina, bote, carro e alimentação e ainda a convocação e repasse de informação da situação do paciente para os profissionais que estavam na escala.

Após seis meses de atuação no setor de remoção, fui designada para assumir também o setor de educação permanente. Sem entender o objetivo da educação permanente⁸ pois não havia recebido a capacitação devida, não entendia como ocorria a parte burocrática, quais cursos estavam programados, e havia uma enorme pressão de Brasília para preencher a planilha do Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse do Governo Federal (SICONV). Foi uma transição traumática, pois, até então só havia atuado como profissional de saúde na assistência e controle social e agora estava na gestão. Ao analisar a pactuação das metas pude observar sua inviabilidade, pois não condizia com a realidade do DSEI/ARN, e pude comprovar a importância do conhecimento da realidade local para atuar na gestão, principalmente nas negociações em Brasília. Quando não se conhece a realidade, se aceita mais facilmente a imposição do gestor federal por não possuir argumentos para se posicionar e conseguir convencê-los que estamos em uma realidade diferente do restante do país.

Observei também que os cursos programados eram meramente repasses de informações técnicas e portarias, em nenhum momento se questionava como seria o desenvolvimento das atividades nas comunidades, quais métodos seriam utilizados e não eram disponibilizados nenhum material pedagógico.

De forma que, cada profissional, tinha que providenciar a organização e execução de suas atividades e apresentar o número e o tipo de atividades realizadas junto à população. Muitas vezes acabei observando que era apenas um “faz de conta” para preencher os dados da planilha que deveria ser entregue para ser preenchida no SICONV.

7 Radiofonia: Equipamento utilizado como meio de comunicação na região pelos profissionais e usuários da saúde.

8 A servidora responsável havia sido afastada para tratamento de saúde e fui incumbida dessa atividade em plena implantação do SICONV (Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse do Governo Federal) cujo treinamento a servidora havia participado.

A partir das dificuldades observadas pelos profissionais ao permanecerem em área, se pôde compreender que a importância da educação permanente era preponderante para a região, assim foi retomado nos denominados “cursos introdutórios” um tópico sobre a antropologia dos povos indígenas, onde se buscava repassar informações sobre a importância dos pajés com relação à proteção e doença, sobre tratamentos tradicionais, a distribuição política de cada região e a importância de conhecer os grupos étnicos para o bom desenvolvimento das atividades com a participação do controle social. Discutimos o papel dos agentes indígenas de saúde como intermediador na relação com as comunidades para o desenvolvimento das atividades. Também se repassou as principais características epidemiológicas, étnicas e demográficas das comunidades e da população de cada Pólo Base.

Durante esse período, percebi que os profissionais não indígenas não estavam preparados para atuarem em um contexto com diversidade cultural ampla como ocorre na saúde indígena. As suas preocupações se reduziam aos relatórios das produções que teriam que entregar no final de cada viagem, com o alcance das metas solicitadas por cada responsável técnico dos programas e os vários atendimentos realizados. Estas preocupações eram geradas devido a pouca importância que a gestão dava ao contexto de preparo dos profissionais para a atuação com a diversidade cultural existente nesta região.

Em nenhum momento, os profissionais tinham a preocupação de analisar a qualidade e importância dessas informações para traçar seu plano de atuação, pois notava-se que os trabalhadores não possuíam uma reflexão crítica sobre o processo de trabalho e assim tinham que seguir as regras da gestão, e assim procuram uma justificativa para a não concretização das atividades de maneira satisfatória. Atribuindo o impasse no alcance das metas, à falta de adesão da comunidade, às dificuldades de comunicação na língua indígena, à falta de medicamentos, aos obstáculos geográficos ou a ausência da população na comunidade.

Em 2014 passei a atuar como responsável técnica da área de Doenças Sexualmente Transmitidas, atualmente Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e continuei com o setor de educação permanente. Nesse período, pude observar as dificuldades dos profissionais em abordarem o tema das ISTs nas práticas de educação em saúde com a população, por ser um tema polêmico e dependendo da forma como era abordado, poderia causar um desentendimento entre a equipe e a comunidade. Pois, este tema entre a

população indígena, é restrito, podemos considerar que é um tema sensível, por envolver situações consideradas na percepção dos homens e mulheres indígenas, que abrange a intimidade familiar, situação pouco comum de se discutir e falar sobre essas situações diante da comunidade e de pessoas que não são moradoras, como por exemplo os profissionais da saúde recém chegados.

As abordagens ocorriam de forma superficial no intuito de sensibilizar os usuários somente para a realização dos testes rápidos, essas dificuldades aumentavam quando não tinha alguém da equipe com domínio da língua indígena, situação que facilitava o repasse das informações. Evitando a banalização do assunto (quando não era tratado com a devida importância, e os moradores distorciam as informações dadas ou então, zombavam dos temas, transformando-os em conversas com tons de brincadeiras), quando era traduzida por algum intérprete morador da comunidade.

Nesse mesmo ano, tive a oportunidade de ir à Brasília junto com o gestor para a pactuação das metas para o ano seguinte, que eram as seguintes: quantitativo de consultas de pré-natal, aplicação de vacinas, acompanhamento de crianças desnutridas e demais programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. Após anos de luta no controle social pude constatar que tínhamos razão quando solicitávamos profissionais que conheciam a realidade para essas pactuações, o gestor era um técnico em enfermagem que atuava no DSEI/ARN desde a sua implantação.

Durante a reunião adotaram a metodologia de dividir os DSEIs por região, e subgrupos por programas. Quem tinha um fácil acesso levou todos os seus responsáveis técnicos (RTs)⁹ para pactuação, assim negociavam as metas de acordo com suas realidades, se não tivesse representante, tinha que aceitar o que foi decidido pela maioria.

Como só éramos quatro pessoas, decidimos participar dos grupos mais problemáticos, porque abrangiam temas tipo saúde da mulher, saúde da criança, imunização, controle social, eram os programas que o DSEI tinha dificuldades em desenvolver as atividades para o alcance das metas, levando em conta a dificuldade na logística, o orçamento insuficiente, que influenciavam diretamente nas viagens das equipes para as comunidades e conseqüentemente no alcance das metas. Nestas reuniões

9 RT: Enfermeiro Responsável Técnico por algum programa de saúde implantado no DSEI/ARN, indicado pelo gestor local.

de pactuação, apresentávamos as propostas com metas e justificativas diante da realidade do Alto Rio Negro, e assim defendíamos as nossas ações para convencer os demais distritos participantes dessas reuniões. Pois, as pactuações das metas eram únicas para todos os distritos. E ainda percorremos outras salas para tentarmos opinar nas metas de outros programas de acordo com nossa realidade. Com essa estratégia, conseguimos diminuir o número de consultas do pré-natal para no mínimo de quatro, quando estava sendo imposto seis. Reduzimos a expectativa de cobertura vacinal para 80%, que estava em 90%. Esta situação não comprometeu a qualidade dos atendimentos na atenção, pois a necessidade da redução das metas ocorreu correspondendo a realidade da logística que nesse período se passava o DSEI. Nesse período o DSEI/ARN passava por uma crise na logística, e então explicávamos que não possuíamos logística suficiente para realização das atividades acima dessas expectativas que indicávamos. A estratégia utilizada foi sensibilizar e mostrar a difícil situação que o DSEI/ARN vinha passando. Era extremamente difícil convencer pessoas que não tinham noção da nossa realidade geográfica e das limitações logísticas que enfrentávamos para execução das atividades pelos profissionais. A partir dessa experiência entendi o porquê haviam metas inviáveis, totalmente fora do contexto de atuação da realidade do DSEI/ARN.

Com esta experiência constatei que as políticas públicas voltadas para a saúde indígena envolvendo o atendimento diferenciado, buscando respeitar as diferenças culturais, era algo utópico e sem relevância, onde era evidente que as metas eram baseadas nos programas (elaborados a nível nacional) e não de acordo com a realidade da região. A exigência dos 34 DSEIs alcançarem as mesmas metas, ou seja, alta produtividade, não levavam em conta as diferenças demográficas, epidemiológicas e geográficas de cada região, muito menos a diversidade cultural existente entre a população indígena. Penso que para minimizar estes problemas de igualdade das metas, os gestores poderiam descentralizar e democratizar a elaboração dos projetos e a pactuação, dando vozes e reconhecendo os saberes dos profissionais que atuam dentro das áreas atendidas e aos usuários e assim atingir os patamares desejados pelas instituições de saúde.

Neste período de atuação na gestão pude constatar que um gestor indígena poderia facilitar nas negociações junto aos representantes de saúde em Brasília, proposta que havia sido muito discutida no controle social no Alto Rio Negro e nunca tivemos escuta dos gestores federais. Nesse momento entendi que a reivindicação não iria mudar muita

coisa. Entendi que não existe diálogo entre a gestão federal com a regional ou local, e que as normas e metas são direcionadas verticalmente sem considerar as perspectivas dos diferentes gestores, profissionais de saúde e usuários. Nesse sentido, isso me desestimulou em reivindicar a melhoria desta situação, até porque ao se conseguir um representante indígena, este dependeria de outras articulações e negociações políticas com outras autarquias em Brasília.

Como profissionais das equipes de saúde, na minha percepção naquela época, não tínhamos mais a liberdade de expor nossas experiências e adequar a realidade local, pois, a gestão não estava preocupada com a qualidade e o modo como as ações estão sendo realizados, os interesses estão voltados para quantidade e em mostrar para a população brasileira resultados baseados em números.

Em 2014, tive a oportunidade de realizar o curso de Especialização em Saúde Indígena oferecido pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), no qual realizei uma revisão da literatura sobre a temática do perfil do profissional de enfermagem que atua na saúde indígena. O estudo utilizou como fonte publicações de artigos científicos brasileiros, publicados no período 2000 a 2012.

O estudo evidenciou a falta de produção bibliográfica sobre o perfil do enfermeiro que atua em área indígena. Esta lacuna veio mostrar a necessidade de estudos e publicações na área de formação e atuação de profissionais de saúde para atuar na saúde indígena, inclusive para dar direcionamento às instituições que atuam junto a estas populações. Nesse curso, foi possível refletir sobre a necessidade do compromisso dos gestores com a saúde indígena, proporcionando aos profissionais condições adequadas de trabalho para que possam executar as ações com qualidade.

Esse trabalho permitiu ainda a reflexão sobre a importância da formação dos profissionais de saúde, a fim de proporcionar um olhar voltado para a realidade da população assistida, conhecendo sua diversidade cultural. Isso contribuiria para que os enfermeiros tivessem uma visão mais ampla da saúde indígena e finalmente discutir ações mais eficientes, voltadas para a realidade de cada população assistida.

Em 2016, iniciei minhas atividades no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Amazonas, *Campus* São Gabriel da Cachoeira (IFAM/SGC), como docente do quadro do Curso Técnico em Enfermagem.

Atuando na docência senti a necessidade de aprimorar os conhecimentos sobre a formação de profissionais de saúde e de realizar pesquisas para uma melhor atuação na formação desses futuros profissionais que atuarão certamente na saúde indígena. Dessa forma, buscando aprimorar meus conhecimentos no mundo da pesquisa científica, busquei o mestrado através do Programa de Pós Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA) no Instituto Leônidas & Maria Deane (ILMD) na Fiocruz do Amazonas.

1.1 Conflitos e medos de uma profissional indígena em atuação

Como profissional indígena na área de saúde, que iniciou sua atuação em meados dos anos 90 como técnica em enfermagem, passei por um primeiro conflito de identidade na CASAI. Naquele momento, executava e acreditava que os pacientes tinham que seguir as prescrições médicas, não considerava os cuidados praticados por eles para cuidar da saúde.

Mas, paralelo às vivências profissionais, o meu cotidiano pessoal era regido pelos cuidados tradicionais realizados por minha mãe através dos benzimentos de proteção, realizado por um benzedor que pertencia ao meu grupo étnico (Tariano), além de orientação sobre o comportamento em determinadas situações que envolvia o que fazer, o que comer, onde sentar, onde pisar, com quem falar.

Nesse período não tinha muita noção das diferenças culturais de cada povo, os meus conhecimentos adquiridos até então, eram regidos pelo medo e discriminação que foram repassados através de conversas pelos mais velhos, que identificavam os que moravam nas cabeceiras do rio como índios perigosos, que tinham conhecimentos de benzimentos muito forte, outros eram perigosos por possuírem o conhecimento do envenenamento e estragos.

Só após o início da atuação em área nas comunidades comecei a entender as diferenças culturais de cada povo de acordo com as calhas de rios.

No Rio Içana tive o segundo conflito como indígena, que ocorreu com a alimentação, o povo com quem estava atuando não tinham o hábito do consumo de farinha

e derivados da mandioca como (tucupi, manicuera¹⁰, goma e outros tipos de farinhas e beijus) que eram poucos consumidos levando-me a frustração e indignação.

A utilização de pouco sal nos alimentos também foi um episódio que me marcou neste período. Nesses momentos me recordava de um dos ensinamentos de minha mãe que contava que “para onde for leve sal, pimenta e farinha em sua bolsa para não depender de outros”. Aos poucos através das conversas e muita escuta com a população ao percorrer por diversas vezes o Rio Içana, conseguir entender as diferenças culturais existentes naquela calha de Rio Negro. Assim, compreendendo e administrando os medos que foram instituídos através dos diálogos e ensinamentos repassados na adolescência pelos mais velhos.

Atuar como profissional de saúde indígena é complexo, pois nos deparamos com vários ensinamentos tradicionais de como cuidar da saúde, repassado pelos mais velhos, de acordo com cada etnia, e ainda temos que praticar os cuidados nos repassados ao longo da vida e também repassar esses saberes aos mais jovens.

Ao sairmos para estudar, esses ensinamentos indígenas ficam guardados, pois no contexto urbano eles perdem o sentido, quando saímos de nossa região, e passamos a conviver com pessoas com culturas diferentes da cultura indígena, sendo assim não conhecem ou não acreditam em mundos paralelos onde existem seres da natureza, dos rios, das matas e a influência sobre os humanos.

Por outro lado ao adquirimos outros conhecimentos sobre os cuidados com a saúde durante a formação acadêmica, que são organizados a partir de evidências e comprovações científicas, que após anos de estudos são considerados excepcionais e únicos, para o cuidado do usuário, esses cuidados são apresentados como cuidados preventivos, curativos e paliativos.

Ao término do curso de enfermagem comprometemo-nos, através de um juramento, em atuarmos conforme o que aprendemos, com possibilidade de punição pelo conselho profissional, caso não executem as atividades de acordo com o modelo ocidental. Por sermos profissionais de saúde temos que realizar certos procedimentos mesmo não concordando, pois temos uma legislação a que respondemos e somos submetidos. Aos poucos depois de vivenciar outros ensinamentos consigo evidenciar que

1011- Líquido extraído da mandioca fresca utilizado como alimento pelos indígenas após longa fervura, possui a cor de característica amarelada e gosto doce, pode vir acompanhado de abacaxi ou banana pacovan verde, servido como mingau.

somos todos povos diferentes no qual os cuidados de saúde praticados não são os mesmos, que mudam dependendo de cada povo, porém, sempre possuem a mesma finalidade.

Atualmente tenho a concepção como indígena, que não é aconselhável induzir nossos próprios cuidados pessoais praticados aos demais usuários, é necessário buscar e compreender os cuidados exercidos por eles, para depois orientar a população sempre procurando o bem estar deles. No caso das noções biomédicas, estas devem ser seguidas e repassadas aos usuários de acordo com cada realidade cultural.

1.2 Reflexões sobre trajetória vivenciada

Através do percurso profissional realizado até o momento pude perceber o quanto a população indígena foi usurpada em seus conhecimentos, por pessoas e instituições que têm o intuito de dominar outros povos e ampliar a conquista de nossas terras. Esse processo colonial, que ainda não se encerrou, desconsidera os povos nativos e classifica os nossos ancestrais como pessoas incapazes de conviver em sociedade.

Essa perspectiva é evidenciada quando os colonizadores utilizam a palavra civilizar para integrar o indígena ao modo de vida que eles julgavam ser correto. Implantaram a discriminação entre os povos, e aos que se negaram seguir seus modelos. Influenciaram no cotidiano de vida dessas populações levando-os a acreditar que o modo de viver oferecido por eles era o melhor, com isso, desestruturando diversos povos e assim fortalecendo o domínio sobre a população indígena.

Tendo em vista a trajetória até o momento percorrido, observo que a população indígena mesmo em passos lentos vem expandindo e aos poucos ocupando um lugar na sociedade ou no mundo dos brancos.

Ainda hoje lutamos pelo reconhecimento de que somos um povo diferente socioculturalmente no qual possuímos nossas crenças, costumes e religiões. Porém, o domínio do poder do Estado é maior sobre as sociedades indígenas e sua cultura material e imaterial.

O que leva diversos indígenas a buscarem um lugar no “mundo dos brancos” com o intuito de fazer a diferença. Este foi o motivo que me levou a buscar novos conhecimentos e me engajar em busca de respostas sobre como está ocorrendo o cuidado de saúde nesse cenário diferenciado que é a saúde indígena.

Percebo que o Estado não reconhece ou pouco faz questão de refletir e conhecer as diferenças sociais culturais, por isso é necessário representantes indígenas em diversas

esferas do governo, para a construção e execução das políticas públicas voltadas para os povos indígenas, e que reconheçam a população indígena como uma sociedade que se diferencia.

Devemos continuar com essa luta árdua, que teve início com a aprovação da Constituição Brasileira de 1988, com a ajuda de cidadãos que acreditavam no ser indígena, como um cidadão de direitos e deveres. Um dos resultados dessa luta é que já temos indígenas graduados nas mais diversas áreas do conhecimento. Atuantes na área da Educação, Saúde, Direito e Pesquisadores científicos, que voltaram para a região do Alto rio Negro, com protagonismo, fortalecendo suas identidades étnicas, e conseqüentemente a eterna busca pelo respeito e reconhecimento do Estado brasileiro e da sociedade em geral.

Capítulo 2: POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA E O TRABALHO E FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Neste capítulo apresentaremos um breve histórico sobre a criação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, ressaltando as propostas de organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) buscando entender como ocorre a atenção diferenciada e atuação dos profissionais de saúde considerando as especificidades socioculturais, históricas e geográficas.

2.1 Antecedentes históricos da relação do Estado e povos indígenas: o surgimento e características das políticas indigenistas

O Serviço de Proteção ao Índio (SPI) no Brasil com o Decreto nº 8.072; Art. 1º determina que seja de responsabilidade do SPI “prestar assistência aos índios do Brasil, que vivem aldeados, reunidos em tribos, em estado nômade ou promiscuamente com civilizados” (BRASIL, 1910). Entretanto, essas ações eram descontínuas e irregulares, atingindo poucos contingentes populacionais.

Assim assumindo toda responsabilidade sobre esta população, porém, esta instituição tinha um olhar voltado para evolução humana, desenvolvendo uma política “protecionista” por considerarem os índios como indivíduos em processo de civilização e que necessitavam de proteção para garantir as condições mínimas à sua sobrevivência nessa mudança (COSTA, 1987, p. 390).

Em 1964 com o golpe militar, o País passava por enormes mudanças, afetando assim os rumos da política indigenista do governo federal conduzido pelo Serviço de Proteção aos Índios (SPI), que idealizava o indígena como um ser culturalmente inferior. Era dever do Estado, dar aos indígenas condições de evoluir lentamente para um “estágio superior” (civilizá-lo) a fim de integrar-se à sociedade brasileira. Essa chamada tinha como único objetivo a “pacificação”, pois se tratava de um projeto do governo para os povos indígenas (ISA, 2007). Também cabia aos órgãos indigenistas a organização de ações de saúde direcionadas às populações indígenas.

Em consequência aos escândalos administrativos de repercussão nacional e internacional devido à situação de calamidade que as populações indígenas se encontravam, em decorrência das atitudes dos funcionários do SPI, que facilitaram invasões em Terras Indígenas ao invés de protegê-las, praticavam atos de violência contra

esta população. Levou o governo brasileiro a criar a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) em 1967 em substituição ao SPI.

O processo civilizatório teve um efeito devastador na população indígena, de modo que na década de 70 estimava-se que estes povos seriam extintos ou estariam totalmente incorporados à sociedade nacional. Tal processo é descrito por Lima (2014, p. 27) que menciona o percurso da história ao delineamento jurídico traçado aos povos tradicionais, que inicia com a colônia portuguesa, depois passa pela administração “imperial e republicana brasileira”. Esse autor, alude que através da imposição jurídica descrita no artigo 6º do código civil Republicano de 1916, era atribuída ao povo indígena a incapacidade civil. O autor conceitua esta proteção como ato de tutela, pois, o Estado exerce o poder sobre os espaços geográficos, sociais e simbólicos, desta forma destituindo os indígenas do exercício de sua vida cívica.

Na década de 1970 ocorre ainda um seminário de antropólogos que resultou na Declaração de Barbados onde, destacam a necessidade de reconhecimento pelo Estado Brasileiro dos direitos dos povos indígenas de viverem de acordo com suas tradições e cultura, esta declaração ainda menciona o direito aos territórios e respeito à autodeterminação. A declaração também questiona o papel dos missionários na atuação junto ao povo indígena (PONTES e SANTOS, 2020 apud BARTOLOMÉ, 2017).

Em respostas as repercussões negativas em âmbito internacional o governo assume como marco legal da relação do Estado com povos indígenas, através da Lei Nº 6.001/1973, também conhecida como Estatuto do Índio, onde estabelece que o Estado assumira a responsabilidade legal sobre os indígenas através da tutela, essa proteção buscava integrá-los progressivamente de forma passiva ao ponto de criar uma sociedade única (BRASIL,1973). Visando a tomada dos territórios indígenas, o Estado em 1978 tenta decretar a “emancipação” dos povos indígenas, com a intenção de por fim as condições legais dos povos indígenas sob o território em que residem e os grupos sociais a que pertencem. Essa medida gerou uma ampla resposta da sociedade civil e das lideranças indígenas, levando a criação de diversas entidades que atuam até o momento como a Comissão Pró Índio (CPI), Associação Nacional de Ação Indigenista (ANAI) entre outros.

A política indigenista conduzida pelo Estado foi marcada pela interferência do poder público ligado às instituições religiosas e civis na expectativa de integrar a população indígena a sociedade brasileira, principalmente através da educação, com o ensino em língua portuguesa, bem como o foco na sua inserção como trabalhadores rurais, introduzindo-se técnicas de agricultura e outras atividades produtivas não indígenas. Essas medidas pressionavam os indígenas a viverem em vilas com casas de alvenaria, sua fixação em chamadas comunidades¹¹. Essa política de Estado tinha como finalidade a integração dos indígenas ao modo de vida nacional, produzindo mudanças no comportamento e modo de vida desta população, visando extinguir aos poucos os costumes e tradição das sociedades indígenas (GARNELO, 2012).

A FUNAI é um órgão ativo até os dias atuais, e possuía um discurso progressista que tinha como intuito transformar os indígenas em brasileiros, que através da tutela pretendia integrá-los à nação, e incorporá-los culturalmente através do desenvolvimento. Com esse discurso progressista e, observando o modo de vida dos indígenas, estes passaram a ser vistos como um obstáculo para o desenvolvimento do Brasil (COSTA, 1987).

Em respostas ao modo como o Estado tratava e as repressões direcionadas aos indígenas, foram motivos que despertaram na população indígena a necessidade de reagir, assim, surgiram vários movimentos em busca de se organizar visando à defesa e garantir os direitos indígenas, com isso fortalecendo e alicerçando os movimentos indígenas que começaram a se organizar e reivindicar direitos com relação à regularização de suas Terras, assim como atenção especial à saúde e educação escolar.

Essa mobilização também foi fortalecida pelo surgimento de instituições não governamentais que apoiavam a luta dos povos indígenas, através das acessórias nas assembleias constituídas por lideranças de diversas regiões, instruindo e incentivando as lideranças indígenas para o processo das demarcações das terras, também realizavam orientação sob outros direitos que o estado não estava cumprindo. A articulação tinha como foco estabelecer uma mudança na relação do Estado com os indígenas,

11_Comunidade: Refere-se a um grupo de pessoas que compartilham algo em comum, como por exemplo uma história comum, uma determinada área geográfica ou práticas culturais similares.

principalmente no cumprimento de seus direitos (CUNHA, 2018 apud PONTES e SANTOS, 2020).

Na década de 1980, com a busca de preservação de seus territórios, os povos indígenas começaram a se organizar e reivindicar direitos com relação à regularização de suas terras, assim como atenção especial à saúde e educação escolar (BRASIL, 1988).

“A Constituição de 1988 é um marco das lutas dos povos indígenas por seus direitos. São reconhecidos aos indígenas sua organização social, costumes, crenças e tradições e garantidos os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam o que lhes assegurou a posse permanente e o usufruto exclusivo desta terra. Entretanto, o legado mais importante da Constituição para as populações indígenas foi à mudança de sua condição jurídica. Passaram de tutelados a cidadãos com cidadania plena”(Constituição Federal,1988).

Aqui não podemos deixar de mencionar o marco histórico da mudança na relação entre o Estado e os povos indígenas brasileiros, marcada pela convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e pela Constituição de 1988, este marco dá uma nova reconfiguração e um novo panorama para os indígenas, sobretudo por ser a base para a mudança de paradigmas relacionados aos direitos dos indígenas, como cidadãos de fato. Este marco é de grande relevância, pois deu abertura, por exemplo, às ações afirmativas dentro dos contextos educacionais brasileiros, que antes eram abertos para uma pequena parcela de estudantes privilegiados na sociedade brasileira.

Esse grande marco denominado de Convenção sobre Povos Indígenas e Tribais (Nº169) se caracterizou como um Tratado internacional adotado pela Conferência Internacional do Trabalho da OIT no ano 1989. Esta Convenção simbolizou uma nova reconfiguração sobre os direitos dos povos indígenas dos Estados-membros participantes e as responsabilidades dos governos de proteger esses direitos. Houve então, uma ruptura com o paradigma antigo, estabelecendo que seus povos possuam o direito de assumir o controle de suas próprias instituições e formas de vida, mantendo e fortalecendo “suas identidades, línguas e religiões dentro do âmbito dos Estados do qual fazem parte”, segundo a Conferência Internacional do Trabalho da OIT de 1989.

Vale salientar que esta Convenção buscou superar práticas discriminatórias que afetavam os povos indígenas e assegurar a democracia na tomada de decisões consultas

e participação, dando-lhes voz com os mesmos direitos humanos de liberdades e igualdades fundamentais que todos os outros seres humanos possuem. Dentre as principais temáticas apresentadas nesse contexto, deu-se início às preocupações quanto à saúde indígena.

2.2 Trajetória e características históricas das ações de saúde direcionada aos povos indígenas: período pré-subsistema

Os primeiros relatos sobre a saúde da população indígena são oficializados a partir de 1910 e 1967, durante a atuação do SPI. Nesse período são mencionados que a atuação abrangia somente ações pontuais de assistência sanitária aos povos indígenas. Esse modelo foi adotado por várias décadas pelo SPI, através da manutenção de enfermeiro nos postos de saúde, também realizava convênios para promover as viagens de assistência médica ou levantamentos sanitários de populações indígenas. Porém vale ressaltar a iniciativa institucional que teve sobre a saúde, buscando estruturar o “plano de saúde do SPI” no qual determinava a importância de criar uma área específica para saúde indígena, tendo em vista a particularidade de cada grupo étnico assistido. (PONTES et al, 2019, p. 149).

Na década de 1950, o Ministério de Saúde (MS) implantou o Serviço de Unidade Sanitária Aérea (SUSA), proposto por Noel Nutels a partir de sua participação da expedição Roncador-Xingu, quando implantou um modelo de assistência sanitária aérea, levando equipes volantes para prestarem assistência curativa e preventiva. O SUSA tinha como o objetivo prestar assistência básica de saúde como: Vacinação, controle da Tuberculose, doenças transmissíveis e atendimento odontológico somente com o procedimento de extração dentária as populações que residiam em área de difícil acesso (VERANI, 1999).

Com a extinção do SPI ocorreu a criação da FUNAI como órgão indigenista do governo e também assumiu a responsabilidade sanitária pelos povos indígenas, continuou com o modelo médico assistencialista de forma regular. Em meados de 70 a FUNAI passou a atuar com modelo assistencial com ações de saúde com Equipes Volantes de Saúde (EVS), realizando ações semelhantes às do SUSA. Nesse mesmo período realizou convênios com instituições missionárias, fundações, universidades, hospitais privados dentre outros, buscando prestar serviços de saúde aos indígenas (PONTES et al, 2019).

Nesse mesmo período surgiram novas instituições vinculadas a universidade e sociedade civil, que são mencionadas por Pontes et al (2019) como fundamentais para o desempenho do debate envolvendo a construção de um modelo de atenção sanitária apropriado para população indígena. Essas instituições desenvolviam ações de saúde com a população indígena, formação de agentes indígenas de saúde, promoviam encontros e debates entre lideranças indígenas, concretizavam levantamentos demográficos e de saúde, confeccionavam materiais para divulgação e quando necessário enviavam relatórios de denúncia sobre epidemias que colocassem em risco a vida da população indígena.

Dentre elas destacam-se o CIMI que além de atuar na saúde da população indígena, teve uma importante influência nas formulações das pautas dos direitos indígenas principalmente os relacionados à terra. Outra instituição importante foi a União das Nações Indígenas (UNI), primeira entidade constituída por lideranças indígenas que surgiu pela necessidade do diálogo com a sociedade civil e o Estado. Teve como ponto fundamental a defesa dos direitos indígenas na constituição. Procurava discutir a autodeterminação dos povos indígenas buscando remover a vinculação de tutela estabelecida pelo Estado.

Os debates sobre a democratização da saúde também evoluíram para a demanda por ampla participação social na formulação e implementação de políticas de saúde. Menção de documentos da União das Nações Indígenas (UNI) e Conselho Indigenista Missionário (CIMI) a necessidade de 'participação indígena' (CIMI, 1988; UNI 1988). Portanto, o relatório da 1ª CNPSI propõe: 'Garantia a participação das nações indígenas, por meio de seus representantes, na formulação de políticas, planejamento, gestão, implementação, e avaliação de ações e serviços de saúde' (CNPSI, 1986, p. 2).

Sintonizados com os acontecimentos e eventos da reforma sanitária brasileira, o Movimento Indígena (MI) incorpora a luta pelo direito à saúde como uma de suas bandeiras, defendendo desde então a formação de pessoas da própria comunidade para atuar nos cuidados de saúde, isso só foi possível ocorrer no Brasil, devido a mudança de paradigmas instituídos pela Constituição Federal de 88 (CF) e a OIT169 (ISA, 2020), pois houve uma abertura para os povos indígena se movimentarem como cidadãos protegidos pelo Estado e livres para demandar suas próprias decisões .

Toda essa concepção de liberdade e igualdade dos direitos dos povos indígenas, promulgadas pela CF88 e a OIT169 e o consequente agravamento progressivo das condições de saúde dos indígenas, caracterizado por altos índices de morbimortalidade, pela oferta inadequada e ineficaz de serviço de atenção à saúde, por profissionais despreparados para atuarem de acordo com a cultura indígena, pela falta de dados epidemiológicos e pelos diversos problemas na estruturação e execução apresentados pela FUNAI no atendimento à população indígena, fortaleceram a reivindicação do movimento indígena e indigenista pela criação de um subsistema específico para esta população no âmbito do Sistema Único de Saúde (LANGDON e GARNELO, 2004).

2.2.1 Breve histórico da criação e organização do subsistema da saúde indígena

A implantação da saúde indígena é um resultado da luta e fortalecimento das lideranças indígenas com diversos atores envolvidos em defesa desta causa, em busca de um direito adquirido na Constituição Federal de 1988 (Revista da Saúde, 2000). Na forma como foi pensado a implantação do SUS, voltado para ações em área urbana e a população indígena não havia sido contemplada, tendo em vista que o cuidado da saúde desta população estava sob a responsabilidade de um órgão indigenista (GARNELO, 2012). Fez-se necessário a união de diversos atores para reivindicação e implantação do subsistema de saúde para esta população. Nesta implantação Pontes et al. (2019) ressaltam que houve pontos de convergência, que se apresentavam especialmente na crítica ao modelo biomédico, além da aproximação das propostas da atenção primária e do conceito ampliado de saúde. Outra situação foram os conflitos relacionados à operacionalização do subsistema, pois o discurso indigenista mostrava-se contrário à municipalização, sendo então a distritalização a alternativa encontrada e legitimada durante a Reforma Sanitária.

Em 1986, por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), a partir da demanda de lideranças indígenas e indigenistas, se esboçou a realização da “1ª Conferência nacional de Proteção à saúde do Índio” (VERANI, 1999, p. 178). Foi o passo inicial para a criação do subsistema de saúde indígena. Nesse evento, pela primeira vez, se reuniu representantes do movimento indígena, órgãos públicos e organizações da sociedade civil, cujo objetivo era avaliar a saúde da população indígena e criar políticas efetivas voltadas para esta população. Durante o encontro, surgiram recomendações com o intuito de proporcionar um atendimento adequado e garantir a participação indígena na

formulação, execução e avaliação da política de saúde direcionada aos povos indígenas, defendendo a saúde como um direito universal e organizado por um sistema único de saúde, constituído sob a responsabilidade do Estado (LANGDON e GARNELO, 2004).

Em 1993 aconteceu a 2ª. Conferência Nacional de Saúde do Índio, com uma ampla participação dos indígenas em diversas instâncias desde o nível local até a nacional. Nesta conferência desenhou-se o “Subsistema Diferenciado de Saúde do Índio” fundamentado na “figura do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), baseado no sucesso da experiência do DSEI Yanomami”. Desta forma consolidando as diretrizes da política nacional de saúde para esses povos indicando sua organização na forma de DSEIs. Propunha-se a criação de um subsistema no âmbito do SUS, com vistas a propiciar um atendimento diferenciado a esta população (VERANI, 1999).

Entretanto, havia uma disputa por qual instituição deveria assumir essa responsabilidade em nível federal, de modo que, entre 1991 e 1994, a atenção à saúde dos povos indígenas foi dividida entre a FUNAI, e o Ministério da Saúde representado pela Fundação Nacional de Saúde (FNS) descritos a seguir como menciona Cardoso, et al. (2012, p. 15,18). Através do Decreto n. 23/1991, há a devolução de parte da responsabilidade para FUNAI e parte para FUNASA as ações de saúde dos povos indígenas. E em 1994 ocorreu a revogação do Decreto n. 23/1991, e através do Decreto n. 1.141/1994, restitui-se à FUNAI a coordenação da saúde indígena, ficando responsável pelos cuidados aos índios doentes na assistência, e a Fundação Nacional de Saúde, pelas ações preventivas, saneamento básico e formação de recursos humanos.

Em 1998 foi considerada inconstitucional pela Procuradoria Geral a participação do Ministério da Justiça através da FUNAI à coordenação da saúde indígena. Em 1999 o Decreto n. 3.156 ordena a prestação de “assistência à saúde dos povos indígenas” ao Ministério da Saúde. Esta disputa de gestão pela saúde indígena entre as instituições se encerra com a aprovação da Lei Arouca n. 9.836/1999. Para tanto, consolidação da proposta da criação do subsistema em nível de ministério da saúde, ocorreu em 1998 através do Projeto Vigilância Epidemiológica do Sistema Único de Saúde (VIGISUS) financiado pelo Banco Mundial, que aceitou financiar a implantação do subsistema de saúde do indígena no SUS (VERANI, 1999).

Assim, a partir da consolidação do subsistema de saúde indígena através da lei Arouca n. 9.836 de 1999, inserida no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). É que suas diretrizes passaram a obedecer à proposta da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, ficando a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) com a responsabilidade de “dispor condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde” assim como a organização dos serviços a serem prestada para esta população. Em seu artigo Nº 19 F é mencionado à especificidade e cultura de cada povo onde descreve Brasil (1999):

“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”.

Para a implantação dos 34 Distritos Sanitário Especial Indígena (DSEI) em todo território nacional, utilizou-se como determinante as terras indígenas demarcadas, assim como sua definição de localização e área de abrangência ocorreu de acordo com os critérios geográficos e socioculturais dos povos indígenas (GARNELO, 2012).

A organização dos DSEIs foi realizada independentemente das divisões Estaduais ou Municipais, variando expressamente de tamanho, e considerando as especificidades étnicas e históricas. Cada Distrito é responsável por gerenciar e executar as ações de atenção primária da saúde da população indígena e estabelecer relações com a rede de referência com os municípios, hospitais e outras instituições quando necessário para realização de atendimentos específicos de nível secundário e terciário (LANGDON e GARNELO, 2004).

Considerando as diversas formas de contato das populações indígenas com a sociedade envolvente e, em consequência, os diferentes estágios de organização política frente a esta mesma sociedade, Athias e Machado (2001), alertam que os processos de distritalização nas áreas indígenas poderiam ocorrer e se desenvolver de forma variada de uma região para outra.

2.3 Modelo de atenção da saúde indígena

A política de saúde indígena é resultado de uma conquista, cujo processo se iniciou na década de 80, pela ideia de garantir aos povos indígenas a atenção integral e diferenciada a sua saúde, reconhecendo a eficácia das medicinas indígenas e o direito dos povos indígenas às suas culturas. Dessa forma, se preconizou que os acessos aos serviços do SUS ocorressem de forma articulada aos sistemas tradicionais indígenas de saúde, com a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde (PONTES et al 2019).

A implantação da saúde indígena é caracterizada por ambiguidades e contradições. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), instituída pela portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002, determina a implantação de um modelo de “atenção diferenciada e complementar na organização de serviço voltada para proteção, promoção e recuperação da saúde, assegurando o exercício de cidadania dos povos indígenas” (BRASIL, 2002). Esta Política apresenta ainda como características, por exemplo, de garantir o acesso à atenção integral à saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, sob o viés da diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, favorecendo sempre a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde respeitando a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (BRASIL, 2002).

Porém, diversos autores observam que na sua execução, essa política incorpora as diretrizes do modelo da atenção básica urbana, que de acordo com Garnelo (2012), é um modelo de organização de serviço voltado para atendimento de modo aglomerado em locais fixos, o que não condiz com a realidade da população assistida que reside no interior dos municípios em diversas localidades formadas por comunidades e sítios.

Um dos critérios adotados para o cumprimento das diretrizes estabelecidas foi à organização dos serviços de atenção à saúde desses povos na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), totalizando 34 Distritos, distribuídos em todo território

nacional. Estes são compostos por unidades como: Postos de Saúde¹², Pólos-Base¹³ e as Casas de Apoio à Saúde do Índio (CASAI¹⁴) (BRASIL, 2012).

De acordo com a organização de atendimento do DSEI descrito por Garnelo (2012), os postos de saúde seriam as unidades mais simples de um DSEI, que deveriam estar localizados dentro da aldeia indígena, em que ocorreria ali naquele contexto a atuação do Agente Indígena de Saúde (AIS).

No ano de 2012 por exemplo, segundo Garnelo, de acordo com os dados do Sistema Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASE) as unidades de saúde registradas totalizavam 717 postos implantados, sendo que no mesmo cadastro demonstra um total de mais de 4 mil aldeias cadastradas, com isso podemos verificar que naquela época havia um número elevado de aldeias sem a devida assistência mais simples indicada por este modelo de atenção.

Os Pólos bases são unidades mais ampliadas que possuem uma responsabilidade de atender as aldeias que pertencem a sua área territorial de abrangência, as equipes, que deveriam envolver médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo e técnico de saúde bucal, que compõem esta unidade tem por finalidade prestar assistência básica à saúde da população, além de realizar capacitação e supervisão dos AIS que estão em sua abrangência (CARDOSO et al. 2012).

As Casas de Saúde do Índio é uma continuidade da assistência e integram a rede de referência implementado pelo subsistema, localizadas no município recebem os usuários que são encaminhados das aldeias ou polos bases para dar continuidade ao tratamento de saúde. Essa referência é específica da saúde indígena, tendo em vista que o SUS não adota este modelo. A atribuição desta unidade é dar suporte aos acompanhantes e doentes para realização de consultas, exames, tratamentos ou encaminhamento para outras unidades de referências (GARNELO, 2012).

12 Posto de saúde: Unidade de atendimento localizado na comunidade sob a responsabilidade do Agente indígena de Saúde (AIS) que deveria ocorrer o primeiro atendimento ao usuário.

13 Polo Base: estrutura implantada onde ocorre a sequência do atendimento, além de dar suporte as equipe para executarem as atividades e ponto de referência para os agentes indígena de saúde, localizado em uma comunidade de referência escolhido pelas lideranças indígenas pertencentes ao local.

14 CASAI: Casas de apoio localizado na cidade ou estado para dar continuidade às consultas, exames e tratamentos referenciados as especialidades.

Esse modelo de organização da atenção nos DSEIs que deveria possuir um serviço voltado a “um espaço etnocultural dinâmico” buscando a “eficiência e celeridade de acordo com a especificidade de cada povo” visando um atendimento diferenciado (BRASIL, 2009). Entretanto, Pontes, Rego e Garnelo (2014) observaram que a prática da atenção diferenciada não é realizada da forma como descrito na portaria, esses são suprimidos pelo modelo biomédico que é fortalecido pelos procedimentos burocráticos impostos pelo DSEI. Assim, desvalorizando as outras formas de cuidados realizados por esta população.

Um novo modelo de gestão da saúde indígena passa a ser vigorado, através do decreto nº 7.336 em out. de 2010, que cria a Secretaria Especial Indígena (SESAI), vinculada diretamente ao Ministério da Saúde, para coordenar a gestão dos 34 DSEIs. Atualmente as atribuições do Artigo 40 do decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, são as seguintes:

- I - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, observados os princípios e as diretrizes do SUS;
- II - coordenar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos povos indígenas, e a sua integração ao SUS;
- III - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações referentes ao saneamento e às edificações de saúde indígena;
- IV - orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena, em consonância com as políticas e os programas do SUS, às práticas de saúde e às medicinas tradicionais indígenas, e a sua integração com as instâncias assistenciais do SUS na região e nos Municípios que compõem cada Distrito Sanitário Especial Indígena;
- V - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações de atenção integral à saúde no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e sua integração com o SUS;
- VI - promover ações para o fortalecimento da participação social dos povos indígenas no SUS;
- VII - incentivar a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena;
- VIII - promover e apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde indígena; e
- IX - identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena

Além de garantir a participação efetiva do controle social em sua maioria por indígena em todas as instâncias (BRASIL, 2012). A criação da SESAI demonstra uma conquista na efetivação da luta dos povos indígenas que buscam um atendimento diferenciado. Entretanto, este avanço surge em período eleitoral, causando dúvidas na

continuidade de apoio para concretização das propostas previstas por esta secretaria (GARNELO, 2012).

2.3.1 Atuação no modelo de atenção diferenciada na saúde indígena

O movimento preliminar para criação do subsistema visando uma atenção diferenciada à população indígena ocorreu através da realização da 1ª. Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986, cujo em seu relatório final surgiram propostas para o poder público visando à organização do serviço de saúde para a população indígena, citada por Langdon e Garnelo (2004, p.37) destacam-se as recomendações assinaladas pelos participantes:

“A necessidade de estabelecer um subsistema específico articulado ao sistema nacional com a criação de uma agência vinculada ao Ministério da Saúde; Garantir a participação política de representantes indígena na formulação, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações e serviços de saúde; Assegurar o respeito e o reconhecimento das formas diferenciadas das nações indígenas no cuidado com a saúde; Contemplar um espaço para convênios com entidades de pesquisa e ensino na área de saúde; Estimular nas próprias comunidades envolvidas a formação de pessoal em diversos níveis”.

Para o sucesso dessa empreitada era importante traçar algumas estratégias que permitiriam a implantação e “manutenção complementar das práticas tradicionais de cura”, o “treinamento dos profissionais não indígenas com base nos conhecimentos etnológicos” e o “estabelecimento de forma diferenciada na articulação com as diferentes instância do SUS” (CONFALONIERI, 1989, p.445).

Para atuar no contexto indígena, se requer diversas habilidades de um profissional de saúde, além do aprendizado técnico e biomédico é necessário ter sensibilidade e disposição em aprender algo novo, mesmo quando se é indígena. Para sua atuação é importante a transformação das práticas cotidianas dos profissionais de saúde de acordo com o contexto local, para se garantir o acesso, a qualidade e a resolutividade no atendimento de saúde desta população (L'ABBATE, 2003).

Para a atuação diferenciada nas comunidades indígenas foram formuladas as diretrizes da PNASPI (2002), que determinam a composição e atuação dos profissionais deste subsistema, as equipes de saúde são compostas por vários profissionais como:

“médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de odontologia, técnicos de enfermagem e agentes indígenas de saúde” que formam a Equipe Multidisciplinar da Saúde Indígena (EMSI) além de outros que atuam na sede (BRASIL, 2002). A atuação desta equipe ocorre nos Polos Bases e nas comunidades indígenas, devendo realizar a “atenção básica à saúde da população sob sua responsabilidade, atuando de modo articulado ao trabalho do agente indígena de saúde” realizando visitas periódicas de atendimento aos usuários (GARNELO, 2012, p.30).

A execução das atividades desses profissionais nas aldeias é determinada através de um “planejamento detalhado das atividades” visando contemplar o número de população, a dispersão das comunidades, o acesso às comunidades, o perfil epidemiológico, as diretrizes para controle das principais endemias e a supervisão dos AIS (BRASIL, 2002). O que não condiz com as reivindicações das lideranças indígenas na implantação do atendimento diferenciado para esta população.

Apesar de anos da implantação do subsistema, o estado ainda apresenta dificuldades e não consegue desenvolver políticas de saúde específicas para esta população (GARNELO, 2012). A estruturação dessa política deve ser construída de acordo com as especificidades de cada povo, devendo compreender o cotidiano em nível local, após conhecimento acumulado da história desse povo e associando com a realidade determinada em cada momento. Para tal é necessário capacitação dos recursos humanos, monitoramento e avaliação permanente, além de recursos apropriados e suporte técnico apropriado (CHAVES et al. 2006). Entretanto, Garnelo (2012) aponta que o trabalho desses profissionais está mais direcionado o alcance das metas propostas pelos diversos programas de saúde, que na sua maioria não condizem com a realidade local da população assistida.

A política de atenção aos povos indígenas visa garantir a esta população a atenção integral e diferenciada a sua saúde, reconhecendo a eficácia das medicinas indígenas, seus direitos e suas culturas, e dessa forma, recomenda aos serviços do SUS atuarem de forma articulada aos sistemas tradicionais indígenas (BRASIL, 2009). Pontes, Rego e Garnelo (2014) mostram que a formulação do modelo de atenção se limita aos conhecimentos biomédicos, desconhecendo a experiência de diferentes formas de atenção e cuidado que existem nos territórios indígenas.

Por isso, ressaltamos que para uma atuação diferenciada é necessário a capacitação dos recursos humanos. Essa é uma das diretrizes da PNASPI que indica a “preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural”, indicando como prioridade fundamental a “adequação das ações dos profissionais” de acordo com a especificidade da atenção à saúde dos povos indígenas, através de cursos de atualizações para todos os profissionais que atuam na saúde indígena (BRASIL, 2002). Ferreira, (2010, p. 242) observa que a PNASPI não caracteriza o conceito desse termo, modifica para “um adjetivo” e de forma irregular associa à saúde indígena, sem reconhecer a discrepância que é associar esse termo às áreas peculiares como na saúde indígena. Essa associação confusa propicia às diversas assimilações sobre o tema, que por muitas vezes se correlaciona com a categorização e a cultura destes povos.

Langdon, (2004) quando se refere à atenção diferenciada, se reporta às contribuições de Menéndez, (2003) sugerindo que essa significa a produção de um cuidado que se articula com as formas da autoatenção. Essa autora ressalta que a interação e complementaridade entre formas de atenção, biomédica e medicinas tradicionais, ocorrem a partir dos usuários e não gera contradições. A autora observa que a grande diversidade sociocultural dos usuários indígenas e o despreparo dos serviços de saúde em lidar com essas diferenças é um desafio para o atendimento diferenciado. Mostra que para ocorrer o atendimento diferenciado, o modelo de assistência das ações de saúde deve ser adaptado às peculiaridades socioculturais, epidemiológicas e demográficas das diversas etnias indígenas.

Esse despreparo dos profissionais de saúde advém também do fato que as instituições de ensino na área de saúde, em sua maioria, oferecem uma formação voltada para uma visão biologicista, com incorporação das tecnologias duras e curativista, com pouca ênfase nas dimensões da promoção da saúde e da prevenção. Assim, perpetuando “modelos tradicionais de conteúdos e carga horárias de acordo com a importância da especialidade” (HADDAD et al, 2010).

Para transformar esse perfil de modelo de atuação profissional, surgem as propostas de Educação Permanente em Saúde, que tem o objetivo de promover a educação voltada aos contextos e necessidades dos territórios locais e do cotidiano dos serviços de saúde. As propostas de educação permanente têm o intuito de despertar no profissional um olhar de mudanças em suas atuações buscando agregar novos

conhecimentos através da integralidade, e assim implementar com êxito suas atuações na melhoria da promoção de saúde da população assistida (CECCIM, 2005).

2.4 Formação dos profissionais para atuação na saúde indígena

A implantação da saúde indígena ocorreu após diversas reivindicações das lideranças indígenas e de instituições e pessoas que defendiam a causa indígena. Esse fortalecimento teve evidência na década de oitenta durante a 8ª. Conferência Nacional de Saúde, quando se requereu uma conferência temática, que foi realizada em novembro de 1986, a 1ª. Conferência de Proteção à Saúde do Índio (1ª. CNPSI). A nova política de saúde indígena se consolidou com a lei. 9836/99 e as diretrizes para a organização da atenção pela Política Nacional de Atenção à Saúde da População Indígena (PNASPI 2002), (PONTES et al., 2019).

No entanto, Mendes et al., (2018) relatam que de acordo com os dados disponíveis demonstram o distanciamento do que a PNASPI previa e a forma como se efetiva no dia a dia da população indígena. Pouco se avançou desde a implantação, ainda possuem importantes empecilhos a serem solucionados para efetivação do programa, dentre estes, temos as dificuldades com a formação de profissionais para o desempenho em ambientes diversificados e a constante troca de profissionais são um dos pontos difíceis de serem resolvidos.

Nos últimos anos, as instituições de ensino estão introduzindo disciplinas voltadas para saúde indígena com participação dos alunos em estágios rurais ou programas extracurriculares de saúde indígena (VENDRUSCOLO et al., 2014). Apesar dos avanços e reformulações dos currículos da área da saúde, hegemonicamente, temos um ensino voltado para biomedicina (CUERVO, RADKE e RIEGEL, 2016). Dessa forma, ainda é necessário que as instituições de saúde incorporem temas como antropologia da saúde e saúde indígena com vistas a que seus profissionais sejam mais sensíveis e preparados para atuar em contextos de diversidade sociocultural.

Quando se trata da formação acadêmica, particularmente na graduação, alguns autores como Cuervo, Radke e Riegel (2016), sinalizam que as instituições de ensino ainda estão distantes de uma formação voltada para uma percepção e apropriação dos alunos dos diversos elementos que compõem uma cultura indígena. Os autores

demonstram que este problema é refletido na atuação através dos profissionais que apresentam dificuldade em compreender e aceitar novas práticas no atendimento às especificidades que não sejam aquelas do ensino tradicional voltada para o modelo biomédico. Com isso observam a importância de proporcionar novos lugares para o aprendizado dos alunos, buscando entender as dificuldades e diversidades destas populações através do projeto de Programa de Educação Tutorial (PET) -Redes de atenção à saúde indígena.

Por outro lado as dificuldades observadas para execução do programa PET-Saúde indígena na Universidade de Brasília (UnB), Hoefel et al. (2014), relatam que não foi fácil enfrentar a burocracia e os detentores de conhecimento para autorização deste projeto, esta situação por muitas das vezes impossibilita a execução de atividade ou projetos quando relacionada a população indígena. Porém destacam a importância da realização deste tipo de atividade com a população, onde os alunos têm a oportunidade de observar a diversidade, peculiaridade, além de ampliar os conhecimentos, com isso, oferecendo um serviço de qualidade colocando em prática o direito à assistência à saúde. E ainda aproximar os alunos e professores da realidade do serviço e da população.

A aproximação de experiências curriculares das universidades junto à população indígena é caracterizada pela dificuldade de realizar pesquisa e atividade de ensino com esta população em decorrência dos aspectos éticos, legais e burocráticos, comprometendo as estratégias pedagógicas (OLIVEIRA e BRANCO, 2016).

Identificamos que são poucas as instituições de ensino que incorporam algum tipo de projetos de extensão com o intuito de viabilizar um melhor entendimento e troca de experiência entre discentes, usuários e profissionais de saúde no contexto indígena. Consideramos que essas experiências seriam fundamentais para a construção de um olhar diferenciado buscando aproximação desses mundos tão distintos, e rompendo o paradigma hegemônico da formação biomédica (VENDRUSCOLO et al. 2014).

A experiência no desenvolvimento de competências na atenção básica à saúde, é relatada por Junior et al. (2011), que descrevem o êxito alcançado proporcionando aos discentes o entendimento da atuação da equipe multiprofissional no sentido da interculturalidade entendendo os sistemas de cura e representações que norteiam esta

população. Contribuindo assim, para formação de profissionais conscientes e comprometidos com as diferenças culturais existentes na saúde.

Para os estudantes indígenas, a formação universitária traz um conflito. Vania, Freeira e Luchese (2011) constataram que durante a formação acadêmica os conhecimentos adquiridos causam divergências entre saberes tradicionais e biomédicos, podendo levar à desvalorização da cultura indígena no que se refere aos modos de cuidar tradicionais. Isso decorre do fato que a formação acadêmica de nível superior em saúde é pautada na valorização do conhecimento técnico e no modelo biomédico.

Quando se menciona que para um atendimento diferenciado é necessário a inclusão do “princípio da interculturalidade” os autores Hoefel et al. (2015), ressaltam que trabalhar esse tema nas práticas de formação e atenção, é complexo, pois, é preciso uma mudança na formação dentro da universidade como também da sociedade. Faz-se necessário quebrar o paradigma dos conceitos implantados nestas instituições de um olhar voltado para a doença introduzido ao longo dos anos. E recomendam o aperfeiçoamento dos professores para que possam incorporar estratégias pedagógicas voltadas para o contexto indígena.

A construção de formação técnica no contexto intercultural é descrita por Garnelo et al. (2009) como complexa, tanto para os docentes como para os alunos na incorporação dos saberes científicos aos tradicionais. A partir da experiência de profissionalização de Agentes Indígenas de Saúde no Alto Rio Negro, ressaltam que para o sucesso dessa construção foi fundamental o empenho da comunidade, dos alunos indígenas e dos sábios mais velhos que dividiram seu conhecimento com os professores não indígenas do curso no aperfeiçoando do ensino e aprendizagem, contribuindo para uma formação diferenciada e qualificada no contexto indígena.

Se faz importante o “planejamento” e “implementação das políticas de formação” para a área da saúde proporcionando uma aproximação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, buscando uma efetivação das “Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação”, com o intuito de transformar a percepção dos futuros profissionais quanto ao ponto de vista viabilizando um atendimento integral e diferenciado a toda população, essas estratégias é citada por Haddad et al. (2010, p.7)

Encontramos poucos trabalhos que abordam a educação permanente de profissionais da EMSI, principalmente quanto ao fortalecimento de sua qualificação para a atuação no contexto diferenciado dos povos indígenas. Consideramos esse tema fundamental para qualificação da saúde indígena e efetivação da atenção diferenciada. O reflexo de pouca publicação se assemelha ao desenvolvimento desta política na saúde indígena, apresentando dificuldades para incorporar o verdadeiro objetivo proposto por essa política.

A educação permanente é uma ferramenta importante para mudança do modelo de atenção e para transformar a forma de cuidar e ensinar no âmbito do SUS. Entretanto, para ser bem sucedida é necessário trabalhar com foco no coletivo, buscando a produção de novos compromissos em favor das necessidades sociais em saúde, da integralidade, centrada nos usuários e sensível às perspectivas do controle social. Possui uma potencialidade de adequar as ações de saúde às realidades locais, articulando a formação dos profissionais a partir do seu cotidiano de trabalho, a partir de construções coletivas das respostas aos desafios encontrados (SCHWEICKARDT, 2015).

Ribeiro et al (2017) apontam as dificuldades de aproximação dos profissionais e saúde não indígena com a cultura indígena e mencionam a educação permanente como uma ferramenta mediadora dessa aproximação com os conhecimentos tradicionais. Esta ferramenta é apontada por Pereira et al (2014), demonstra a importância dessa aproximação através das atividades de extensão aos profissionais que realizam atendimentos de média e alta complexidade essa atividade deverá impulsionar os profissionais a uma reflexão para o acolhimento diferenciado de acordo com as especificidades dos pacientes atendidos, buscando estabelecer uma harmonização na aproximação aos pacientes indígenas criando um vínculo com os profissionais.

A educação permanente é um importante instrumento para o auxílio de um diálogo intercultural entre a equipe e população usuária, mas para tal é necessário o desenvolvimento de metodologias pedagógicas adequadas e o diálogo com outros campos de conhecimento, como a antropologia e etnologia. Sugere-se visar uma formação humanizada voltada para diversidade cultural, viabilizando um diálogo intercultural (DIEHL e PEREGRINI, 2014).

Além disso, é fundamental conhecimento sobre os direitos específicos dos povos indígenas, como os direitos territoriais, de autodeterminação e a obrigação de consulta de todas as medidas que lhes afetem. Langdon (2005) destaca algumas dimensões de contribuição da antropologia para os profissionais de saúde e para seu preparo para atuar num contexto intercultural:

- a) Discutir a doença como experiência, entendendo que diferentes grupos sociais constroem diferentes categorias e respostas aos problemas de saúde, e que portanto, “ os processos biológicos da doença nem sempre seguem um caminho universal” (LANGDON, 2005: 129). Dessa forma, é fundamental relativizar o conhecimento e prática biomédica;
- b) Na prática clínica, os profissionais de saúde precisam aprender a escutar a experiência dos indígenas, e para isso o método antropológico pode ser um recurso para valorização das narrativas indígenas;
- c) Por fim, precisam dimensionar que as relações em saúde estão perpassadas por relações de poder assimétricas, bastante evidente nas relações entre médico e pacientes no geral, mas que se acirram quando os usuários são minorias, como os indígenas.

Dessa forma, os profissionais de saúde devem estar atentos ao etnocentrismo presente na sociedade não indígena e na educação formal, que também incorpora perspectivas racistas quanto aos povos indígenas.

Para a troca de saberes na equipe multiprofissional consideramos fundamental a valorização e participação dos AIS. A diversidade sociocultural é um grande desafio na realização da educação em saúde, mas que tem um importante aliado nesse processo, que são os AIS.

Capítulo 3. A CULTURA E CONSTRUÇÃO DA NOÇÃO DE INTERCULTURALIDADE

Para compreender o modo de viver de uma sociedade é necessário entendermos como ocorrem as construções do conceito de cultura, inclusive para entender e perceber como as diferenças culturais são percebidas em uma determinada sociedade.

Definir o conceito de cultura continua sendo um tema central das discussões no campo da antropologia. Em seu livro Laraia, (2001) nos proporciona um aprendizado sobre as circunstâncias de como ocorrem às transformações de uma sociedade, formando outro pensamento, mostrando a dinâmica da diversidade cultural da espécie humana.

O autor ressalta que foram vários os argumentos usados para explicar as diferenças de comportamento entre sociedades e grupos sociais. Um primeiro conjunto de argumentos que o autor refuta são aqueles de ordem “somatológicas ou mesológicas, assim como o determinismo geográfico como o determinismo biológico” (LARAIA, 2001, p. 10,11).

O autor resume esses determinismos em:

“As diferenças existentes entre os homens, não podem ser explicadas em termos das limitações que lhe são impostas pelo seu aparato biológico ou pelo seu ambiente. A grande qualidade da espécie humana foi a romper com suas próprias limitações: um animal frágil, provido de insignificante força física, dominou toda a natureza e se transformou no mais temível dos predadores. Se diferenciando dos outros animais por ser o único que possui cultura” (LARAIA, 2001; p.14).

Nesse contexto, Laraia (2001) discorda dos argumentos sobre os determinismos geográficos e biológicos, defendidos por alguns estudiosos sobre o tema. Na percepção desse autor a cultura é dinâmica, pois o ser humano tem a capacidade de questionar os seus hábitos e modificá-los (LARAIA, 2001, p. 50). Portanto, todas as culturas vivem dinamicamente, pelo fato de o homem conviver em sociedade, todos são seres culturais e capazes de aprender as diversas culturas, independentemente de sua raça ou origem. Botelho (2001), citada por Canedo (2009), afirma que há uma diversidade interpretativa e usos do termo cultura, em sua pesquisa, Canedo (2009) utiliza como referência três concepções fundamentais de entendimento da cultura, como: modos de vida que

caracterizam uma coletividade; obras e práticas da arte, da atividade intelectual e do entretenimento; e o fator de desenvolvimento social.

Chauí (2008) ressalta que há necessidade de ampliação do conceito de cultura, pois todos os indivíduos e grupos são seres e sujeitos culturais. A autora então atribui a este conceito a noção de invenção coletiva de símbolos, valores, ideias e comportamentos.

Moraes (2018, p.06), ao apresentar as concepções sobre o termo cultura, diz que este é o contexto que damos ao mundo, ou seja, reafirma a metáfora que ficou famosa por Ruth Benedict (1887-1947) e Margaret Mead (1901-1978) *de que a cultura é a lente dos olhos que olhamos o mundo*. Moraes (2018, p.06) concorda com os antropólogos contemporâneos, de que a cultura concomitantemente limita a nossa visão e nos possibilita visualizar e interpretar o mundo circundante. Para este autor, Geertz, Benedict e Mead são precisos quando concordam que a cultura determina e condiciona a nossa percepção de mundo. Desta forma, a cultura vai assumindo significados específicos de acordo com os indivíduos, as “relações sociais e a situação histórica em que se estabelecem” (FLEURI, 2003).

Gostaríamos de destacar algumas dimensões relacionadas com a diversidade étnica que compõem o Brasil. Fleuri (2003) nos aponta que para entender a diversidade sociocultural no país, é necessário compreender e entender os que instrumentos que contribuem para a formação da identidade social, são dinâmicos, inconstantes e não se baseiam em uma única característica.

Um conceito importante nessa pesquisa é a de interculturalidade, sendo que ressaltamos que possui diversas conceitualizações a partir de diferentes áreas do conhecimento, dependendo do campo em que será utilizado. Entende-se que a interculturalidade se compõem, quando há culturas em estado de interação horizontal e sinérgico, onde ocorre a interação igualitária, sem que qualquer uma das culturas se sobressaia sobre a outra, buscando uma integração, e respeito na convivência dos atores sociais envolvidos (OLIVEIRA e CANDAU, 2010).

Neste trabalho, abordaremos este termo no sentido de buscarmos a compreensão do significado aplicado na área da saúde. Podemos observar a definição de Oliveira e Candau, (2010) que apontam que a interculturalidade agrega diversas formas de refletir e ponderar, sendo que a perspectiva adotada pelas autoras procura se diferenciar do

pensamento colonial, buscando um mundo mais igualitário. Segundo estas autoras, a interculturalidade tem:

“um significado intimamente ligado a um projeto social, cultural, educacional, político, ético e epistêmico em direção à descolonização e à transformação”. “É um conceito carregado de sentidos pelos movimentos sociais indígenas latino-americanos” (OLIVEIRA e CANDAU, 2010, p.27).

Nos mais diversos contextos sociais, o termo interculturalidade tem extrapolado para vários sentidos e conotações, contudo, aqui nos atemos a perspectiva de Fleuri (2005), com intuito de indicar um conglomerado de proposições de coexistência democrática entre culturas distintas, buscando a integração entre elas sem anular sua diversidade, ao contrário, “potencializando a criatividade e vitalidade como resultada das relações sociais e seus respectivos contextos” (FLEURI, 2005).

Por fim entendemos que “cada sistema cultural está sempre em processo de mudança. É necessário entender essa dinâmica para minimizar o choque entre os indivíduos e evitar comportamentos preconceituosos”. Assim como é imprescindível para a humanidade ter “compreensão da diferença entre povos de culturas diferentes, é importante entender as diferenças que ocorrem dentro do mesmo sistema, este é o único sistema que prepara o homem para enfrentar serenamente o mundo novo que está por vim” (LARAIA, 2001 p. 52).

3.1 A perspectiva antropológica na saúde

Diante da diversidade étnica do Alto Rio Negro também devemos analisar sob a perspectiva antropológica o entendimento dos sistemas de cuidados de saúde desta população. Laraia (2001) descreve que para entender a lógica de um sistema cultural de uma sociedade é necessário compreender as categorias que constituem os mesmos (LARAIA, 2001). O autor define por categorias:

“princípios de juízos e raciocínios constantemente presentes na linguagem, sem que estejam necessariamente explícitas, elas existem ordinariamente, sobretudo sob a forma de hábitos diretrizes da consciência, elas próprias inconscientes.” (LARAIA, 2001 p. 48).

Quando entendemos que a cultura é um elemento completo que define a visão de mundo de uma determinada sociedade, norteador assim seus entendimentos e da tomada

de decisões, podemos também considerar que o processo saúde-doença-atenção também está inserido nesta dimensão (LANGDON e WIIK 2010).

A antropologia também é uma ferramenta de análise que busca entender como ocorre a doença. Nesta perspectiva a doença é uma experiência na qual os sujeitos e grupos sociais geram narrativas que buscam explicar soluções para o sofrimento, e ainda proporcionam aos indivíduos o gerenciamento das decisões. Essas narrativas estão relacionadas ao modo de como percebem o corpo e como entendem o mundo dentro numa visão cosmológica em uma relação social (LANGDON, 2014).

Ao longo dos anos os antropólogos que analisam o tema relacionado à saúde, procuram entender como agem alguns grupos sociais na busca do cuidado com a saúde e identificar outras situações que interferem no adoecer e na cura. Esse propósito visa produzir conhecimentos para auxiliarem nas formulações de políticas públicas e nos serviços de saúde. Langdon (2015) menciona que para abrangerem outros conhecimentos não pertencentes aos saberes médicos oficiais, a antropologia sugere um olhar alternativo ao da biomedicina sobre os contextos de saúde/doença praticados pela população (LANGDON, 2015).

Os saberes locais sobre o processo saúde/doença conduzem as interpretações e as práticas dos grupos, produzindo as explicações e as atuações que deverão ser adotadas pelos indivíduos para a solução de seus problemas. Ainda assim, esses saberes e práticas não são reconhecidas pela ciência médica, ainda mais porque possuem características distintas, como a ênfase na oralidade. A autora defende que os saberes locais são alternativas que precisam ser respeitadas como parte dos pluralismos de saberes, pela sua importância como alternativa para o tratamento e cuidado com a saúde praticada pelos grupos sociais (LANGDON, 2015).

Langdon, (2015) identifica três eixos que se relacionam ao processo saúde/doença. O primeiro trata das formas como a relação entre a biomedicina e as práticas de saúde locais são estabelecidas, principalmente considerando que as políticas de saúde ou as ações do Estado são ofertadas. O segundo destaca as “práticas terapêuticas e os especialistas em saúde local” e o surgimento de outras maneiras de cuidar da saúde. O terceiro eixo compreender do esforço para formulação de conceitos adequados para descrever os processos envolvidos nas práticas de saúde realizadas pelos indivíduos e seus familiares dentro de contextos específicos, observando a interação dessas práticas como mundo “cosmológico” e situações reais (LANGDON, 2015, p. 65).

Menéndez (2003) ressalta que todos os grupos ou conjuntos sociais desenvolvem suas próprias formas de cuidar da saúde (desde a prevenção até o tratamento). Da perspectiva antropológica de Menéndez (2003), existe um pluralismo médico nas sociedades latino-americanas que envolve uma diversidade de “formas de atenção”, e não somente do modelo biomédico, que são acionados pelos indivíduos e grupos sociais para a prevenção, tratamento, controle, alívio ou cura.

“[pluralismo médico] término que refiere a que en nuestras sociedades la mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud” (MENÉNDEZ, 2003:186).

Assim, no conjunto da sociedade existem diferentes formas de realizar o diagnóstico, detectar os problemas de saúde, buscar o tratamento e determinar a cura.

“en las sociedades latinoamericanas actuales existen muy diferentes formas de atención a la enfermedad que suelen utilizar diversas técnicas diagnósticas, diferentes indicadores para la detección del problema, así como variadas formas de tratamiento e inclusive diferentes criterios de curación” (MENÉNDEZ, 2003: 186).

Com isso, entendemos que o cuidado com a saúde está relacionado com as particularidades culturais. Langdon e Wiik, (2010) nos propõem que o sistema de atenção de saúde de um determinado grupo social está relacionado às características gerais da cultura assim como o sistema social está associado à organização deste mesmo grupo. Assim, a forma como este grupo reflete e se organiza para promover a saúde e responder a episódios da doença está correlacionada à visão de mundo desta sociedade. Somente após o entendimento deste contexto é que compreendemos as práticas de saúde realizadas por estes povos e como se relacionam com os serviços de saúde.

As diferentes formas de atenção são resultantes dos contextos religiosos, étnicos, econômicos, políticos e científicos. Entretanto, em geral às análises das diferentes formas de atenção focam em suas diferentes concepções e ideologias, levando a percepção que se antagonizam; mas quando se analisa a partir das práticas e usos pela população, observa-se articulações e complementações entre as formas de atenção (MENÉNDEZ, 2003).

Retomamos um alerta de Laraia (2001) que diz os sujeitos têm a tendência de aplicar a outras culturas sua própria lógica, mas que isso não passa de um ato de etnocentrismo, transferindo a lógica de um sistema para outro: “Infelizmente, a tendência mais comum é de considerar lógico apenas o próprio sistema e atribuir aos demais um alto grau de irracionalismo” (LARAIA, 2001: 87 p.). Roque Laraia (2001) defende que, quando não há respeito pelas culturas alheias, ou seja, não há aceitação das diferenças culturais, essa atitude é caracterizada como etnocêntrica por Laraia (2001).

Esse alerta é importante na atuação dos profissionais de saúde, que recebem uma formação eminentemente biomédica sobre os processos saúde-doença, mas precisam compreender quais são as perspectivas e lógicas acionadas pelos próprios indivíduos para solucionar seu problema de saúde.

Menéndez (2003) enfatiza que em geral a população utiliza várias formas de atenção para os diversos problemas de saúde e para um mesmo problema. De acordo com este autor, as formas de atenção podem ser classificadas como:

“biomédico, representado pelas instituições públicas e privadas de saúde; “popular” e “tradicional”, expressas por meio, também, de curadores especializados, tais como massagistas, feiticeiros, parteiras, espiritualistas, xamãs, santos e outras figuras religiosas do cristianismo e de outras religiões; alternativas, paralelas ou “new age”, representadas por curadores, bioenergéticos, novas religiões curativas de tipo comunitário; derivadas de outras tradições médicas acadêmicas, tais como acupuntura, medicina chinesa entre outras; e saberes e formas de autoatenção de dois tipos, a saber: as que estão focadas nos grupos primários “naturais”, em especial no grupo doméstico, e as organizadas em grupos de autoajuda, tais como alcoólicos anônimos, neuróticos anônimos, clubes de diabéticos, entre outros (MENÉNDEZ, 2009, p. 24).

O autor destaca que as diferentes formas de atenção funcionam de maneira complementar, inclusive junto à biomedicina, e isto, depende do contexto sociocultural em que os sujeitos sociais estão envolvidos. Nesses contextos socioculturais, pode-se haver várias realidades, étnicas, econômicas, políticas, técnicas e científicas e religiosas que resultam no desenvolvimento de formas e saberes diferenciados que, por vez, na percepção de Menéndez (2009) não são tidos como métodos antagônicos, principalmente entre a biomedicina e a maioria dos outros saberes, particularmente quando observados

desde o ponto de vista dos usuários. Langdon, (2014) sugere se evidenciar e avaliar as características, as interações, negociações, e as divergências que ocorrem no processo social na busca deste cuidado.

Com o intuito de compreender essa busca e a diversidades de formas de atenção, um outro importante conceito acionado por diversos autores é o itinerário terapêutico (GERHARDT apud PONTES et al.2012). Menéndez, (2003) enfatiza que o itinerário terapêutico, o qual busca compreender como ocorrem as articulações entre as diferentes formas de atenção para solucionar o problema de saúde dos indivíduos, no qual parecem se combinar entre práticas terapêuticas e noções sobre saúde/doença.

Pontes et al. (2012) destaca que o itinerário terapêutico possibilita averiguar a própria experiência do indivíduo no percurso para Sistema Único de Saúde, visualizando as dificuldades e obstáculos enfrentados por ele para o acesso a este sistema.

E para a conceitualização das práticas de autoatenção, Langdon, (2014) utiliza a definição de Menéndez que as define como:

“As representações e as práticas que a população utiliza no nível do sujeito e do grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguentar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção direta, central e intencional de curadores profissionais” (MENÉNDEZ apud LANGDON, 2014, p. 1026).

As práticas de autoatenção segundo Menéndez (2003) possuem dois níveis. O primeiro é definido como abrangente a todas as formas de autoatenção com o intuito de garantir “a reprodução biossocial” do indivíduo e todo grupo familiar. Desta forma, envolve todos os cuidados incluindo os meios corporais, ambientais, alimentação, higiene, cuidados pessoais e coletivos, organização social e dentre outros. O segundo nível é mais restrito e está relacionado aos processos de detecção e enfrentamento das doenças, práticas de cura e cuidados (MENÉNDEZ apud LANGDON, 2014, p. 1026).

Neste sentido é necessário o profissional de saúde compreender quais são a busca que os indivíduos realizam para solucionar seu problema de saúde. Os conflitos e disputas emergem, em geral, desde o ponto de vista dos especialistas das diferentes formas de atenção, visto que existe um processo de hegemonia e subalternização. Nesse sentido, há que se destacar que a biomedicina é a forma de atenção que mais cresce e que é a legitimada no sistema oficial de saúde (MENÉNDEZ, 2003). O modelo biomédico está

centrado na dimensão biológica, gerando a medicalização dos diversos âmbitos da vida social.

Menéndez, (2003) refere que apesar de existirem diferentes formas de atenção utilizadas pela população, nos serviços de saúde somente é ofertado e reconhecido o modelo biomédico, sendo que profissionais de saúde e gestores não reconhecem essa diversidade.

Por fim entendemos que “cada sistema cultural está sempre em processo de mudança. É necessário entender essa dinâmica para minimizar o choque entre os indivíduos e evitar comportamentos preconceituosos” (LARAIA, 2001 p. 52). Assim como é imprescindível para a humanidade ter “compreensão da diferença entre povos de culturas diferentes, é importante entender as diferenças que ocorrem dentro do mesmo sistema, este é o único sistema que prepara o homem para enfrentar serenamente o mundo novo que está por vim” (LARAIA, 2001 p. 52).

O contexto sociocultural é relevante para compreender tanto a definição da doença em si quanto à escolha das práticas de cura empregadas..

3.2 O conceito de atenção diferenciada na saúde indígena

No que se refere ao tema da atenção diferenciada executada no contexto da saúde indígena, as publicações mencionam a dificuldade de incorporação desse modelo de atendimento, ocasionado pela falta de compreensão e o despreparo dos profissionais. As autoras (PONTES et al, 2015; LANGDON e DIEHL, 2007) referem que as ações e práticas das equipes estão voltadas na produção burocrática e cuidado biomédico, além de não reconhecerem os cuidados tradicionais como prática de saúde, o que vem evidenciar a não existência da atenção diferenciada à esta população. Consideramos que, apesar de ser uma das diretrizes da política da saúde indígena, a gestão não prioriza a qualificação dos profissionais de saúde para sua reflexão e implementação desse modelo.

Langdon e Diehl (2007) apontam que a atenção diferenciada não é observada em nenhuma atividade que envolve a participação da comunidade, controle social e formação da equipe multidisciplinar.

No contexto do Alto rio Negro, também se observa os desafios na implementação dessa diretriz. Pontes et al (2015) observam que nos registros de produção do subsistema não se mencionam as práticas tradicionais, assim como as categorias de doenças e os

cuidados próprios realizados por esta população indígena. As dimensões das especificidades socioculturais em saúde são suprimidas pelo modelo biomédico, que é fortalecido pelos procedimentos burocráticos impostos pelo DSEI. Com isso, se observa a desvalorização das outras formas de cuidado da população indígena e o trabalho realizado pelo AIS, que incorpora os dois tipos de modelo de atenção, biomédico e tradicional (PONTES, REGO e GARNELO, 2014).

Silveira (2014), em sua pesquisa com os Yanomami na região do Padauri localizado no Município de Santa Isabel do Rio Negro, também constatou que a assistência à saúde indígena é pautada no modelo biomédico, e evidenciando a inexistência de um atendimento diferenciado pelos profissionais. Dessa forma, a autora recomendou que os profissionais que atuam nesse contexto devam aprender a interagir com a população indígena e evitar posições etnocêntricas.

A falta de esclarecimento na conceituação e implementação da atenção diferenciada é outro aspecto importante no debate. Diehl, Langdon, Dias Scopel (2014, p. 9) ressaltam que as perspectivas de “integração” e “incorporação” das práticas tradicionais, as fragilizam, pois submetem a comprovação de sua eficiência a partir do conhecimento biomédico. As autoras também observaram que o modo de trabalho na saúde indígena é pautado na burocracia, pelo domínio do saber médico em uma hierarquia de profissões seguindo um padrão voltado para produção. E, que, apesar do AIS residir e atuar nas comunidades por serem considerados hierarquicamente inferiores nas equipes, não conseguem influenciar no modelo adotado e na diferenciação da atenção (DIEHL, LANGDON, DIAS SCOPEL, 2014).

Dessa forma, é necessário o aprofundamento com relação à atenção diferenciada na formação e discussões com o envolvimento de todos os atores que atuam na saúde indígena. É notório a falta de consenso entre os gestores sobre o entendimento da atenção diferenciada (LANGDON et al, 2006).

Guimarães (2015) aponta que os profissionais da saúde indígena desconhecem as práticas tradicionais e os modos de cuidar da saúde da população indígena. E no âmbito do trabalho das equipes, os profissionais indígenas são demandados a priorizar o modelo biomédico, o que vem prejudicar a contratação desse profissional indígena quando não adere este modelo (GUIMARÃES, 2015).

É necessária uma reflexão sobre a participação dos antropólogos na construção da atenção diferenciada voltada para população assistida. Percebe-se que a falta de clareza e desconhecimento dos profissionais sobre atenção diferenciada, dificulta a articulação e a colaboração com os antropólogos para efetivação deste modelo (LANGDON, 2004). Buchillet (2004) destaca que os gestores da saúde indígena precisam priorizar a efetivação da atenção diferenciada na saúde indígena.

Para garantir a efetivação da atenção diferenciada também se deve assegurar a participação política da população indígena em todo processo que envolve a atenção à saúde desta população. Porém, esse processo se depara com a institucionalização centrada na burocratização e o despreparo do trabalho na interculturalidade que dificultam a efetivação da participação dos usuários e equipe multidisciplinar nos conselhos (LANGDON e DIEHL, 2007).

É um risco que o distrito corre em planejar ações de saúde baseado somente nos dados epidemiológicos, demográficos e ambientais sem a participação do antropólogo com o conhecimento cultural e na organização de serviço visando à terapêutica e prevenção voltada para esta população, uma observação realizada por (LANGDON e GARNELO, 2004).

3.3 O bilinguismo e a interculturalidade na saúde.

O Bilinguismo se caracteriza diante da situação em que uma ou mais pessoas falam uma língua diferente, seja como um idioma materno adicional ou como uma segunda língua na percepção de Grosjean (1999). Sobre a classificação do bilinguismo indígena, Maher (2007) enfatiza que os indígenas não têm alternativa, a não ser, se comunicar em português para poder se relacionar com as demais das sociedades circundantes. Maher (2007) chama essa situação de bilinguismo compulsório, que ocorre devido à necessidade dos indígenas em buscar manter contato, para que consiga viver e resolver questões e aspectos relacionados à sua trajetória de vida.

A análise do bilinguismo como conceito para Barreto (2009) deve ser feita considerando que os indivíduos bilíngues utilizam duas línguas para se comunicar em determinado espaço social. O autor ressalta ainda, que o bilinguismo é um fenômeno relativo, pois, para ser analisado, há necessidade de se reconhecer as duas dimensões de bilingualidade, identificadas pelo contexto de aquisição e pelo uso funcional variado das línguas em contato.

Por ser uma região com 23 povos indígenas, São Gabriel da Cachoeira se distingue das demais regiões, por ser um centro sociocultural que abrange também diversas línguas indígenas, gerando a possibilidade de seus povos indígenas não falarem português, falarem pelo menos duas línguas, geralmente a sua língua nativa e a língua portuguesa, ou até uma terceira, quando há casamentos entre diferentes etnias de troncos linguísticos diferenciados.

Cabe apresentar, com intuito de demonstrar seu pensamento sobre este tema, Gersen Baniwa (2014) faz importantes reflexões acerca da realidade do bilinguismo indígena na região do Alto rio Negro. Assim, Baniwa (2014), é preponderante ao afirmar que as línguas indígenas exercem o poder prático e simbólico entre os povos indígenas e na sociedade mais ampla.

Em um contexto diversificado socioculturalmente, essas línguas indígenas nos processos de luta por reconhecimento e legitimação material da identidade étnica são essenciais, até porque elas resultam em reconhecimento de direitos específicos, algo muito importante para estas populações. E nessas populações, segundo este autor, as línguas indígenas, são responsáveis pela autoestima dos indivíduos e grupos falantes, no contexto das alteridades e autonomias étnicas e linguísticas (BANIWA, 2014).

Assim, o interculturalismo vem sendo usado como uma política estabelecida de favorecer não só a convivência cultural, mas também as relações e trocas mútuas (MELOTTI, 2004 citado por ALVES, 2020). O reconhecimento das diferenças línguas indígenas e a busca de empoderamento das minorias étnicas e culturais não são, portanto, tarefas simples. Estas evocam a relação entre identidade e igualdade, conceitos sedimentados como universais na sociedade, porém, faz-se necessário observar que a forma hegemônica predomina de maneira imperceptível no discurso liberal, no qual os sujeitos são ao mesmo tempo “diferentes e iguais” (COLLET, 2006).

Diante disto, não tem como não pensar na extrema necessidade de se valorizar e resgatar a prática de educação bilíngue intercultural reverenciando o pertencimento étnico e cultural, concordando com Baniwa (2014), levando essa reflexão para a área da saúde, a educação bilíngue pode e deve favorecer bastante na efetivação, eficácia, interação e inclusão social dos principais atores sociais envolvidos nesta temática aqui exposta, mas deve ser em via dupla, de oferecer o acesso à língua portuguesa mas também a valorização e fortalecimento das línguas indígenas. Aspectos que deveriam ser problematizados com os gestores e profissionais de saúde.

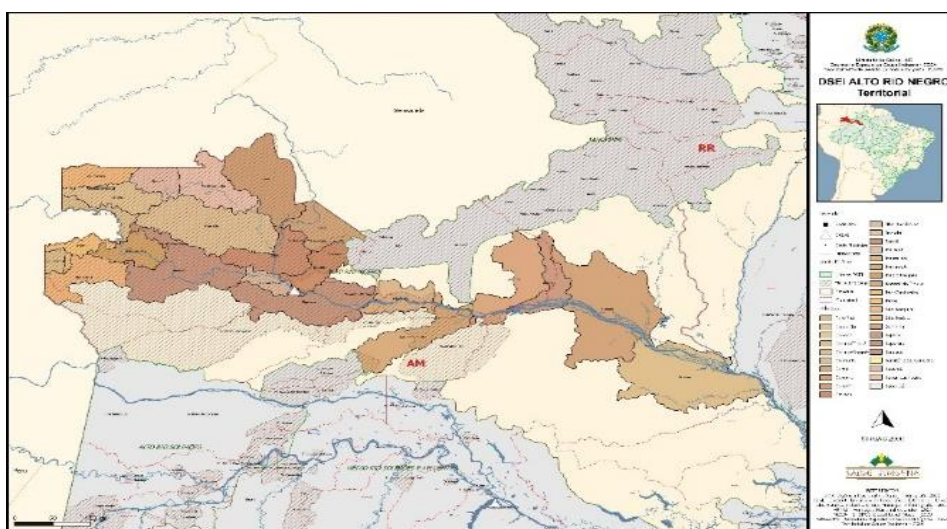
Capítulo 4: PERCURSOS METODOLÓGICOS:

4.1 Área da pesquisa e Contextualização do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto rio Negro:

Esta pesquisa ocorreu na sede do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto rio Negro (DSEI/ARN), que está situado no município de São Gabriel da Cachoeira no estado do Amazonas. Distante à 852 km de Manaus, capital do estado do Amazonas, localizado à margem da bacia do Rio Negro. O DSEI/ARN está localizado no extremo noroeste do estado do Amazonas, região conhecida como “cabeça do cachorro”, fazendo divisa com Venezuela e Colômbia.

Sua área de abrangência é composta por três Municípios: São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro e Barcelos, todos às margens do rio Negro, podemos observar a extensão territorial na (Figura 1). Assim como os demais DSEIs, a área de abrangência foi determinada de acordo com a delimitação das terras indígenas demarcadas (GARNELO, 2014).

O território de atuação do DSEI/ARN abrange uma área de 290.442,405 km² com a união dos três municípios, atingindo 18,75% da área total do estado, quase um quinto de sua extensão. Barcelos é o maior município do estado e do Brasil em extensão territorial com 122.461,086km² e São Gabriel é o terceiro maior apresentando 109.181,240km², já Santa Isabel apresenta uma área de 68.800,079km² (IBGE, 2018).



de a **Figura1:** Mapa de localização do DSEI/ARN principal via
 Fonte: MS/SESAI/2017

bote. de atriminos e em casos de locais de acampamento apresentar longas distâncias e
 haver casos graves em que a locomoção não possível por via fluvial, a alternativa é o uso
 de aeronaves nesta região. O rio Negro se caracteriza pelo principal canal do sistema

hidrológico do território, com aproximadamente 1.901km de extensão desde sua cabeceira até o município de Manaus. Porém destacam-se outros rios (todos afluentes do Rio Negro) de grande importância na região (FOIRN, 2006).

No seu alto curso no município de São Gabriel, o rio Negro recebe, pela margem direita, os rios Xié, Içana, Waupés, Curicuriari e Marié. Depois do rio Branco, o Waupés é o maior tributário do Rio Negro e, em seu curso, também recebe as águas de outros grandes rios, como Tiquié, Papuri, Querari e Cuduiari. O rio Içana é complementado pelos rios Piraiauara, Cubate, Cuíari e Aiari. Na região do médio rio Negro que abrange Santa Isabel e Barcelos os principais rios são: Demeni, Cauburis, Aracá, Padauirí, Marauía, Uneíuxi, Jufarís, Quiuní, Caurés, Uniní e rio Branco. (FOIRN, 2006).

Todos esses rios constituem um importante sistema de organização que envolve uma série de elementos fundamentais para o entendimento do comportamento e modo de vida da população indígena que faz dos rios um meio de sobrevivência. Existindo nesse sentido, uma forte relação entre as comunidades e o sistema hidrológico da região (FOIRN, 2006). O que vai impactar diretamente também na organização da assistência à saúde a essa população, representando um dos principais desafios da gestão do Distrito.

Os aspectos populacionais compreendidos pelos três municípios correspondem ao total de 98.219 habitantes em todo território de acordo com estimativas do IBGE em 2018, dos quais 40.233 estão cadastrados no sistema da saúde indígena (DGESI/SESAI, 2017), o que corresponde a 41,0 % do total da população desses municípios. São Gabriel da Cachoeira possui população de 45.564 habitantes (IBGE, 2010), e as estatísticas apontam que 76,60% da população se consideram indígenas e suas terras ocupam cerca de 80% desse município. As comunidades indígenas estão distribuídas em áreas regulamentadas como terras indígenas: Alto Rio Negro, Médio Rio Negro (I e II), Yanomami, Uneiuxi, Téa, Apapóris, Amium, Marabitanas/Cué-cué. Restando a terra Balaio, que está em processo de demarcação (FARIAS, 2007).

O município de SGC possui quatro idiomas indígenas reconhecidos como línguas cooficiais além do português, três aprovados pela Lei Municipal 145, de 22 de novembro de 2002, e são elas: Tukano, Baniwa e Nheengatu (OLIVEIRA, 2007). Uma ultimamente houve a aprovação na Câmara Municipal através da Lei n. 0084 de 14 de novembro de 2017, reconhecendo a quarta língua indígena, o Yanomami (FUNAI, 2019).

O município vem apresentando um processo de modificação na população, a partir da década de 1980, houve um significativo processo migratório das comunidades indígenas para as sedes dos municípios. Esse processo foi estimulado pelo fechamento dos internatos escolares e por facilidades no acesso ao atendimento médico-hospitalar, educação escolar, emprego, a fixação do exército e programa municipal de distribuição de lotes residenciais. Essa migração causou um processo de esvaziamento do interior e o inchaço das sedes municipais e também nos núcleos urbanos como em Iauaretê e Pari-Cachoeira (BARROS, 2007).

Esses povos vivem distribuídos às margens do rio Negro e seus afluentes em numa área de 1.901 km de extensão, povoando 707 sítios/comunidade, atendidos por 25 Pólos bases (Quadro 1), distribuídos ao longo dos rios e estradas.

Quadro1: Quadro dos Pólos bases distribuídos por calha de rio e população assistida pelo DSEI/ARN

MUNICÍPIO	Rio	Pólo Base	População Assistida
São Gabriel Cachoeira	Negro	1- Itapereira	1.837
		2- Ilha das flores	1.519
		3- Jurutí	1.656
		4- Estrada	1.130
		5- Cucuí	1.192
	Xié	6- Vila Nova	1.178
	Içana	7- Camarão	1.608
		8- Tunuí Cachoeira	1.560
		9- Canadá	1.171
		10- Tucumã	1.066
		11- São Joaquim	1.381
	Waupés	12- Taracua	1.452
		13- Marabitana	1.575
		14- Yauaretê	3.132
		15- Patos	1.189

	Tiquié	16- São José de Anchieta	1.196
		17- São José II	2.016
		18- Pari Cachoeira	1.659
		19- Caruru Tiquié	878
Santa Isabel do Rio Negro	Negro	20- Massarabí	1.481
		21- Serrinha	2.529
	Enuixí	22- Nazaré do Enuixí	1978
Barcelos	Paduarí	23- Tapera	422
	Negro	24- Cumarú	629
	Cauburis	25- Cauburis	983

O Distrito Sanitário Distrito Especial Indígena do Alto Rio Negro (DSEI/ARN) tem como responsabilidade prestar assistência de atenção básica nas comunidades indígenas distribuídas ao longo dos três Municípios. De acordo com o fluxograma da SESAI/2017 (Figura 2), o primeiro local de referência para atendimento do usuário seria a unidade de saúde na própria comunidade, realizada pelo Agente de Indígena de Saúde.

O Pólo base seria a segunda unidade de referências, dando suporte aos AISs e as equipes multidisciplinares dando continuidade aos primeiros atendimentos. Localizados

Fonte: MS/SIASE 2013 em pontos estratégicos, selecionados pelas lideranças da área de abrangência, de cada polo é composto por duas equipes multiprofissionais: um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um médico, um cirurgião dentista, um auxiliar de dentista, um barqueiro e os agentes de saúde que residem nas comunidades, essas equipes permanecem em área por trinta dias realizando atividades da atenção básica de acordo com os programas do ministério da saúde, realizando revezamento a cada trinta dias (BRASIL, 2017).



Para dar continuidade ao atendimento quando não solucionada em área, o usuário é transferido para uma unidade de referência do SUS localizada na sede do Município. Esta pode ser uma Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) ou unidade hospitalar, o estado geral do paciente é que determinará o local de atendimento (BRASIL, 2012).

Atualmente no DSEI/ARN existe um total de 47 equipes multidisciplinares de saúde indígena, distribuídas nos 25 pólos bases. No Quadro 2 abaixo, estão descritos os profissionais de saúde que atuam neste distrito. Vale ressaltar que a ausência dos profissionais AIS nesta tabela, ocorreu por falta de disponibilização de dados até o momento (DIASI/ DSEI/ ARN, 2019).

Quadro 2: Composição dos profissionais do DSEI/ARN

Profissionais	São Gabriel	Santa Isabel	Barcelos
Médicos	6	0	0
Odontólogos	15	2	3
Aux. de Saúde bucal	14	2	2
Enfermeiros	43	4	4
Téc. em enfermagem	120	9	8
Assistente social	2	1	1
Farmacêuticos	3	0	0

Fonte: DSEI/ARN/DIASE 2019

4.2 Delimitação da amostra da pesquisa

Apesar do DSEI/ARN englobar três municípios, nesse estudo delimitamos ao território do município de São Gabriel da Cachoeira, pois é onde se localiza a sede do

Distrito e o local de residência da maioria dos profissionais das EMSI. Também levamos em consideração que nesse município se encontra uma enorme diversidade étnica, um maior número de população indígena, número de profissionais e 19 Pólos bases, distribuídos nas calhas dos rios: cinco no rio Içana, quatro no rio Negro, quatro no rio Waupés, três no rio Tiquié, um no rio Papuri, um no rio Xié e um na Estrada do Balaio.

A delimitação da amostra de acordo com Minayo (2005) deve buscar o “aprofundamento e compreensão” de um determinado grupo social ou instituição. Partindo deste critério optou-se em definir como amostra para este estudo utilizando os seguintes critérios.

Como justificativa para escolha é importante ressaltar que estes profissionais da EMSI atuam de uma forma direta com o usuário, em permanência na área por trinta dias prestando atendimento. Estes profissionais possuem um papel fundamental na equipe que direcionará o tipo de atendimento e atividades a serem realizadas nas comunidades durante este período.

Buscando caracterizar a amostra, Minayo (2005) menciona a priorização de sujeitos que possuam características que contribuam para respostas dos objetivos, sugere também que os participantes sejam diversificados, a ponto de possibilitarem semelhanças e diferenças.

A definição dos sujeitos incluídos na pesquisa foram indivíduos que possuíam uma vinculação significativa com o problema a ser estudado (FERREIRA, 2010). A partir desta ideia para a realização deste estudo optou por profissionais que atuam na EMSI, cuja composição inicial está composta por: seis enfermeiros, dois médicos e dois odontólogos, que aceitem participar de forma voluntária e consentida após a divulgação.

A escolha do maior número de enfermeiros se justifica por ser a categoria profissional mais numerosa, maior tempo de permanência das equipes e que acumula as maiores responsabilidades pela execução do trabalho das EMSI. De acordo com Dyniewicz, (2009) em uma amostragem qualitativa deve se levar em conta a compreensão do ator em relação ao fator social a ser investigado. Por fim, temos como intenção atingir uma saturação nos níveis da resposta, sem pretender contemplar todo o universo de trabalhadores do DSEI/ARN.

4.2.1 Critérios de Inclusão dos sujeitos sociais nesta pesquisa:

Atuar na EMSI; residir em São Gabriel da Cachoeira; ter realizado no mínimo três viagens de atuação nas comunidades indígenas.

4.2.2 Critérios de Exclusão:

Estar atuando em cargo de gestão.

4.3 Levantamento bibliográfico para fundamentação do estudo:

O desenvolvimento de uma pesquisa de campo teve como finalidade buscar respostas de um determinado problema, este processo é realizado em várias etapas, tendo como passo inicial a fundamentação teórica através do levantamento bibliográfico que contribui para o mapeamento do tema de estudo e auxiliou a definição da pesquisa (DYNIEWICZ, 2009).

Este levantamento bibliográfico não se trata de uma revisão sistemática, esta pesquisa teve como finalidade buscar conhecimento através da verificação de publicações sobre o tema, buscando entender a importância do assunto, no intuito de orientar algo novo para a proposta apresentada e compreender quais métodos utilizar para responder os objetivos,

Partindo desta perspectiva foi realizado um levantamento bibliográfico para coleta de dados em buscas de seleções bibliográficas nas bases de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), Portal de periódicos Capes e Repositório Institucional da Fiocruz (ARCA) e levantamento nos acervos do Instituto Leônidas & Maria Deane/Fiocruz.

Os descritores utilizados foram com base na terminologia ‘saúde indígena’, ‘população indígena’ e ‘profissionais de saúde’, sendo filtrada por palavras chaves como: “formação profissional”, “atuação da Enfermagem”, “educação profissional de saúde”, “qualificação profissional”, “trabalhadores de saúde”, “recursos humano”, “formação continuada”, “atenção diferenciada”, “educação em saúde”, “educação permanente” e “educação popular”. Num primeiro levantamento foram selecionadas 948 publicações nacionais e internacionais, depois de excluídos os estudos em língua estrangeira, incompletos, duplicados, os que não relacionavam ao objeto do estudo e disponibilizados de forma gratuita, restaram 102 publicações.

Após revisão das publicações que mencionam ou correlaciona com a saúde indígena o achado de produções compreendeu de: 35 artigos, 17 livros, 14 dissertações, 05 teses, 05 informativos em revistas. Totalizando 76 publicações que equivalem (8%) das publicações encontradas a partir da primeira consulta. Os achados estão apresentados no Quadro 3.

Quadro 3: Fontes bibliográficas sobre o tema da pesquisa.

Base de dados pesquisados	Publicações selecionadas na primeira consulta	Publicações que mencionam população indígena após compilação
Biblioteca /Fiocruz	03 revistas sobre formação profissional; 01 livro saúde indígena; 02 revistas avaliação do SUS na Amazônia.	35 artigos; 17 livro; 14 dissertações; 05 teses; 05 normas e informativos em revistas Totalizaram 76 achados.
Biblioteca Virtual/ SciELO.	89 publicações;	
Biblioteca Virtual/ Ciências da Saúde (DECS-BIREME) e portal CAPES	853 em publicações nacionais e internacionais;	
Total	948 publicações no geral. Após exclusão restaram 76 publicações.	

Fonte: Elaboração da própria pesquisadora, 2021.

Na fase seguinte as 76 publicações selecionadas foram lançadas em uma planilha em Microsoft Office Excel 2007, e categorizadas a partir dos principais temas abordados como: atenção diferenciada, atuação profissional, educação em saúde, educação permanente e formação profissional.

É importante esclarecer o número elevados de livros publicados relacionados à formação profissional, que devido a publicação dos livros pelo Ministério da Saúde para formação dos Agentes Indígena de Saúde (AIS), que estão divididos em três temáticas totalizando doze (12) livros, e quatro (4) voltados para formação dos Agentes Indígena de Saneamento (AISAN) e apenas um (1) para a formação de profissionais da saúde

indígena. Apresentamos a distribuição das publicações levantadas segundo as categorias temáticas definidas no Quadro 4.

Quadro 4: Publicações relacionadas à saúde indígena.

Levantamento das publicações relacionadas à Saúde Indígena					
Temas	Artigos	Livros	Dissertação	Tese	Informativo/ Revista
Atuação Profissional	12	0	12	2	1
Educação e Saúde	2	0	0	0	1
Educação Permanente	2	0	1	0	1
Formação profissional	9	16	1	1	2
Atenção Diferenciada	10	1	0	2	0
Total	35	17	14	5	5

Fonte: SciELO, LILACS, BVC, ILMD/Fiocruz 2019

Para a compilação e análise dos assuntos foi realizada uma síntese das informações das publicações a partir das seguintes informações: referência bibliográfica, título, tema do objetivo, metodologia e conclusão do autor. A leitura e dados do levantamento bibliográfico foram fundamentais para a construção desse projeto de investigação.

4.4 Tipo de pesquisa:

Trata-se de um estudo qualitativo exploratório com características descritivas e analíticas. Este tipo de estudo está voltado para relações e percepções do indivíduo e do seu meio social, de como este interpreta sua realidade (MINAYO, 2008).

Portanto, esta abordagem compreensiva possui como fundamentos a “intersubjetividade nas relações” a “compreensão do sentido da ação dos sujeitos,” e ainda “a racionalidade presente no senso comum dos atores e o cotidiano e o mundo da vida como fontes de significados, intencionalidade e de racionalidade” (MINAYO, 2005:83).

4.5 Estratégia da coleta de dados:

O trabalho de campo proporciona ao investigador obter informações e conhecimento em relação ao objetivo do estudo, através do contado direto que permite ver, ouvir, observar e comunicar-se por meio do instrumento de coleta (DESLANDES, 2010).

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, aplicadas individualmente e gravadas pelo pesquisador. As entrevistas são consideradas conversas com finalidade e se diferenciam de acordo com sua organização (MINAYO, 2010).

As entrevistas semiestruturadas adotaram questões abertas (ANEXO 1) que proporcionou ao entrevistado a possibilidade de comentar sobre o tema sem perder o raciocínio da pergunta formulada (PEREIRA et al, 2011). Foram a partir de opiniões, pois se coletou informações sob o ponto de vista das questões que se referem ao objetivo deste estudo (DYNIEWICZ, 2009).

4.5.1 Trajetórias e os encontros com os profissionais do DSEI/ARN em São Gabriel da Cachoeira

Para início da coleta de dados foi necessário percorrer diversos caminhos como: agendamento de reuniões com gestores, responsáveis pelos núcleos, representantes dos usuários e profissionais da EMSI para apresentação e organização da pesquisa em campo para a coleta de dados.

Aos vinte e sete dias no mês de novembro de 2019 ocorreu o primeiro momento do início da pesquisa de campo, no qual foi realizada uma reunião com o gestor local do DSEI/ARN em São Gabriel da Cachoeira, para explanação do projeto de pesquisa a ser desenvolvida com os trabalhadores que prestam serviço a esta instituição.

Estiveram presentes neste encontro a chefe da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI), o enfermeiro responsável pelo DIASI e o coordenador do DSEI/ARN. Na ocasião foi entregue uma cópia do projeto de pesquisa ao coordenador, e também foi

solicitado o consentimento para o uso do espaço do auditório, para a realização das reuniões com os profissionais da Equipe Multidisciplinar da Saúde Indígena (EMSI), tendo com o intuito de esclarecer o objetivo da pesquisa a estes colaboradores.

Neste encontro foram definidos e agendados os dias das reuniões com os colaboradores desta instituição. Ficando o enfermeiro do DIASI responsável de comunicar os colaboradores para as reuniões. Definiu-se realizar três reuniões, uma na CASAI e duas no DSEI. As duas reuniões no DSEI foram definidas para que pudesse ter um maior número de participantes de colaboradores tendo em vista que muitos estavam de férias e outros estavam em área por 30 dias e tiram folga de 15 dias. Desta forma em uma única reunião não teria a participação de todos.

A primeira reunião foi agendada para a segunda semana de janeiro de 2020, tendo em vista que, em dezembro a instituição entraria de recesso e diversos profissionais estariam viajando de férias ou folgas e não teríamos demanda necessária para a realização da reunião. A segunda reunião foi agendada para o final de janeiro. Porém, no decorrer das atividades foi necessário reagendar para a segunda semana de fevereiro, pois não tinham profissionais em sede. Quanto à reunião da CASAI ficou acordado que deveria ser agendado diretamente com a enfermeira chefe, responsável pelo setor de enfermagem da CASAI.

No dia 2 de dezembro de 2019, foi agendada uma reunião na CASAI com o chefe da CASAI e a Enfermeira chefe responsável pelo setor de enfermagem, no ensejo foi realizado a apresentação da pesquisadora, o objetivo do projeto e a importância da participação dos colaboradores desta instituição.

Na oportunidade foi entregue uma cópia do projeto de estudo ao chefe da CASAI, e também solicitado a permissão para o uso do espaço da palhoça para a realização dos encontros com os colaboradores deste setor. Definiu-se que reunião com os trabalhadores poderia ocorrer no dia 6 de janeiro de 2020, tendo em vista o recesso de final de ano e as diversas atividades que envolviam os profissionais neste período. Desta forma foi definido pelos responsáveis pela comunicação da reunião a estes profissionais.

Dia 6 de janeiro de 2020 cheguei à CASAI para a reunião agendada com os colaboradores e fui informada pela Assistente Social que estava respondendo pelo setor que a enfermeira chefe havia entrado de férias. Mas foi repassado sobre o encontro com

os profissionais, porém a mesma havia se esquecido de fazer o comunicado convidando os profissionais para o encontro.

Sendo assim foi reagendado outra data para o evento, ficando definido para o dia 27 de janeiro o próximo encontro. Porém às vésperas da reunião, mais uma vez fui surpreendida com a ligação da Assistente Social informando que a instituição que contrata os colaboradores solicitou que tirassem férias com isso teria poucos profissionais que atuantes neste local, pois a maioria estava sendo substituído pelos profissionais que atuam na área. E mais uma vez a reunião foi reagendada para o dia 11 de fevereiro, período em que todos os colaboradores já teriam retornado ao trabalho.

Em um segundo momento ocorreu um encontro com presidente e membros do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Alto Rio Negro (CONDISI). Membro estes que representam os usuários do DSEI/ARN. A reunião se deu por necessidade de apresentar e entregar uma cópia do estudo a ser desenvolvido neste distrito com os colaboradores que atuam diretamente na EMSI com a população indígena, assim como, solicitar a anuência deste setor para dar prosseguimento ao estudo.

4.5.2 Mobilização dos profissionais para participação nas entrevistas da pesquisa

Para a elucidação do estudo de pesquisa aos profissionais das EMSI do DSEI/ARN do município de São Gabriel da Cachoeira, foram realizadas três reuniões em diferentes dias, duas no auditório do DSEI/RN e uma na Casa de Apoio da Saúde Indígena (CASAI).

A exposição do estudo realizou-se objetivando-se apresentar a pesquisadora, motivo da pesquisa, esclarecendo os objetivos do estudo, a contribuição dos resultados para implementação da saúde indígena e em seguida se procedeu o convite aos profissionais que compõem a amostra da pesquisa, os quais participaram de forma voluntária e assim, contribuíram com a composição dos dados e geração dos resultados desta pesquisa em campo.

Durante o encontro foi solicitado o preenchimento de uma lista de frequência contendo: no cabeçalho, o nome da instituição de ensino e programa que a aluna está vinculada, nome da pesquisadora, da orientadora, título da dissertação. Os itens a serem preenchidos foram: nome, polo base de atuação, tempo de atuação no DSEI, formação, E-mail, e número de telefone.

Ao término dos encontros me dirigia aos participantes agradecendo pela oportunidade da explanação e pela presença de todos, e de forma individual buscava saber se havia por parte deles interesse em participar do estudo. Os que manifestavam interesse eram identificados na folha frequência e combinavam uma ligação telefônica para agendamento da entrevista.

A primeira conversa com os profissionais ocorreu na terceira semana de janeiro do corrente ano no auditório do DSEI/ARN com a participação de trinta e dois (32) participantes, distribuídos entre vinte e um (21) técnicos de enfermagem e onze (11) enfermeiros. Destes, vinte e um (21) manifestaram interesse em participar do estudo logo após o término do encontro, sendo quatorze (14) técnicos de enfermagem e sete (7) enfermeiros.

Para realizar o agendamento das entrevistas foi utilizado o telefone, no qual treze (13) participantes confirmaram o agendamento das entrevistas distribuído em sete (7) técnicos em enfermagem e seis (6) enfermeiros. Ao decorrer das atividades houve desistência de três (3) técnicos de enfermagem e quatro (4) enfermeiros, em sua maioria por motivo de viagem para área. Ao final foram realizadas seis (6) entrevistas sendo, quatro (4) com técnicos de enfermagem e dois (2) enfermeiros. Vale ressaltar que não houve participação dos colaboradores odontólogos e médicos nesta reunião, apesar do convite ter sido estendido a todos. Conforme descrito no Quadro 5.

Quadro 5: Profissionais participantes da primeira reunião no DSEI/ARN.

Categoria	Participação do encontro	Aceitação ao término da reunião	Confirmação por telefone	Entrevista não realizada		Entrevista Realizada
				Viagem	Desistência	
Técnico em Enfermagem	21	14	7	2	1	4
Enfermeiro	11	7	6	4	0	2
Cirurgião Dentista	0	0	0	0	0	0
Médico	0	0	0	0	0	0
Total	32	21	13	6	1	6

Fonte: Pesquisa de campo, 2021.

Um segundo encontro foi realizado na primeira semana de fevereiro de 2020 com os colaboradores do DSEI/ARN da EMSI no auditório da instituição. Neste evento estiveram presentes vinte e dois (22) profissionais que compõe a amostra do estudo, destes onze (11) eram técnicos em enfermagem, oito (8) enfermeiros e três (3) odontólogos, não houve participação dos profissionais médicos. Ao término da reunião doze (12) profissionais demonstraram interesse em participar do estudo, este composto por seis (6) técnicos em enfermagem, cinco (5) enfermeiros e um (1) odontólogo. Para a confirmação do agendamento da entrevista por telefone, 10 colaboradores confirmaram o agendamento para a entrevista, distribuídos em cinco (5) técnicos em enfermagem, quatro (4) enfermeiros e um (1) odontólogo. Entretanto, ao final foram realizadas somente quatro (4) entrevistas dos que estavam agendados, sendo eles dois (2) técnicos em enfermagem, um (1) enfermeiro e um (1) odontólogo. Dos participantes que haviam aceitado, cinco (5) informaram que estariam viajando e um (1) desistiu no dia da entrevista. De acordo com o que mostra o Quadro 6 abaixo.

Quadro 6: Profissionais participantes da segunda reunião no DSEI/ARN.

Categoria	Participação do encontro	Aceitação ao término da reunião	Confirmação por telefone	Entrevista não realizada		Entrevista Realizada
				Viagem	Desistência	
Técnico em enfermagem	11	6	5	2	1	2
Enfermeiro	8	5	4	3	0	1
Cirurgião Dentista	3	1	1	0	0	1
Médico	0	0	0	0	0	0
Total	22	12	10	5	1	4

Fonte: Pesquisa de campo, 2021.

Para dar prosseguimento com a apresentação do estudo aos colaboradores e agendamento das entrevistas, após diversos desencontros de agenda, finalmente consegui

realizar uma conversa na segunda semana de fevereiro de 2020, com os profissionais da CASAI. O encontro ocorreu na palhoça da instituição e estiveram presentes treze (13) profissionais. Oito (8) técnicos de enfermagem, três (3) enfermeiros, dois (2) médicos. Ao término do encontro em perguntas individuais sobre o interesse em participar do estudo, cinco (5) profissionais demonstraram interesse em contribuir com o estudo, dois (2) técnicos em enfermagem, dois (2) enfermeiros, um (1) médico. Porém, somente três (3) confirmaram agendamento e conseguiu realizar duas entrevistas, um (1) enfermeiro e um (1) médico, houve uma desistência após a leitura do TCLE. O Quadro 7 abaixo descreve os resultados mencionados.

Quadro 7: Profissionais participantes da reunião na CASAI

Categoria	Participação do encontro	Aceitação ao término da reunião	Confirmação por telefone	Entrevista não realizada		Entrevista Realizada
				Viagem	Desistência	
Técnico em enfermagem	8	2	1	0	1	0
Enfermeiro	3	2	1	0	0	1
Cirurgião Dentista	0	0	0	0	0	0
Médico	2	1	1	0	0	1
Total	13	5	3	0	1	2

Fonte: Pesquisa de campo, 2021.

Para conclusão dos agendamentos das entrevistas foi necessário realizar ligações telefônica aos profissionais que participaram dos encontros, com o intuito de alcançar o número de participantes estipulados para a coleta de dados, nesse processo foram realizadas ligações para quatro (4) enfermeiros, três (3) odontólogos e quatro (4) médicos, destes médicos, somente um havia participado dos encontros, os demais foi solicitado ao DIASI seus contatos.

Para o alcance de 100% de pessoas entrevistadas faltavam três (3) profissionais sendo eles um (1) enfermeiro, um (1) odontólogo e um (1) médico. Dos contatos realizados, dois (2) enfermeiros viajaram, um (1) desistiu e um (1) aceitou participar. Os odontólogos dois (2) aceitaram, só que um (1) viajou e um (1) participou da entrevista. No que se refere aos médicos, dois (2) aceitaram participar, um (1) precisou viajar e um (1) participou da entrevista. Com isso, após quase três meses de diálogo, reagendamentos

de entrevistas, viagens inesperadas dos profissionais e algumas desistências e o caos do início da pandemia, consegui concluir a pesquisa de campo.

A participação dos profissionais foi de suma importância para a concretização e realização desta pesquisa de campo. Para o desfecho deste momento foram contactados e mobilizados diversos profissionais como: quarenta (40) técnicos em enfermagem, vinte e seis (26) enfermeiros, seis (6) cirurgiões dentistas e seis (6) médicos. Totalizando setenta e oito (78) colaboradores. Destes quarenta (40) não demonstraram interesse em participar da pesquisa, quarenta e oito (48) manifestaram desejo de participar do estudo logo após o término do encontro, trinta e seis (36) confirmaram agendamento para participação da entrevista, dezesseis (16) cancelaram a participação já agendada por motivo de viagem, cinco (5) desistiram das entrevistas e quinze (15) profissionais aceitaram e participaram das entrevistas para coleta de dados em campo. Com isso alcançando 100% da amostra do público alvo descrito no estudo. O Quadro 8 abaixo caracteriza o público alvo que participou deste estudo.

Quadro 8: Profissionais contactados para participação da entrevista

Consolidado dos profissionais contactados para pesquisa						
Categoria	Profissionais contactados	Interesse em participar	Agendamento realizado	Entrevista não realizada		Entrevista Realizada
				Viagem	Desistência	
Técnico de enfermagem	40	22	13	4	3	6
Enfermeiro	26	18	15	9	1	5
Cirurgião Dentista	6	4	4	1	1	2
Médico	6	4	4	2	0	2
Total	78	48	36	16	5	15

Fonte: Autora, 2021.

4.5.3 Processos de agendamentos das entrevistas dos profissionais do DSEI/ARN

O contato com os colaboradores para o agendamento das entrevistas iniciou na segunda semana de janeiro e ocorreram de forma individual, através de aproximação pessoal dos que participaram dos encontros ou por ligação telefônica para o número que constava na lista de frequência da participação da reunião.

A abordagem destes profissionais seguiu a ordem dos que, ao término da reunião, manifestaram interesse em participar do estudo. E que foram identificados com um símbolo de asterisco na lista preenchida.

Pelo fato da pesquisadora ser moradora da cidade, profissional que atuou na saúde indígena por muitos anos tinha a facilidade de reconhecer os participantes e assim conseguir abordar em qualquer lugar que os encontrava e os convidava a participar do estudo. Com a finalidade de assegurar a entrevista, ao chegar em casa, a pesquisadora ligava para o profissional para confirmar a data, local e horário da entrevista. Porém, nem todos que aceitaram, confirmaram a participação. Para o agendamento foi utilizado um caderno de Campo, onde foi anotado o nome, profissão, endereço, horário que o profissional estaria disponível para realizar a entrevista. Os agendamentos ocorreram logo após as reuniões para evitar o esquecimento.

A pesquisadora teve diversas dificuldades, a falta de disponibilidade de tempo dos trabalhadores foi um dos principais empecilhos no agendamento das entrevistas no qual, alegavam não ter tempo por estarem em planejamento para entrada em área, ou que estavam viajando de férias ou folgas e não estavam na cidade. Outra dificuldade foi o fato da pesquisadora ser conhecida e colega de diversos colaboradores. Por ser indígena, profissional de saúde e ter atuado neste cenário por diversos anos e conhece um pouco da realidade, foram um dos motivos observados pela não aderência na participação de muitos colaboradores ao estudo. Esta situação foi observada principalmente com os colaboradores que atuam há mais de dez anos na saúde indígena.

Outro impedimento observado foi o receio dos profissionais em participar do estudo, pois, estaria expondo o seu trabalho e principalmente suas dificuldades durante a atuação e isso poderia expor a instituição e conseqüentemente a sua demissão, essa situação de medo e insegurança foram notórios e pontos fundamentais para a recusa da participação das entrevistas. Mesmo sendo informado que os entrevistados não seriam identificados, esse medo e insegurança permaneceram evidentes.

Já durante as entrevistas foram observadas que alguns profissionais pelo fato de conhecerem a pesquisadora demonstraram um pouco de insegurança e nervosismo no início da conversa, porém pelo fato da pesquisadora conhecer a realidade tanto profissional quanto o local de atuação a conversa com passar das horas fluía de forma mais leve, onde o profissional passava a demonstrar confiança e segurança por saber que suas palavras estavam sendo compreendidas pela pesquisadora. O fato de ser indígena e vivenciar este cenário facilitaram no entendimento de algumas colocações dos colaboradores. é muita das vezes observava-se que os colaboradores usavam as palavras como um desabafo e até mesmo um pedido de socorro.

Das quinze (15) entrevistas realizadas, treze (13) foram feitas no domicílio dos participantes e duas foram no local de trabalho. Quanto aos horários, em sua maioria foram no período da manhã, três no período da tarde e duas foram realizadas no período da noite.

4.6 Análise de dados coletados:

A análise de dados compreende de diversos procedimentos que envolvem desde o modo de organização dos dados coletados seguindo pela contextualização, interpretação, elaboração e produção dos dados coletados que deverão ser descritos minuciosamente (FERREIRA, 2010).

Para a realização da análise das informações coletadas durante as entrevistas foi utilizado o método de análise do conteúdo que, segundo Bardin (2011, p.37) é um “conjunto de técnicas de análise das comunicações”. O interesse por este método ocorre pela importância que ele destaca em buscar investigar algo que não é diretamente visível. Para contextualizar as entrevistas foi realizado as transcrições das entrevistas individualmente, depois realizado a leitura no intuito de entender o sentido das informações. Que segundo Oliveira (2008), por trás da comunicação aparente, esconde-se outro sentido que convém descobrir permitindo compreender além dos significados imediatos.

As leituras das transcrições buscaram identificar respostas que continham os mesmos sentidos e separadas em uma planilha do Excel, depois seguiu-se os conceitos definidos por Oliveira para a realização da análise do conteúdo, a seguir os conceitos citados por Oliveira (2008) como:

✓ Unidades de Registro (UR): É o recorte a partir do qual se faz a segmentação do texto para análise - uma palavra, uma frase, um segmento.

✓ Unidade de Contexto (UC): são unidades de compreensão da UR e corresponde ao segmento da mensagem contida nelas.

✓ Construção de Categorias (CC): Agrupamento ou classificação dos elementos que formam um conjunto iniciando pela diferenciação e reagrupamento seguindo critérios dando-se um título genérico a partir da característica comum destes elementos.

Este processo ocorreu em três etapas: a primeira corresponde a pré-análise, a segunda ocorreu com a exploração do material e a terceira etapa foi por meio da interferência e compreensão. A organização e o processamento de dados é a parte complexa de uma pesquisa, devendo estar articulada com as demais etapas que compreende o estudo (BARDIN, 2011). A seguir será caracterizado e descrito a realização de cada etapa.

Na pré-análise ocorreu à sistematização de ideias a partir do quadro referencial teórico, organização do material para iniciar as operações seguintes, que ocorre através da leitura flutuante definida por Barndin (2011) como o primeiro momento que foi realizado um olhar diagonal com leitura genérica sem muita preocupação técnica. Gradativamente a leitura vai ficando mais precisa em função da teoria adaptada ao estudo e o que emerge dos dados.

Na pré-análise ocorreu também à escolha dos documentos com a constituição do corpus de análise que são as entrevistas realizadas. Para ter êxito na escolha dos documentos devem-se seguir normas/regras:

✓ Exaustividade que significa dá conta do roteiro, tudo o que estiver disponível a esse respeito;

✓ Representatividade que busca da conta do universo pretendido a partir de uma amostra;

✓ Homogeneidade é necessário que a escolha deve ter o mesmo tema para permitir a comparação;

✓ A pertinência visa a adequação ao objeto e objetivos do estudo (OLIVEIRA, 2008).

A partir da formulação dos objetivos referenciou-se os índices e elaboração de indicadores. Foram denominadas de índice palavras ditas e repetidas em sequências que

chamaram atenção, frequências registradas. Para Bardin (2011), os indicadores devem ser precisos e seguros com recortes do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática.

Neste segundo momento ocorreu a exploração do material por meio de codificações dos recortes dos textos em categorias simbólicas ou temáticas representativas do conteúdo transversal. A codificação que é a transformação dos dados brutos do texto para agregá-los em unidades que permitirá descrever as características pertinentes ao conteúdo criando unidades de análise (OLIVEIRA, 2008) como:

A Unidade de Registro (UR) - é a unidade de significação codificada e corresponde ao segmento de conteúdo considerado unidade de base, visando à categorização e contagem da frequência. De acordo com Bardin (2011) deve se conta:

- ✓ O desmembramento do texto - inventário de frases, parágrafos advindos da fala, documentos ou anotações com mesmo conteúdo semântico, objeto ou referente; personagens; acontecimentos;

- ✓ Marcação no texto do início e final de cada UR observada;

- ✓ Definição das unidades de significação ou temas: associação das UR a unidades de significação ou temas – Cada tema será composto por um conjunto de UR. Colocar num quadro síntese de UR e US.

- ✓ Análise Temática: quantificação dos temas em número de UR, para cada entrevista. Mantendo uma quantificação do corpus (BARDIN, 2011).

A Unidade de Registro (UR) neste estudo foi combinada com o tema que estava contido nas sentenças e parágrafos. Normalmente são usados para estudar motivações, expectativas, opiniões, atitudes, valores, crenças, tendências e outros (BARDIN, 2011).

Unidade de contexto (UC) tem a finalidade de “Pano de fundo” serve de unidade de compreensão para codificar a UR. Através da escolha de situações que orientam as ocorrências no texto (BARDIN, 2011). Nesta etapa foram selecionadas frases de acordo com o recorte das mensagens, depois reagrupadas em planilhas de Excel de acordo com as categorias encontradas.

A operação de codificação da exploração do material ocorreu através dos recortes dos textos em categorias simbólicas ou temáticas representativas do conteúdo transversal descritas por Bardin (2011) a seguir:

- ✓ Análise categorial: passagem de dados brutos para dados organizados, identificação e resumo de cada UR para realizar um agrupamento prévio de temas correlatos.
- ✓ Agrupamento de categorias: Realinhamento com agrupamento temático a partir das categorias iniciais, intermediárias e finais que vão possibilitar processo indutivo ou inferencial e interpretação que busca o significado do conteúdo bruto.

A categorização é a passagem de dados brutos para dados organizados. Operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação, e reagrupando a partir de analogias sob um título genérico que expresse a característica destes elementos. Podem ser classificadas em: Categorias Semânticas: por temas, Categorias Sintáticas: por verbos, adjetivos, Categorias Léxicas: palavras sinônimas, Categorias Expressivas: expressões linguísticas (SOUZA Jr, et al., 2010).

A terceira etapa ocorreu o tratamento dos resultados, inferência e interpretação através da compreensão dos conteúdos manifestados em forma bruta, foram destacadas as informações fornecidas pela análise da quantificação simples.

As categorias encontradas foram: perfil dos profissionais, preparação dos profissionais para atuação na saúde indígena, trabalho realizado pelos profissionais de saúde, os sentidos da atenção diferenciada para os profissionais, percepção dos profissionais no cuidado tradicional e bilinguismo. Essas categorias representarão a construção do discurso, que a partir da lógica impressa pelo pesquisador, numa perspectiva teórica específica que serão explicadas e discutidas pelo pesquisador (SOUZA Jr, et al., 2010).

4.7 Aspectos éticos e legais da Pesquisa

A presente pesquisa foi submetida para análise e aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 26483319.4.000.5240) (anexo 1). A mesma está vinculada ao laboratório de Pesquisa de Situação de Saúde e Gestão do Cuidado às Populações Indígenas e outros Grupos Vulneráveis (SAGESPI).

Foram solicitadas autorizações para o Gestor Local, e o projeto encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa, segundo a resolução 506/2016. Em seguida o projeto foi apresentado ao presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), também para autorização da pesquisa.

Após as autorizações, foi agendada uma apresentação da pesquisa aos profissionais das EMSI do DSEI/ARN do município de São Gabriel da Cachoeira, que compõem a amostra do estudo, para convidá-los a participar voluntariamente da pesquisa. Também foram feitas abordagens individuais dos trabalhadores das equipes, a partir de sorteio dos mesmos, a fim de atingir a amostra inicial desejada e até completar a saturação das respostas. Caso o agendamento não alcançasse a quantidade esperada, foi realizado o contato também via telefone e/ou E-mail.

Considerando as Resoluções 196/1996 e 510/2016, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e foram ponderados os aspectos éticos envolvidos nessa pesquisa. Os entrevistados terão seu anonimato garantido, e para tanto foram identificados por nome indígena de animais da etnia Tariano.

Nesse ínterim, foi feita a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 2), sendo que os entrevistados ficaram com uma cópia do mesmo. As entrevistas foram gravadas após a autorização do entrevistado, que seguiu o roteiro do questionário composto por questões semiestruturadas (ANEXO 3). A realização da entrevista aconteceu em horário previamente agendado com o entrevistado, em local de sua maior conveniência, e com garantia de privacidade.

Essa pesquisa possui uma gradação de risco baixo, mas caso haja qualquer desconforto o entrevistado poderá pedir para encerrar a mesma, (Resolução 510/2016). Qualquer possibilidade de danos será discutida com os participantes e CEP. Os entrevistados poderão retirar seu consentimento em qualquer momento, mesmo após o término da entrevista, sem qualquer prejuízo na sua relação com a pesquisadora ou a Fiocruz.

Em seguida as entrevistas foram transcritas pela pesquisadora, seus conteúdos categorizados a partir das dimensões que emergiram das respostas dos sujeitos. Somente a pesquisadora e sua orientadora tiveram acesso aos áudios e transcrições.

Os resultados da pesquisa serão disponibilizados para os participantes seja na forma de envio da dissertação final no formato eletrônico, seja por meio de apresentação pública para o conjunto dos trabalhadores do DSEIRN e do CONDISI. Os pesquisadores se comprometem que os produtos da pesquisa sejam publicados em plataformas de acesso aberto.

Capítulo 5: RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados os resultados que estão divididos em tópicos de acordo com os objetivos propostos nesta pesquisa.

5.1 O perfil dos profissionais de saúde entrevistados do DSEI/ARN: perfil e motivações para o trabalho em territórios indígenas

Neste tópico destacamos as características dos profissionais de saúde entrevistados que atuam no DSEI/ARN prestando assistência à população indígena local, destacando as formas de contratação desses profissionais, e quais experiências prévias possuíam os profissionais para atuação no DSEI/ARN. Também serão destacados os motivos que levaram a estes profissionais a trabalharem em um contexto indígena.

Como um dos resultados, apresentamos a diversidade étnica encontrada pelos entrevistados. O primeiro aspecto a destacar que a maioria dos entrevistados eram indígenas, sendo que seis participantes pertencem ao povo Baré, três do povo Tukano, um pertence ao povo Piratapua e um do povo Tariano. Dos quinze entrevistados houve a participação de quatro entrevistados que não eram indígenas. Podem-se verificar a seguir as citações na qual, alguns dos entrevistados falam sobre pertencimento étnico:

"Sou do médio Waupés, como falo Tukano, então tive mais facilidade no contato, na orientação e explicação durante o atendimento por pertencer essa calha, já conhecia os costumes" (EF. Icída).

"Eu conhecia outras etnias por causa do meu tio, que trabalhava e participava do Conselho, então ele sempre falava das divisões das calhas de Rios, sempre me falava das diferenças entre outras etnias e nossa" (TE. Kuhení).

"Como eu entrei para Calha do Waupés, e sou Tukana e também falo tukano, então isso para mim foi mais fácil na orientação, já tinha conhecimento da população" (TE. Mápa).

"Por experiência pessoal sim, eu já conhecia como que era a população indígena, pelo menos da minha tribo sei como é os costumes dos Barés" (EF. Kuphe).

As falas acima evidenciam o reconhecimento de pertencimento a um grupo étnico e aos locais de origem dos entrevistados, o que mais se destaca, é que além de se identificarem, refletem que essa identificação e pertencimento facilitou a atuação deles como profissionais na área da saúde.

Verifica-se que há conhecimentos prévios de outros grupos, seja por meio de relações sociais ou familiares. Evidencia-se que o fato de ser indígena influenciou no contato e convivência com a população atendida, especialmente nas abordagens e orientações realizadas pelos profissionais aos usuários nas comunidades indígenas durante o trabalho.

Vieira (2020) destaca a importância de profissionais indígenas durante os atendimentos, nas orientações e no acompanhamento dos usuários indígenas. Nas respostas acima dois participantes mencionaram a facilidade na comunicação por serem falantes de língua indígena, o que facilita a orientação durante o atendimento. A autora identifica que por serem profissionais indígenas trazem confiança e legitimidade aos usuários no serviço ofertado a eles.

Através dos relatos identifica-se a importância da presença de profissionais indígenas atuando na saúde indígena, perspectiva refletida por Garnelo e Pontes (2012) que referem tanto a necessidade de formação profissional para atuação com os povos indígenas quanto à formação de indígenas, como dos agentes indígenas de saúde (AIS).

Vieira (2020) menciona que profissionais indígenas podem resultar em ganhos nas orientações e práticas de saúde, pois estabelecem relações de confiança com a comunidade. Segue abaixo o relato:

"Antigamente a gente via que tinha muita gente de fora, hoje eu vejo que a maioria do pessoal de São Gabriel tá saindo para estudar, antes nós não tínhamos profissionais formados na área hoje nós já temos de enfermeiros, dentistas, médicos, técnicos de enfermagem" (EF. Nêwi).

Este resultado demonstra uma progressão quanto ao ingresso de profissionais indígena na saúde indígena. Podemos constatar isso a partir do que Langdon e Diehl (2007), mencionam em sua pesquisa que a participação de indígenas ocorria somente nos cargos de AIS, e não possuíam reconhecimento como profissional, composto a uma equipe hierarquizada na saúde indígena.

Ao contrário do enunciado anterior alguns profissionais não possuíam conhecimento prévio da contextualização da área de atuação, nem da população a ser assistida, somente após a contratação perceberam a dimensão da diversidade cultural da população indígena. A seguir podemos identificar algumas situações:

"A princípio quando fui contratado pelo governo, eu pensei que iria trabalhar na cidade mais, quando chegamos, fiquei sabendo que iria trabalhar em área indígena, observei que a área geográfica é maior do que pensávamos" (Mé. Pisana).

"Mas de onde eu morava é muito diferente daqui, o modo de viver é totalmente diferente daqui, é tudo assim foi um choque para mim principalmente em relação às comidas que é diferente" (TE. Kúmada).

"Não imaginava tanta diferença quando cheguei aqui, observei que realmente a maioria da população era diferente, observei que o modo de vida deles é diferente o modo de enxergar a saúde é diferente" (EF. Mawarí).

Os relatos acima demonstram que os profissionais de saúde desconheciam a realidade indígena, nos apontam um encontro com o desconhecido, levando-nos a refletir sobre a diversidade cultural. Alguns autores nos mostram que, para entender a diversidade da cultura é importante refletirmos que a cultura é resultante de várias informações repassadas que se complementam ao cotidiano de um algum grupo social (LANGDON e WIIK, 2010).

Confirmando a necessidade da convivência do profissional de saúde com essa diversidade na saúde indígena, a autora Langdon (2005, p. 129), discorre sobre a importância da capacidade do profissional de saúde em desenvolver para além do conhecimento clínico adquirido na faculdade, é importante que desempenhem também a “competência cultural” durante os atendimentos.

A partir da revisão da literatura, pode-se apontar que a atuação dos profissionais de saúde no contexto da saúde indígena é marcada pelo despreparo para o contexto intercultural. Frequentemente esses profissionais desconhecem a prática dos cuidados tradicionais e não valorizam o conhecimento do AIS (MIRELLI et al. 2012). Possuem uma atuação voltada para a execução dos programas de saúde dentro do modelo biomédico, demonstram a falta de vínculo com a população, dificultando a implementação das ações de promoção e prevenção (RIBEIRO et al. 2017). É notória a importância da capacitação prévia desses profissionais com a participação de indígenas e antropólogos, a fim de viabilizarem um melhor entendimento sobre a cultura da população assistida (LANGDON e GARNELO, 2004).

Podemos observar nesse subtópico a presença de profissionais indígenas e não indígenas atuando na saúde indígena, percebemos nas respostas que um dos desafios para a atuação na saúde indígena é a diversidade cultural existente entre profissionais e usuários. Esses desafios tornam-se obstáculos para a atuação dos profissionais que dependendo da sua formação pessoal e conhecimentos adquiridos direcionarão para o modo de ver essa diversidade independente da sua raça ou formação intelectual.

5.1.1 Contratação e experiências prévias dos profissionais para atuação no DESEI/ARN

As formas de contratação dos entrevistados no DSEI/ARN na serão apresentadas no Quadro 9. Observa-se que ocorreram três formas de contratações dos profissionais para atuarem no DSEIARN: através de processo seletivo público; indicações de conhecidos que atuavam na saúde indígena; e análise de currículo entregue na sede.

Quadro 9: Categorização da forma de contratação dos profissionais de saúde

Categorias	Indicação	Análise de Currículo	Processo seletivo
Téc. em enfermagem	01	01	04
Enfermeiro	01	01	03
Médico	01	–	01
Odontólogo	–	–	02

Fonte: Autora, 2020.

Pode-se identificar que pelos resultados obtidos acima, que a maioria dos entrevistados foram contratados após processo seletivo público, destes quatro profissionais, são técnicos em enfermagem, três eram enfermeiros, dois odontólogos e um médico.

Sendo que alguns profissionais afirmaram terem realizado mais de uma tentativa no processo seletivo para serem aprovados. Observamos também que três profissionais foram contratados após indicação e dois profissionais foram contratados após análise curricular.

Foi abordado pelos profissionais que a forma de contratação ocorre através da terceirização por entidades conveniadas. Alguns autores apontam esse modelo como problema para efetivação da atenção diferenciada. Pois, o modelo de vínculo empregatício, por contrato temporário, descrito por Ribeiro (et al 2017), interfere

diretamente na atuação dos profissionais. Consequentemente a falta de estabilidade citada por Fernandes (2010), são alguns dos motivos que dificultam a permanência desses profissionais gerando uma grande rotatividade, afetando diretamente a efetivação deste modelo de atenção à saúde dos povos indígenas (GARNELO, 2014).

Outras dificuldades apontadas para a melhoria da qualidade da atuação dos profissionais das EMSI, para efetivação deste modelo de atenção diferenciada, são as questões relativas à precariedade nas condições de trabalho vista como desafios que dificultam a qualidade dos serviços prestados a esta população, assim como, o tipo de contratação (RISSARDOL e CARREIRA, 2014). O modelo de vínculo empregatício, por contrato temporário, interfere diretamente na atuação dos profissionais (RIBEIRO et al, 2017).

Contudo, compreende-se que podemos discordar, pois para se alcançar bons resultados na saúde indígena precisamos de profissionais com responsabilidade e dispostos a atuar com a população indígena, estarem abertos a novos conhecimentos, terem uma capacitação adequada pela instituição, entenderem o plano nacional de atendimento à saúde indígena e elencaram à sua realidade dando sugestões aos gestores para adequação de cada programa conforme sua realidade e participando efetivamente do plano distrital onde ocorrem as mudanças. Quando tivermos profissionais comprometidos com a saúde indígena teremos mudanças em diversos aspectos, tanto para o profissional quanto para a população, e a gestão.

Ao serem questionados, quanto às experiências de trabalho na saúde indígena anteriores ao ingresso no DSEI/ARN, constata-se que eram diversificadas, alguns profissionais não possuíam nenhuma experiência, outros já haviam atuado na área da saúde no município de São Gabriel da Cachoeira com população em geral e outros já tiveram um contato prévio com outras populações indígenas. Destacamos no Quadro 10 abaixo em uma planilha essa distribuição.

Quadro 10: Categorização das experiências previa na saúde indígena dos profissionais de saúde

Categorias	Experiência de atuação com população indígena	Experiência prévia no município	Sem nenhuma experiência na saúde indígena
Téc. em enfermagem	03	-	03
Enfermeiro	01	02	02
Médico	01	-	01
Odontólogo	01	01	-

Fonte: Autora, 2020.

Os resultados permitem inferir que entre os entrevistados, seis deles já atuaram em outros locais com populações indígenas, destes, três são oriundos de outras localidades do Brasil e três são munícipes.

Também há aqueles que haviam atuado na rede de serviços de saúde do município sede do DSEI/ARN, podem ser considerados com experiência na área, devido ao fato que a proporção da população indígena é cerca de 70% na sede. Essas vivências anteriores parecem facilitar a adaptação, convívio e a obtenção de novos conhecimentos desses profissionais no contexto indígena do Alto rio Negro.

Os profissionais que relataram terem atuado na Secretaria Municipal de Saúde de São Gabriel da Cachoeira, referiram que esta foi sua primeira experiência profissional, e só depois foram contratados para atuarem na saúde indígena. Vale ressaltar que estes são munícipes e todos pertencentes ao nível superior, o que aponta que são recém-formados.

Apesar de cerca de metade dos entrevistados não terem experiência prévia com populações indígenas, observamos nos relatos que a maioria expressava vontade de trabalhar com esta população. Dentre os profissionais que iniciaram as atividades sem nenhuma experiência, seus relatos apontam que não tiveram dificuldades para adaptação e atuação por serem indígena e terem domínio da língua indígena.

É importante ressaltar que os entrevistados que eram técnicos em enfermagem, em sua maioria, residem no município e são indígenas, havendo assim na percepção destes uma facilidade durante a atuação, apesar da falta de experiência profissional de alguns. Os profissionais de nível superior também eram em sua maioria oriundos do município, e os que pertenciam a outras regiões, já possuíam experiências na área da saúde indígena. Vieira (2020) afirma que a atuação dos profissionais indígenas favorece a implementação das ações e orientações das equipes, pois constroem relações de confiança e maior vínculo com a comunidade.

Alguns profissionais confirmam que o conhecimento sobre a população indígena ocorreu através de informações adquiridas por meio de leituras de livros e matérias fornecidos pelos colegas:

"Só tinha conhecimento do que estava escrito no livro do Doutor André e do Doutor Oscar que fez junto com a FOIRN. Antes eu não tinha esse conhecimento" (CD.Yaka).

Observa-se na resposta acima que o conhecimento adquirido ocorreu através da leitura de uma das publicações existente sobre o Alto rio Negro, observa-se a importância de publicações e pesquisas voltadas a este contexto e como estas possibilitam a interação com uma realidade até então distante, proporcionando conhecimentos sobre a região.

Nessa pesquisa, do grupo de entrevistados, salienta-se que em sua maioria (86%) atuante no DSEI/ARN, são procedentes ou possuem vínculo familiar com o município. Dos quinze entrevistados, somente duas pessoas não possuíam vínculo nenhum com a região. Quando questionados sobre os motivos que levaram esses profissionais de saúde a buscarem atuação no contexto indígena, verifica-se que é por causa da oportunidade de emprego, e muitos já conheciam previamente as rotinas e o modo de vida da população assistida.

5.1.2 Motivação dos profissionais para atuarem no contexto indígena

Reflete-se que para se trabalhar na saúde indígena requer dos profissionais uma empatia com as situações indígenas, que ocorrem em contextos diversos e diferenciados onde vivem os 305 povos indígenas, além de desafios logísticos visto que muitas terras indígenas, particularmente da Amazônia Legal, se localizam em regiões de difícil acesso e ampla extensão territorial.

Por isso, percebe-se que para atuar neste contexto, é necessário que o profissional esteja apto a se adaptar, saindo de sua zona de conforto, principalmente, se despidendo do etnocentrismo da cultura ocidental para reconhecer a existência de visões de mundo diferentes.

Ao perguntarmos aos profissionais sobre a motivação que levou a ingressar em curso da área da saúde. Parte da motivação está relacionada ao desejo de estar próximo dos parentes e o anseio em colaborar com a sua região de origem:

"É... sempre tive assim pra mim..., inclusive quando comecei a estudar eu pensei muito em estar ajudando meus colegas, nossos povos indígenas que ficam do lado, nossos parentes" (TE Eínu).

Também foi dito pelos entrevistados, a volta desses profissionais para a sua região natal, após conclusão do curso, é de darem um retorno para as comunidades, como forma de agradecimento a seus pais, família e comunidade que contribuíram para sua formação:

"Eu ficava olhando os outros técnicos, eu observava eles trabalhando na minha comunidade, eu vi que aquilo que eles faziam era importante. Aí eu sempre tive esse pensamento de estudar e voltar para trabalhar com eles" (TE. Kuhení).

Outro entrevistado (EF. Icída, abaixo) demonstrou que sua motivação era estimular outros jovens a buscarem novos conhecimentos e continuarem seus estudos na área da saúde:

"Conhecia quais eram as dificuldades dos jovens através das Pastorais que eu atuava na igreja, porque eles ficam parados após o término do ensino médio por não terem dinheiro, os pais não tem como ajudar eles a continuarem os estudos. Então pensei eu vou lá estudar depois eu volto aqui com eles e incentivar eles para estudarem também" (EF. Icída).

Diehl e Pellegrini (2014) defendem a importância da formação de profissionais para atuação no contexto indígena, mas que ainda é muito pouco presente nas graduações de saúde. Porém, percebeu-se que alguns entrevistados tinham o interesse, ainda durante o período de formação, de atuar junto à população indígena, sem nem mesmo conhecer. Observa-se tal situação nas falas abaixo:

"Sempre tive essa vontade de estudar enfermagem, pois, já tinha intenção de trabalhar com a população indígena" (EF. Icída).

"Então desde a minha graduação eu sempre tive vontade de trabalhar com a população indígena mas, eu ouvia falar muito no Acre eu nunca pensei que ia vim para São Gabriel da Cachoeira" (EF. Phirípoma Kiwarí).

Diante desses relatos, podemos abordar o estudo sobre a dificuldade na execução de uma atenção diferenciada pelos profissionais, que é avaliado por Firmo et al. (2011) como consequência da falta de concretização das políticas públicas, a ausência de temas relacionados à saúde indígena nas grades curriculares e um ensino distante da diversidades socioculturais do país. E ainda identificaram a importância da realização de estudos que mencionam a implementação dos serviços de saúde relacionados à população indígena.

A inclusão dos Agentes Indígenas de Saúde nas equipes representa um forte potencial para a construção de uma atuação diferenciada, pois demonstram comprometimento com os conhecimentos tradicionais e também o biomédico. O trabalho é realizado com a incorporação da interculturalidade por esses profissionais e a efetivação desse processo do cuidado ocorreu em parceria com as lideranças indígenas (RISSARDOL et al. 2014). Este estudo fortalece o enunciado de Pontes, Rego e Garnelo, (2014) que mencionam a importância da inserção e do fortalecimento de profissionais indígenas no subsistema para a efetivação do atendimento diferenciado.

Diversos estudos (FONTÃO e PEREIRA, 2017; MIRELLI et al. 2012; RIBEIRO et al. 2017; RISSARDOL et al. 2014; HORIBA, 2012) apontam que em sua maioria os profissionais apresentam dificuldades na efetivação do atendimento diferenciado. Essa dificuldade deve-se, em parte, pela falta de capacitação prévia e continuada dos trabalhadores, principalmente com relação à abordagem dos aspectos culturais, históricos e linguísticos dos povos que atendem que são conteúdos embasados nos conhecimentos antropológicos (MIRELLI et al; 2012). Esse mesmo problema é apontado por Fernandes (2016), que menciona sobre a necessidade da capacitação profissional para atuação na interculturalidade, proporcionando o conhecimento da cultura e uma interação com o cuidador tradicional da comunidade. Nesse sentido, é importante destacar que, nos últimos anos, raramente foram contratados antropólogos para a atuação dos DSEIs.

Consideremos que para o aprimoramento dos conhecimentos dos profissionais acerca da atuação intercultural, seria importante a criação de um espaço voltado para o aprendizado da cultura da população abrangente criando um vínculo entre os saberes, ampliando o conhecimento para atuação na promoção e proteção diferente da perspectiva hegemônica da biomedicina. Ressalta-se a importância da participação dos usuários indígenas na construção da organização das ações das equipes além da participação no controle social indígena. Destaca-se ainda a importância do papel do apoiador institucional para o fortalecimento das ações no aprimoramento (JR. GARCIA, RIVORÊDO e FLUMIAN, 2016).

A implantação do modelo de atenção à saúde indígena ainda apontam alguns problemas destacados por Horiba (2012), que apesar dos avanços em termos de concepção, e de organização em forma de DSEI, ressalta que é preciso organizar o processo de trabalho, a composição das equipes, assim como a formação e capacitação desses profissionais garantindo a permanência e a interação com as comunidades e a gestão, buscando realizar um planejamento local de saúde de acordo com a situação de cada localidade com a participação das comunidades. E ainda ressalta a necessidade de um sistema de informação efetivo. Ainda sobre este modelo, os autores Fontão e Pereira (2017) após a avaliação de um projeto mais médicos na saúde indígena, também mencionam como um desafio a falta de concretização do modelo de atendimento médico diferenciado em consolidação com os conhecimentos e práticas tradicionais da população indígena.

Outro profissional refere-se que foi por meio da grande mídia, que conheceu os povos indígenas, e se sentiu motivado pelas questões sociais:

"Eu pensava em trabalhar com esse povo e a carência do povo que eu assistia através da mídia, das reportagens" (EF. Mawarí).

Por outro lado, também verificamos que alguns dos profissionais não tinham essa motivação, seja por falta de conhecimento sobre a realidade indígena ou pelos valores e perspectivas de trabalho que são ensinadas nas formações. Vejamos a seguir:

"O meu sonho era trabalhar no hospital toda de branco bem arrumada, eu nunca pensei em trabalhar nas comunidades indígenas" (TE Kuhéni).

"Eu não tinha nem ideia de um dia eu entrar na saúde indígena, eu não sabia como funcionava, eu achava que eu ia ficar pelo Hospital trabalhando em Manaus" (TE. Kúmada).

"Na faculdade sempre nos influenciam para atuar em consultório. Nos últimos anos de formação a clínica é voltada para consultório particular, e aí nunca veio na minha cabeça de trabalhar no DSEI apesar de ter meu pai e minha mãe que trabalharam por anos com a saúde indígena" (CD. Kéhuri).

Há que se ressaltar que diversos estudos, como Langdon e Garnelo (2004) e Diehl e Pellegrini (2014), apontam que os profissionais que atuam na saúde indígena frequentemente não estão preparados para atuarem no contexto intercultural.

Nas falas dos entrevistados analisa-se que as instituições de ensino não oferecem conteúdos e experiências, durante a formação dos alunos, para atuação na saúde indígena. Com isso, observamos o que Haddad (2010) fala de que o despreparo dos profissionais de saúde advém também do fato que as instituições de ensino na área de saúde, em sua maioria, oferecem uma formação voltada para uma visão biologicista, com incorporação das tecnologias duras e curativista, com pouca ênfase nas dimensões da promoção da saúde e da prevenção. Assim, perpetuando “modelos tradicionais de conteúdos e carga horária de acordo com a importância da especialidade” (HADDAD et al, 2010).

Percebe-se que, no conjunto de entrevistados, há uma forte presença dos profissionais indígenas atuando na saúde indígena. Atualmente tal situação é resultado dos movimentos indígenas no que se refere ao protagonismo educacional, de tomarem a escola como meio de disseminação de seus saberes através de educação escolar indígena voltada para a cultura indígena, no Alto rio Negro. Identificado por Luciano (2011) como importante resultado da mudança na relação dos povos indígenas com a escola, que antes resistentes e indiferentes passaram a ser protagonistas na luta por acesso à escola e à universidade.

Constatou-se durante a pesquisa de campo, que são diversos os motivos que levaram os profissionais a atuarem na saúde indígena, como interesse em ajudar seu povo, a convivência familiar; a influência de outros profissionais da saúde, pela mídia, por curiosidade e por necessidade de entrar no mercado de trabalho.

5.2 Características do Preparo dos Profissionais de saúde para atuação na Saúde Indígena do DSEI/ARN

Em minha vivência como profissional indígena de saúde, tenho observado que os profissionais que ingressam na saúde indígena do DSEI Alto Rio Negro, chegam com uma visão voltada para o atendimento e a cura das doenças. Esta atitude é reforçada pelas normatizações de atendimento e a burocracia imposta pelo DSEI/ARN. A formação acadêmica diversificada contribui para o conhecimento e desenvolvimento das atividades dos profissionais em seu ambiente de trabalho, principalmente quando esses desempenhos ocorrem em cenários diferenciados de um ambiente hospitalar, em locais tão peculiares como na saúde indígena (VENDRUSCOLO et al, 2014).

Nessa perspectiva buscamos entender como esses profissionais de saúde, de nível superior, estão sendo preparados para atuarem em ambientes diversificados que é a saúde indígena. Ainda existem algumas barreiras a serem vencidas, pois, possuem alguns “fatores estruturantes da sociedade” impossibilitam o “reconhecimento da diversidade cultural dos povos indígenas” (HOEFEL et al. 2015, p.60). Particularmente, para o contexto indígena, se faz necessário um diálogo coletivo para formulação de políticas públicas para que se possam entender as peculiaridades existentes na população a ser trabalhada (GARNELO et al; 2009).

Para atuar na saúde indígena é indispensável, segundo Langdon (2005) a necessidade de um preparo para atuação em contexto intercultural, o que envolve conhecer os costumes, línguas e o modo de viver de cada povo assistido.

A partir dos relatos dos entrevistados, se identificou quatro diferentes estratégias para o preparo dos profissionais de saúde para atuar no contexto indígena implementadas pelo DSEI/ARN. Essas estratégias variam de acordo com o período que o profissional foi contratado, pois também dependem dos atores envolvidos, o quadro de profissionais da instituição e o gestor.

Como primeira estratégia, há o preparo dos profissionais para atuarem em área indígena foi realizado por um antropólogo, conhecedor dos povos indígenas do Alto rio Negro. Identificou-se que a participação de antropólogos nos cursos introdutórios dos profissionais de saúde ocorreu em dois períodos, nos vinte anos do Distrito. O primeiro ocorreu durante a implantação do DSEI/ARN, em meados de 2001 a 2003, e

particularmente se refere à experiência de técnicos em enfermagem. De acordo com os relatos, naquele período as ações eram executadas principalmente pelos técnicos em enfermagem e Agentes Indígenas de saúde. A seguir os relatos que confirmam tal situação:

“Primeiro nós fizemos a preparação no curso de vacinação, como vacinador como preparar a BGC tudinho, foi com a professora Luiza Garnelo ela fez cursinho com certificado e depois tivemos também Antropologia com Renato Athias, pessoal da SSL, para vê como era o costume dos nossos parentes, se eles vivem na aldeia, qual a diferença de quem vive na cidade, todo esse processo, eles fizeram esse curso, para termos conhecimento. No curso ele falou sobre costume deles, tradição deles e envolvimento com eles, como que poderíamos abordar como chegar lá conversar com eles, e vê se relacionar junto com costumes deles, não estarmos interferindo nos dias do trabalho dele, das festas nós tínhamos que respeitar, não podia passar por cima deles tudo isso nós aprendemos naqueles dias” (TE Eínu).

“Nós tivemos primeiro curso introdutório que foi realizado pelo Antropólogo Renato Athias, foi o meu primeiro contato apesar de ser indígena não conhecia muita coisa, Eu não tinha muito conhecimento na época. Então fui orientada e só aí fui entender quais são as nossas diferenças, que apesar de sermos indígenas nós temos diferenças entre as culturas e entre as etnias e as calhas de rios sempre tem diferença” (TE Yáwi).

O relato a seguir também discorre sobre a presença de antropólogo no curso introdutório, ao analisarmos seu período de contratação observamos que ocorre em meados de 2018 e 2019, o segundo período no qual houve esse tipo de envolvimento. Nesse sentido, corrobora-se com a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena - PNASPI (BRASIL, 2002) que tem como pressuposto de que o modelo de atenção pauta-se na atuação de equipes multidisciplinares nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que envolvem os Agentes Indígenas de Saúde (AIS), médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos e técnicos de saúde bucal (BRASIL, 2002, p. 15)”.

Vejam os relatos.

“No curso introdutório quando entrei tinha um antropólogo, que falou quais eram as características da população que iríamos atender,

através do estudo dele ele falou o que deveríamos fazer, os costumes que cada etnia um tinha, cada calha de rio. Como deveria ser o convívio com os moradores das comunidades, tudo baseado através do estudo dele” (EF. Nêwi).

“O antropólogo falou um pouco, mas ele falou muito mais sobre os Hüpdas que é um grupo de difícil acesso, são mais difíceis, eles ficam mais distantes, falou como ocorre a aproximação, informou que quando chegamos normalmente eles fogem. Assim! Falaram mais sobre a cultura e costumes dos Hüpdas porque são de recente contato” (EF. Icída).

“Sim, quando nós chegamos tinha um antropólogo que falou um pouco sobre a cultura, sobre Diversidade de cultura de etnias que existe e automaticamente a distribuição em cada calha de Rio, mencionou os costumes diferentes que teríamos que respeitar essas culturas. Fazer o trabalho nosso de saúde mas respeitar a cultura de cada etnia então ele falou um pouco das etnias Hüpdas. Dos principais troncos linguísticos daqui, então a gente foi bem orientado neste sentido, falou das características do povo os Hüpdas e suas dificuldades” (ME. Pisana).

Conforme as falas acima, nos períodos mais recentes, entre 2018 e 2019, as orientações antropológicas possuem um foco especial voltado para a população Hüpdas, que são povos de recente contato.¹⁵ Observou-se que as orientações estão voltadas para a maneira como os profissionais devem agir durante o atendimento, como deve ocorrer o contato, observamos que o respeito aos costumes e tradição surgem como negociação pelos profissionais para conseguirem realizar o atendimento ou acompanhar no cuidado à saúde desse povo.

Os profissionais enfatizam que o povo Hüpdas não costuma ter fluência na língua portuguesa. Outro dado importante é que os indicadores de saúde apontam para uma maior vulnerabilidade dessa população. Constatou-se também que a preocupação com esse povo surge pelo fato da falta de alcance das metas nos programas que compreendem a atenção básica. Segundo os entrevistados, esta dificuldade se deve pela falta de

¹⁵ Povo de recente contato que mantém pouca proximidade com outros povos, vivem do extrativismo e são considerados nômades.

tradutores indígenas junto às equipes de saúde, as dificuldades de manutenção das rotinas e de acesso da população, que possui como característica serem nômades e terem diferentes locais de moradia, entre outras características.

Outro momento bastante pertinente, é a descrição do preparo dos profissionais no curso introdutório, que foi realizado através de depoimentos de antigos profissionais ou com a participação de lideranças indígenas.

"Eles pegaram os profissionais que já tinham mais de 8 e 10 anos e foram falando sobre suas experiências mostrando cada Polo base qual eram as características, as diferenças. Então quando fui trabalhar em área já não senti mais dificuldade" (CD. Kéhuri).

"Sim, convidaram o senhor Maximiliano que conversou um pouco conosco sobre a realidade indígena. Também teve a participação do Sr. Nildo liderança da FOIRN que comentou sobre as diferenças das etnias e costumes de cada povo" (CD. Yaka).

A participação de lideranças indígenas na orientação dos profissionais de saúde contratados se voltou para que passassem informações sobre os costumes, características de cada população e as calhas de rio com suas respectivas distribuições étnicas. Observou-se que essa estratégia formativa com a participação da Federação das Organizações Indígenas do Alto rio Negro (FOIRN), entre os anos de 2006 à 2010 em que a gestão era composta por lideranças ou profissionais de saúde que residiam há muitos anos no Município.

Outra estratégia que se destaca é a participação de profissionais com mais tempo de atuação, os quais durante o curso, enfatizavam através de seus depoimentos, sobre a atuação nas comunidades, maneiras como se apresentar, como se comportar, mencionaram também as características de cada grupo étnico. Salienta-se que as falas estavam direcionadas ao modo como negociar com a comunidade com o intuito de garantirem a participação dos usuários no atendimento e adesão da equipe à comunidade.

Em outra fase do processo de preparo dos profissionais, houve mudanças na estrutura da gestão e conseqüentemente no modo do preparo do curso introdutório aos profissionais para atuarem na área. Vejamos a seguir:

"É o mesmo curso introdutório que agora a gente tem orientação continua pelos núcleos que é repassado o que devemos fazer durante o

atendimento. Cada núcleo que antigamente era chamado de coordenação" (EF. Nêwi).

"Quando eu entrei não tinha esses cursos, eles só falavam para gente como é que nós deveríamos trabalhar, eles falavam como é que era a área, eles explicavam o que a gente ia trabalhar" (TE. Kuhení).

Nas falas acima há a descrição de que o curso foi realizado pelos profissionais que compõem o núcleo técnico, onde o preparo dos profissionais está voltado para apresentação de cada programa de saúde e conseqüentemente direcionado ao cumprimento das metas que devem alcançadas pelas equipes, em detrimento das dimensões socioculturais.

Há de se enfatizar que se encontrou relatos de profissionais que não tiveram o curso introdutório e nem orientação sobre a população que iriam atuar. Mesmo assim, apesar desta situação, o profissional, foi autodidata, ao buscar ajuda com os mais experientes e resolver as questões relacionadas a um contexto sociocultural diferente do seu, conforme os relatos abaixo, houve um esforço em atingir os objetivos, mesmo com a dificuldades vivenciadas:

"Pra mim não! Mas dos outros que entraram depois foi bem elaborado, num sei se porque pra mim foi uma vaga de urgência vamos dizer, como estava naquela transição, depois saíram os cubanos, aí ficou sem médico, aí foi muito corrido na minha época, depois que saíram os médicos, entrei sozinha em Iauarete" (ME. Thá:ro).

"Para falar a verdade eu não tive, como eu entrei sozinha então não tive nada de curso introdutório, tive que começar a conversar com os colegas e aprender sozinha, não falaram como que era para trabalhar, depois de tanto tempo trabalhando que eu comecei a aprender como deveria ser feito e fiquei sabendo que toda vez que entra o grupo tem que ter um introdutório mas na minha entrada não teve" (TE. Kúmada).

De acordo com os relatos das entrevistas, que a modalidade de curso introdutório acontece somente quando há contratação de vários profissionais. Quando as contratações foram de forma individual, para suprir a necessidade de profissionais, a entrada em área ocorreu de forma brusca sem proporcionar nenhum preparo e orientação aos profissionais.

De todos os formatos identificados para preparação dos profissionais de saúde no DSEIARN, considera-se que os cursos realizados com a participação de antropólogo, lideranças indígenas e profissionais experientes proporciona uma visão das diversidades étnica que compõe o rio Negro, buscam orientar como lidar com essas diferenças, e dessa forma, minimizam os choques culturais entre profissionais e usuários. Podemos averiguar isso através dos relatos dos entrevistados a seguir:

"Hoje eu vejo, os profissionais que entram recente eles passam por uma semana do curso introdutório eu acho que pessoas que nunca trabalharam na saúde indígena como eu, se eu tivesse um curso introdutório já ia entrar com outra visão não ia entrar igual cego em tiroteio" (EF. Phirípoma Kiwarí).

"Hoje não! Não temos mais essa orientação, os profissionais entram na cara e na coragem, não se fala mais sobre os costumes. A orientação que tive foi do psicólogo, no qual ele em toda entrada tinha que passar por ele, onde orientava e explicava sobre a etnia com quem você iria trabalhar, como é que você deveria lidar com esses pacientes" (EF. Mawarí).

Vale ressaltar a participação das lideranças indígenas como intermediadores, apresentando as diversidades dos povos que residem neste município. Esta situação se torna importante pelo fato de serem detentores do conhecimento desses povos e frequentemente são anciões de sua comunidade. Parece ser fundamental valorizar o envolvimento dessas lideranças na preparação dos profissionais de saúde, em se tratando da participação, representatividade e empoderamento indígena, como vozes de seu povo, em escolher e determinar o que é importante para que seus parentes tenham acesso a seus direitos. Collet (2006) conclui em sua pesquisa que é importante o reconhecimento das diferenças culturais e o empoderamento das minorias étnicas e culturais, e que estas tenham voz, pois envolvem e evocam a relação entre identidade e igualdade, conceitos sedimentados como universais na sociedade. Porém, ainda muito pouco há a participação das minorias, assim faz-se necessário dar espaço aos povos indígenas no que concerne a seus anseios.

Analisou-se durante a pesquisa que nos últimos anos, o curso introdutório está voltado para o repasse de informações sobre a realização dos procedimentos para alcance das metas instituídas pelo Ministério da Saúde, no qual a abordagem é realizada pelos próprios profissionais que ocupam os cargos de responsáveis pelos programas.

Há que se ressaltar que as metas e rotinas dos programas tendem a ser reproduções de parâmetros nacionais sem considerar as especificidades socioculturais e logísticas dos povos indígenas. A apresentação do contexto e diversidade indígena tem sido abordada por profissionais que atuam há mais tempo no DSEI.

Consideramos que para uma atenção efetiva e de qualidade na saúde indígena torna-se necessário uma constante capacitação dos profissionais e um programa de educação permanente congruente, com a participação efetiva de todos os profissionais das EMSI e das comunidades indígenas nas decisões e planejamento das ações voltadas para a população assistida (PEDROLO et al; 2008).

5.3 Características do trabalho realizado pelos profissionais no DSEI/ARN

A partir das entrevistas identificou-se que a atuação dos profissionais na saúde indígena do DSEI/ARN é caracterizada pela falta de padronização do serviço, onde cada equipe busca trabalhar de acordo com a realidade local e condições de trabalho, levando em conta a especificidade da população, variando de acordo com a calha de rio e grupo étnico assistido, e o preparo e sensibilidade de cada profissional.

Os relatos dos profissionais de saúde demonstram que as atuações estão voltadas para rotinas básicas da atenção primária, como preconiza o Ministério da Saúde. Identificou-se que os atendimentos não diferem das rotinas em área urbana, porém são improvisadas pelos profissionais de acordo com a particularidade da área atendida, o que consideramos que podem afetar a qualidade do atendimento prestado.

Entretanto, como pode-se verificar nas respostas abaixo, os profissionais percebem que existem diferenças do que é realizado nas cidades, por exemplo, devido ao local de atendimento na comunidade indígena.

"Eu sabia que atuar em área seria uma coisa nova, mas que seria o mesmo que atuar na atenção básica, mas voltado para as comunidades indígenas" (EF. Nêwi).

"Primeiro a gente sempre faz palestra, no segundo a gente realiza o atendimento de acordo com os programas que são indicados pelo Ministério da Saúde: atendimento dos idosos, entrega dos medicamentos controlados, atendimento das crianças, vacinação, pré-natal Natal de acordo como é feito na atenção básica mesmo" (TE. Yáwi).

Neste relato há descrição dos atendimentos e a rotina das atividades realizadas que não diferem das rotinas das UBS da cidade.

"Quando eu entrei em área para Iauarete, cada dia era numa vila, então lá, entrava com dois enfermeiros: um enfermeiro cuidava da saúde da criança e o outro da saúde do idoso, e da mulher geralmente era pela parte da tarde, isso de manhã, a tarde era atendimento no Pólo, já fazia atendimento da mulher, e já coletava o pccu e fazia pré-natal" (Mé. Thá:ro).

Constatou-se a prática de visitas domiciliares que também é preconizada pelo Ministério da Saúde na atenção básica cuja finalidade é atender aos pacientes que não tem possibilidade de ir a uma unidade de saúde, que possuem algum tipo de problema de locomoção, como pessoas idosas. Essa atividade também é executada pelos profissionais de saúde do DSEI/ARN. Os relatos a seguir mostram como essa atividade ocorre nas comunidades indígenas:

"Às vezes a enfermeira me repassava, quando tinha um paciente, mas grave, ou o AIS mesmo me informava. Eu falava nas reuniões se algum paciente que não pode se locomover, iríamos fazer visita domiciliar, dependendo de cada caso" (Mé. Thá:ro).

"O atendimento em algumas comunidades é realizado na casa deles né então só não recebe atendimento quem não quer. Alguns preferem atendimento no centro comunitário. Outros não esperam eles vão para roça, aí a gente também não pode forçar" (TE. Yáwi).

A partir das falas dos entrevistados constata-se que as visitas domiciliares não são frequentes nem rotineiras nas comunidades indígenas. Apesar da importância e efetividade das visitas domiciliares, poucas equipes utilizam esse tipo de atendimento, em sua maioria realizam a visita somente quando são informados por outros profissionais ou usuários sobre alguém acamado, segundo os profissionais entrevistados.

A seguir, o entrevistado se refere à realização da educação em saúde durante o atendimento, outra atividade que é preconizada pelo Ministério da Saúde. Observa-se que os assuntos abordados ocorrem de acordo com a solicitação de cada comunidade, sendo que essas atividades buscam sensibilizar a população para a aceitação de determinados procedimentos.

"Ao iniciar o atendimento trabalhamos primeiro educação em saúde com eles, os assuntos são solicitados anteriormente por eles. E é solicitado para gente trabalhar educação e saúde referente vários assuntos" (EF. Nêwi).

"Então, fazemos palestras buscando sempre apresentar muita gravura para poder sensibilizar, principalmente quando se trata do PCCU, que tem uma resistência muito grande das mulheres, então a gente explica o que acontece quando a mulher está com câncer" (TE. Yáwi).

Segundo a PNASPI, os atendimentos prestados à população indígena deveriam ser executados de acordo com a necessidade epidemiológica que cada povo, voltado para realidade local de cada povo. No entanto, nas respostas dos entrevistados verifica-se uma atuação voltada para o alcance das metas, como podemos verificar abaixo:

"Então nós temos uma meta alcançar. Que são direcionados por cada núcleos, aí tentamos realizar todos os atendimentos e alcançar essas metas, então tentamos atender a todos" (Mé. Pisana).

"Se for preciso dormir 2,3,4 dias a gente dorme, mas tem que realizar todo trabalho, tem que sair dali com um trabalho terminado nós temos que ter a produção das atividades, nós temos que correr atrás os atendimentos eles variam muito de comunidade para comunidade" (TE. Kuhéni).

"Eu acho que o fato de eles viajarem muito acaba atrapalhando o alcance das nossas metas. Atrasam na cobertura das vacinas das crianças eles viajam muito" (TE. Mápa).

5.3.1 Desafios no trabalho no DSEI/ ARN

No DSEI/ARN, a população é composta por uma diversidade étnica, e esta população encontra-se distribuída em uma enorme extensão territorial (Figura abaixo), composta por distintas características geográficas, que em certas situações dificultam o deslocamento e por conseguinte, a execução, do trabalho dos profissionais no DSEI.

Há muita variação de tempo de deslocamento, podem ser relativamente perto ou levar cerca de uma semana, dependendo das localidades, condições das embarcações e período de sazonalidade dos rios (seca, cheia, vazante, enchente).

Outro problema é o preço dos combustíveis na região de São Gabriel, que possui o valor bem mais alto em relação à capital Manaus, nesse sentido, as viagens apresentam gastos exorbitantes, ainda mais considerando as grandes distâncias percorridas pelos rios

e calhas para se deslocar até as comunidades atendidas. Nesta região os trechos de rios e calhas geralmente possuem condições consideradas problemáticas, com trechos encachoeirados, não permitindo um deslocamento rápido dos agentes de saúde até as comunidades e distritos.

A área de abrangência do DSEI/ARN foi determinada de acordo com a delimitação das terras indígenas demarcadas (GARNELO, 2014) (Figura 1). O território de atuação do DSEI/ARN abrange uma área de 290.442,405 km², atingindo 18,75% da área total do Estado, quase um quinto de sua extensão.

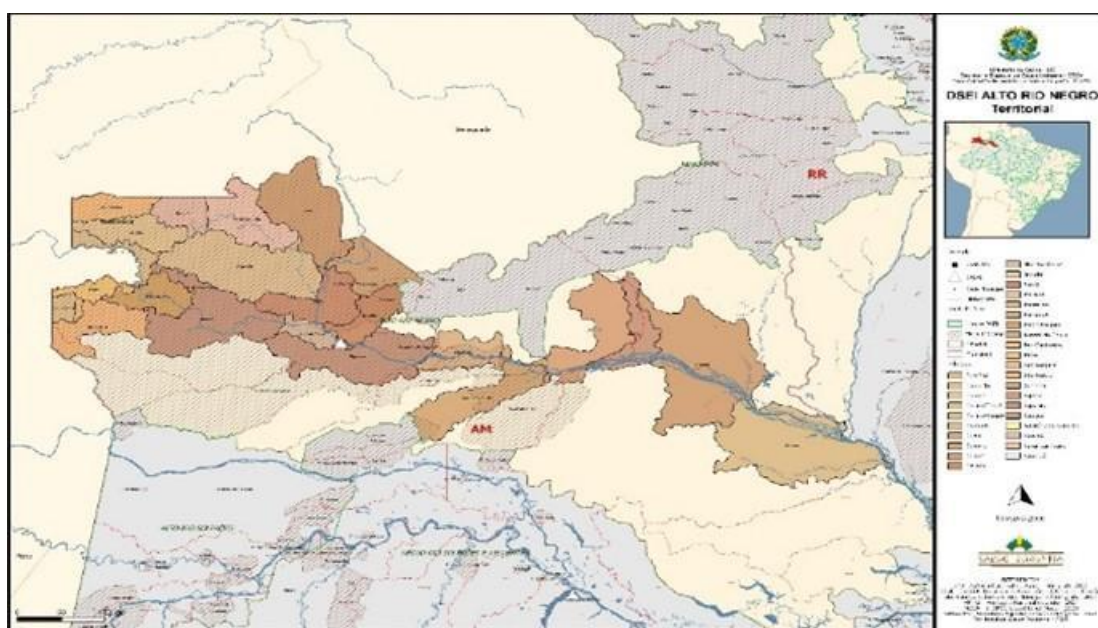


Figura 3: Mapa de localização do DSEI/ARN.

Fonte: MS/SESAI/2017

Devido a estas dificuldades de deslocamento, os profissionais do DSEARN executam certas atividades relacionadas à atenção secundária, devido às intercorrências e urgências que precisam responder. O relato abaixo mostra essa situação:

"O trabalho que realizamos é considerado atenção primária, mas eu acho que deveria mudar essa situação, porque a gente trabalha com atenção primária e secundária ao mesmo tempo. Nas remoções não tem a liberação das medicações de urgência e emergência porque a gente está na atenção primária. Eu acho que o pessoal em Brasília deveria vir ver um pouco e conhecer a realidade ficar uns 30, 40 dias aqui dentro da comunidade para ver como é a realidade nossa" (EF. Phirípoma Kiwarí).

Na fala acima se enfatiza uma atividade muito referida no DSEARN, que é a remoção dos pacientes graves, daqueles que não se consegue solucionar o problema de saúde no Pólo base, ou quando o usuário necessita de um atendimento específico. A remoção significa o transporte do paciente e seus acompanhantes para o centro urbano do município de São Gabriel da Cachoeira. No entanto, o município não apresenta todas as estruturas necessárias, para enfermos em estado muito grave, como não tem UTI nesses casos são removidos, eventualmente para outras cidades, principalmente a capital Manaus. Através dos relatos é possível verificar que as remoções ocorrem tanto por via aérea como pela via fluvial. Vejamos a seguir nos relatos abaixo:

"Os grandes desafios que a gente tem é a demora de remover, a locomoção de um lugar da comunidade para a cidade, as ocorrências meteorológicas as dificuldades geográficas que interferem muito na remoção" (TE Eínu).

"A demora às vezes ocorre por falta de profissional, às vezes só tem um técnico, mas precisa de um enfermeiro e não tem como ele ir. Às vezes demora do helicóptero não pode sair porque está nublado. Então tem que ficar esperando a gente não tem material suficiente para segurar o paciente e às vezes a gente acaba perdendo o paciente no meio da remoção" (EF. Icída).

O atendimento durante a remoção é marcado por diversos desafios, desde dificuldades para ultrapassar barreiras naturais como corredeiras, a fenômenos meteorológicos; a falta de profissionais e estruturas adequadas para o transporte, falta de medicamentos adequados para a situação encontrada. Destaca-se que recentemente houve uma melhora no traslado desses pacientes, pois anteriormente era feito somente por via fluvial, e hoje ocorre por via aérea em locais de difícil acesso. Observamos ainda que a falta de medicamentos de uso de atenção secundária como injetáveis é um dos principais motivos dessas remoções.

Assim, outra característica do trabalho no DSEI/ARN é a logística que compõe a rotina de trabalho das equipes que envolvem o manejo de motores, botes, gasolina, gerador, frízer, lona entre outros.

Dessa forma, as equipes também são compostas de barqueiros e motoristas que dão todo suporte para a entrada dos profissionais, para o atendimento de rotina e remoção. Evidenciamos nas falas abaixo que neste setor precisa de profissionais que conheçam as

diversidades geográficas de cada região, as realidades locais e as necessidades da logística. Conforme as menções abaixo:

"A logística é fundamental para atuação! quem fica nesse setor tem que conhecer a realidade. Enquanto nós estamos tentando salvar o paciente onde tudo pode acontecer na tua mão! Os locais distantes! O rio seco! Tudo isso é empecilho para o nosso trabalho fluir, a questão logística, a distância. São questões que dificultam um atendimento adequado" (Mé. Thá:ro).

"Uma das maiores dificuldades é a logística, a grandeza do território no rio, o acesso aos diversos rios cheios de pedra, então quando a gente precisa tirar um paciente demora muito na seca, nós temos problemas então, a logística acaba atrapalhando um pouco o bom andamento do trabalho" (Mé. Pisana).

De acordo com os relatos e nas respostas acima a dificuldade na logística na saúde indígena no Alto rio Negro interfere diretamente na atuação dos profissionais de saúde do DSEI/ARN, pois dependem do bom funcionamento deste setor para dar suporte na execução das atividades em área. Os relatos demonstram que as dificuldades prejudicam o trabalho da equipe na remoção dos pacientes e entrada dos profissionais na área.

Os entrevistados enfatizaram as dificuldades da gestão em resolver os problemas apontados pelos profissionais. Pelas respostas identifica-se que estes problemas afetam diretamente a atuação destes profissionais na área durante o atendimento à população. Pode-se confirmar este contexto com as respostas abaixo:

"Sim é conversamos com a gestão, quando chegamos de viagem repassamos toda a nossa dificuldade encontrada durante o atendimento no período que permanecemos em aérea. Mas, entra ano e sai ano, esperamos mudanças, mas, nunca tem mudança. Não é nem por nós, mas sim por eles os pacientes a mudança na Melhora para saúde deles" (TE. Kuhéni).

"No planejamento do DIASI, poderiam definir as equipes por afinidades, se sabe que aquela pessoa já teve atrito com a outra! Então, evitar de colocar junto no mesmo Pólo, porque se não tiver uma equipe unida, pode ser o melhor do mundo! Mas não vai fluir nada! Porque 30 dias é 30 dias ralado. E isso conta muito na produtividade e recepção do paciente" (Mé. Thá:ro).

As respostas acima dos profissionais demonstram descontentamento com a gestão em consequência da falta de resolutividade dos problemas por eles apresentados durante a entrega do relatório das atividades realizadas. Ressaltam também que esses problemas comprometem diretamente a saúde da população, bem como, as atividades realizadas por esses profissionais na área.

Outra característica observada por meio das entrevistas foi às dificuldades no relacionamento pessoal entre as equipes, e que compromete o atendimento nas comunidades. De acordo com as respostas apresentadas a seguir:

"E muita das vezes alguns colegas acabam desrespeitando o próximo, não reconhecem o que a pessoa adquiriu de conhecimento, às vezes não aceita a opinião pelo fato de ser técnica, então isso traz conflito na equipe" (TE. Yáwi).

"Até mesmos a questão do trabalho em equipe, dentro da equipe. Tudo depende da tua equipe! Se tu entrares com uma equipe péssima! Um enfermeiro que não gosta de ti! Um técnico que não gosta de ti, não vai fluir! Não vai" (Mé. Thá:ro).

Esses conflitos interpessoais estão relacionados com a atuação por períodos intercalados em área indígena, às equipes permanecem durante os 30 dias atuando e convivendo junto. Esse convívio intenso pode gerar conflitos segundo os relatos, que podem prejudicar o desenvolvimento das atividades nas comunidades. As equipes são definidas pela gestão, nem sempre levando em consideração as afinidades ou processos de facilitação dessa convivência.

5.3.2 Precariedades na atuação no DSEI/ARN, e a falta de estrutura na comunicação

Os problemas assinalados pelos entrevistados sobre suas experiências de atuação na saúde indígena no DSEIARN foram diversos, descritos como: a falta de material pedagógico para a realização da educação em saúde; a ausência da radiofonia, dificultando a comunicação com as comunidades; a falta de estruturas adequadas para realização dos atendimentos à população; a carência de insumos para prestar assistência com efetividade; além de outros problemas já mencionados como a questão da logística para deslocamento da equipe em área e para realizar remoção; e, por fim, a falta de resolutividade da gestão diante dos problemas apresentados. Iremos trazer elementos das entrevistas acerca desses pontos:

"Hoje é difícil, a coordenação só cobra as metas, mas eles não dão estratégias de como devemos trabalhar, fica difícil porque não tem material para levar para fazer palestras. Os enfermeiros que tiram do [próprio] bolso para providenciar o material, depois desenhamos no papel madeira conforme o assunto que será abordado e população que pretendemos trabalhar" (TE. Yáwi).

"Os pacientes das comunidades gostaram e participam das atividades de educação e saúde, mas só que, para gente trabalhar é preciso tirar dinheiro do bolso para executar, não temos o apoio da gestão para essas atividades" (TE Eínu).

Outro item relativamente importante na prestação de assistência através de atividade educacionais, é que não foi mencionada a participação do profissional pedagogo para orientação dos profissionais, na organização das informações de formas apropriadas e voltadas para a realidade local. Também não apresentam preocupação quanto ao conteúdo didático desse material.

Outra dificuldade apontada pelos entrevistados é a precariedade das condições de comunicação, que em área indígena ocorre através da radiofonia ou telefone celular com as comunidades em área.

A comunicação é uma importante ferramenta para articulação e desenvolvimento das atividades dos profissionais nas comunidades, para circular informações quanto ao cronograma ou mudança de agendamento, em caso de algum imprevisto. As comunidades, e particularmente os Agentes Indígenas de Saúde, precisam informar a equipe em caso de algum acidente ou paciente grave.

"A comunicação ela é verbal parando em cada comunidade avisando o cronograma, no caso se não tiver contato anterior através da sede, porque não temos rádio no polo" (EF. Kuphe).

"Já temos o cronograma pré-definido, vamos parando em cada comunidade e avisando, porque no Pólo não tem radiofonia, então não tem como repassar previamente as informações" (EF. Nêwi).

"Para mim a questão da falta de comunicação, hoje em dia essa é a minha maior dificuldade principalmente nessa área, às vezes perdemos pacientes por causa disso" (EF. Kuphe).

As falhas de comunicação podem gerar atrasos nos atendimentos, e por vezes, compromete a participação da comunidade no dia agendado para atendimento.

Durante o período de trinta dias em que a equipe permanece em área indígena é de fundamental importância a interação da equipe com a comunidade; para orientações aos Agentes Indígenas de Saúde, particularmente, no cuidado aos pacientes até a chegada da equipe em caso de urgências; e ainda para acompanhar o trajeto que a equipe está percorrendo as comunidades.

Outro problema mencionado pelos entrevistados foi a falta de estrutura e insumos e falta de equipamentos médicos adequados para realizarem as atividades. Observou-se que a precariedade e a ausência de equipamentos atrelado às condições de atendimento comprometem a qualidade da atenção oferecida, como se pode observar a seguir:

"Questão estrutura mesmo! Tudo isso poderia melhorar na questão de equipamentos básicos! Um estetoscópio de boa qualidade, um aparelho de pressão bom. Não tem condições de trabalho, não tem um sonar bom, não tem nebulizador, não tem um ponto pelo menos de luz para nobilitar, entendeu? Tudo isso traz melhorias evita muitos resgates" (Mé. Thá:ro).

"Tem algumas comunidades que são grandes, precisamos pernoitar passar dois dias ou mais e não dá, porque a gente entra com vacina, muita das vezes as comunidades não têm energia, então não temos que passar no máximo dois dias e retornar para o Pólo" (EF. Nêwi).

"As dificuldades são várias, a gente não tem os materiais adequados que precisamos para trabalhar como insumos, até balanças estar faltando" (EF. Phirípoma Kiwarí).

"Porque quando você chega num lugar desse, você desanima, você não tem nada, você está sozinho, muita das vezes a equipe estar lá, mas o apoio é pouco no sentido de material, no sentido de medicamento" (Mé. Pisana)

Nas respostas acima demonstram também que as condições precárias afetam os profissionais, causando o sentimento de impotência perante tamanhas dificuldades e a necessidade constante de improvisação.

Por outro lado, diante dos diversos problemas apresentados durante a atuação no DSEI/ARN, os profissionais desenvolvem estratégias para minimizar essas dificuldades em área durante a atuação.

"É que quando trabalhos na sede, temos tudo ao nosso alcance. Já na saúde indígena não! Você tem que pensar nas estratégias para você tentar alcançar os objetivos durante a atuação em área" (EF. Nêwi).

No entanto, em relação ao contexto interiorano, na cidade, sede, o profissional EF. Nêwi, salienta que as práticas e tratamentos nos pacientes, torna-se mais produtivo, pois segundo este, em sua percepção consegue alcançar seus objetivos e metas, devido a facilidade de estarem inseridos em uma área que não necessita estar pensando em estratégias ou resoluções como nas comunidades indígenas.

Na educação em saúde os profissionais mencionam o uso de recursos áudio visuais para chamar atenção aos conteúdos, conforme a seguir as falas:

"Um Datashow facilita muito o nosso trabalho, porque você passar 15, 20 minutos falando as pessoas vão se retirando, porque não tem o que chamar atenção, com o Datashow não, o pessoal participa eles gostam, porque querem ver imagem e quando você mostra a imagem no papel é pequena então isso não atrai eles"(TE. Yáwi).

"Cansei de ficar só falando, não chama muita atenção deles, eu sempre trabalho o lúdico eu faço cartazes, eu imprimo fotos porque são problemas que interfere na vida deles, então mostro as imagens para sensibilizá-los" (EF. Nêwi).

Entretanto, ressaltando que nem todas as comunidades indígenas possuem energia, de modo, que é bastante frequente o uso de cartazes.

Outra estratégia observada é a utilização do envolvimento e participação das lideranças na definição do local e organização dos atendimentos buscando facilitar o desenvolvimento das atividades dos profissionais da área. Como pode-se conferir nas respostas a baixos:

"Sempre estamos com a enfermeira. Quando chegamos, ela nos apresenta e reunimos com a liderança é repassado o cronograma para eles, falamos sobre o trabalho que será realizado, em seguida ele convoca a população através do sino" (CD. Kéhuri).

“Na verdade, quem define o local para atendimento é a comunidade a maioria deles já tem o local próprio. As lideranças já deixam tudo arrumado, quando chegamos vamos direto para o local indicado. Então eles fazem o máximo possível para nos acomodar, e não podemos exigir tudo deles, pois já oferecem o melhor que eles têm para gente pode trabalhar” (EF. Kuphe).

A participação das lideranças é de fundamental importância para que os profissionais tenham êxito nos atendimentos nas comunidades, podemos verificar que a organização das atividades, definição de local, apresentação da equipe e convocação dos usuários são primeiramente pactuados com os líderes comunitários e depois repassados aos profissionais de saúde.

Para a melhoria das condições de comunicação, os profissionais referiram utilizar, além da radiofonia, o aviso escrito no papel entregue ao agente indígena de saúde ou a uma liderança, que repassará as informações aos usuários.

"Primeiro a gente passa avisando que a gente vai passar tal dia, quando tem agente de saúde a gente deixa recado ou de entrega para o capitão" (TE. Kuhení).

"Então como não podemos ter uma reunião com todas as lideranças por causa da distância entre as comunidades, então fazemos um cronograma sempre iniciado pela comunidade mais distante do polo, quando vamos subindo, já vamos informando as outras comunidades, explicando os procedimentos que serão realizados e o dia que vamos chegar. Se eles falam que não dá para aquela data, então agendamos outra data, é dessa forma que trabalhamos sempre com as lideranças" (EF. Kuphe).

Os entrevistados ressaltam a importância da atuação das lideranças tanto pelo seu papel político que exercem em suas comunidades, quanto na operacionalização das atividades, pois, algumas dificuldades estruturais para o atendimento em área indígena são solucionados pelas lideranças.

5.3.3 A particularidade das experiências do profissional indígena na atuação do DSEI/ARN

A diversidade indígena no Alto rio Negro é muito ampla e complexa onde cada povo tem sua especificidade. Buscamos identificar as dificuldades no convívio com as

diferenças socioculturais e linguísticas, que percebemos que não ocorrem somente com os profissionais não indígenas.

Ressaltamos que o fato de um profissional ser indígena não garante que ele detenha conhecimentos sobre todos os povos indígenas, ou até mesmo sobre o conjunto de comunidades da sua etnia. Nesse sentido, os profissionais indígenas também referem um importante aprendizado a partir do trabalho na saúde indígena, no convívio com as diferentes populações indígenas e nas capacitações realizadas.

"Apesar de ser indígena eu nunca tinha vivido essa experiência, mesmo tendo uma família que já atuou na Saúde indígena. Antes disso não tinha dado conta dessa diferença, a partir da atuação como profissional, que passei a entender e me fez mudar ser mais humano, e compreender minha etnia Baré" (CD. Kéhuri).

"Eu não tinha muito conhecimento na época, fui orientada e só aí passei a entender quais são as nossas diferenças, apesar de sermos todos indígenas nós temos diferenças entre as culturas, etnias, crenças e em cada calha de rio sempre tem diferença" (TE. Yáwi).

"Antes de trabalhar na saúde eu achava que era tudo igual. O rio Waupés as comunidades são diferentes, no médio Waupés e diferente do alto Waupés sendo da mesma calha" (EF. Icída)

Por outro lado, os profissionais da saúde que são indígenas referem algum conhecimento prévio sobre os cuidados em saúde e a sua diversidade na região.

"A gente querendo ou não, a gente convive com esses cuidados, tem nossos antepassados que nos ensinaram também, nós que somos descendentes de indígenas sabemos que cada povo tem seus cuidados, então não é novidade pra mim" (Mé. Thá:ro).

"Eu sou indígena, nós temos isso na nossa cultura, nós temos isso no nosso sangue, no nosso pensamento, a gente amanhece já estamos preparados para deparar com a nossa cultura" (TE. Yáwi).

"Como profissional não! Mas, por experiência pessoal por ser indígena sim, já conhecia como que era a população indígena seus costumes, pelo menos da minha etnia Baré eu sei. Com relação às outras não" (EF. Kuphe).

Verificou-se através das respostas dos profissionais que a introdução de profissionais indígenas no mercado de trabalho na saúde indígena torna-se cada vez mais frequente. Com isso surge também a cobrança das comunidades pelo seu melhor entendimento dos conhecimentos tradicionais e línguas.

"É uma coisa muito complexa você profissional da saúde já é complicado e ser um profissional indígena na área indígena é muito mais complexo porque a gente tem que fazer uma avaliação de tudo como pessoa e como profissional. Naquele momento você não pode ser só profissional, então a gente não pode ser tecnicista nós temos que ser mais humanista, o nosso lado indígena também se manifesta, mais do que em outros locais como na capital eu acho que é isso que é diferente" (CD. Kéhuri).

"Eu percebo isso aqui em São Gabriel [da Cachoeira] tem uma cobrança cultural muito grande com os profissionais de saúde da região que moram aqui na cidade, existe essa cobrança muito grande da população com esses profissionais indígenas daqui de São Gabriel" (TE. Kúmada).

"Eu sempre me apresentava como Baré e sempre tinha essa cobrança de falar a língua, eles achavam que eu queria ser o warichi (enxerida) por não falar, então eles me julgavam muito. Mas não falava por porque não aprendi quando era criança, então pelo fato de ser indígena, e não saber falar, tinha um certo preconceito, depois a gente fomos conversando e eles foram me ensinando e eles foram entendendo e hoje eu estou bem" (CD. Kéhuri).

Nos relatos acima, se identifica alguns desafios para os profissionais indígenas, pois também passam por uma adaptação para atuar com diversos povos e suas línguas. Importante ressaltar que se percebe que a busca pela escolaridade, frequentemente esteve associada com a convivência com o preconceito e racismo, gerando diferentes estratégias de resiliência.

Ao mesmo tempo, verificamos nas falas dos entrevistados que as práticas de saúde realizada pelos usuários indígenas eram familiares, pois são cuidados que também são praticados por eles, repassados pelos seus antepassados.

Ressaltamos também a presença de profissionais indígenas em diversas categorias profissionais do nível superior, mostrando o retorno e conquista da luta indígena pelo

acesso à educação, porém observamos também que existe uma cobrança por parte dos usuários a estes profissionais em relação à língua e costumes.

5.3.4 A importância da negociação e articulação com as lideranças das comunidades

Através das respostas dos entrevistados observamos que a negociação é uma das estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde do DSEI/ARN para obter êxito durante sua atuação junto à população indígena e conseqüentemente conseguirem alcançar os objetivos das atividades propostas.

Observamos nos relatos que uma estratégia frequentemente utilizada é a negociação com os representantes da comunidade representado pelo: professor indígena, agente indígena de saúde, aos idosos e ao capitão, essas pessoas são denominadas de lideranças da comunidade. Importante destacar que observamos que não se evidenciou a centralidade do papel no AIS na interlocução entre comunidade e EMSI.

As lideranças comunitárias são eleitas pelos moradores, indicadas ou são idosos que já exerceram esse papel por muito tempo. As lideranças possuem a atribuição de representar a comunidade no seu diálogo e interlocução com os atores externos e instâncias governamentais, como em momentos de reivindicação, tomada de decisão e participação em eventos.

Os entrevistados destacaram que a intermediação da liderança junto à comunidade é fundamental para o alcance dos objetivos e efetivação das atividades desenvolvidas pelos profissionais na saúde indígena:

"Normalmente logo na primeira subida eu procuro logo as lideranças, procuro agente de saúde, então a primeira vez que eu entrei para Tunuí eu tive muita dificuldade, porque eu não sabia quem era liderança, tentando conhecer quem era, aí então foi muito difícil" (EF. Icída).

"A gente reunia com as lideranças e definia então tal dia é na vila Aparecida, então o representante deles a liderança deles já diziam, eles já estavam sabendo que a gente ia chegar lá, então toca aquele "sininho", então eles sabem que a gente estar ali" (MÉ. Tháro).

"Aí eles são bem mesmo! Assim..., tem pulso, mas, também são bem abertos a nossa opinião, a nossa... Expor nossas ideias para eles, né" (MÉ. Tháro).

"Tem algumas comunidades que o capitão ajuda muito, mas tem algumas comunidades que o capitão não ajuda não demonstra interesse" (TE. Kuhní).

A cooperação das ações entre lideranças comunitárias e a equipe de saúde é fundamental, pois assim os profissionais entendem a dinâmica do funcionamento da comunidade, estabelecem uma relação de proximidade e vínculo e assim, os entrevistados referem que o desenvolvimento das atividades é melhor:

"A liderança indígena para gente é fundamental então quando a gente chega à comunidade deles, eles que ajudam a gente, até a gente entender como é que funciona a situação deles dentro daquela comunidade, eu acho que as lideranças indígenas eles são os principais da Aldeia" (EF. Phirípoma Kiwarí).

Os profissionais de saúde utilizam a influência dos líderes comunitários com a comunidade para terem êxitos nas ações, parece ser fundamental o diálogo prévio dos profissionais com as lideranças, esse reconhecimento da função que exercem perante a comunidade facilita a negociação do plano de trabalho pretendido pela EMSI, e é elemento facilitador para a sua efetivação:

"Aguardamos a resposta deles de acordo com a necessidade de cada Líder que fala durante a reunião, então durante a reunião a gente cria o cronograma de acordo com as necessidades deles" (MÉ. Pisana).

"Todas as comunidades têm uma liderança eles recebem muito bem as equipes eles reúnem as comunidades a gente pergunta como é que vai ser o atendimento" (EF. Nêwi).

Os entrevistados ressaltam a influência das lideranças perante as comunidades em sua percepção do trabalho da equipe, o que define o resultado das negociações realizadas pelos profissionais. Então, o resultado programação das atividades das equipes é definido pelas lideranças, dessa forma, podemos afirmar que as equipes precisam ser exitosas nesse diálogo:

"Então, por exemplo, em Pari Cachoeira que entrei só uma vez, a gente foi bem recepcionada, as lideranças, elas também se impõem bastante! É tudo do jeito que eles querem!" (MÉ. Tháro).

Fundamental observar que alguns entrevistados explicitaram que a decisão do agendamento das atividades é feita pelas comunidades, de modo que as equipes precisam se organizar de acordo com as disponibilidades apresentadas:

Se a gente não avisar ao capitão, eles não esperam. E é assim, se você adiar, eles que vão escolher os dias que você vai trabalhar. Por exemplo: eles dizem, "tu já marcaste para o dia de hoje, mas como não deu a gente vai reunir com todo mundo para dizer qual dia que vai dar pra todo mundo estar aqui", e aí eles remarcam e avisam o dia que podemos ir à comunidade (TE Eínu).

Além do cronograma, os entrevistados destacaram que as comunidades ajudam a definir quais problemas e ações de saúde serão executadas, e dessa forma, podemos apontar que existe um direcionamento ativo das atividades na atuação das EMSI:

"Buscamos realizar as atividades de acordo com as particularidades de cada comunidade, por isso reunimos as lideranças" (MÉ. Pisana).

"O capitão da comunidade que através deles você vai saber o que está acontecendo na comunidade que é fundamental para um bom atendimento" (EF. Mawari).

Como dimensão fundamental para a boa parceria da equipe com a comunidade é o estabelecimento de uma relação de confiança com o capitão, o que vai impactar também diretamente no resultado das atividades e envolvimento comunitário:

"Sim porque eu consigo confiança do capitão e aí ele já chama a comunidade, então ele ajuda muito, porque ele já chama a população para vir no atendimento e a população ela escuta muito que o capitão fala, então procura de trabalhar junto né" (EF. Icída).

"Então eles que definem o modo como a gente vai realizar o atendimento, eu percebi que a gente ganha mais confiança porque a gente tá fazendo da forma que eles querem que seja feito o atendimento na comunidade" (CD. Kéhuri).

Dessa forma, também a falta dessa relação de confiança com as lideranças, pode resultar em prejuízo no desenvolvimento das atividades:

"É porque se a liderança não está do nosso lado, e ele falar que faz mal, então toda comunidade vai acreditar no que é liderança fala, e

não no que a equipe fala. Então a liderança ela tem um peso muito grande na comunidade" (TE. Kuhení).

Percebe-se que a negociação com as lideranças é destacada nesse contexto intercultural para execução das ações de saúde, fortalecendo o vínculo com as comunidades perante sua atuação na saúde indígena.

O estabelecimento do vínculo e de convívio da EMSI com a comunidade também foi destacada como dimensão fundamental para o desenvolvimento do trabalho nas comunidades:

"Bem, pelo menos da minha equipe por onde eu já trabalhei a gente tem que se dar bem, a gente tem que interagir com eles porque senão, se não tiver isso vai ter briga é profissional brigando com liderança" (TE. Kuhéni).

"Eu acho que no momento do mingau né eles falam eles compartilham um pouco do surgimento da comunidade, do conhecimento deles, as vezes também durante o banho a gente conversa com as mulheres como é que eles tratam, como é que eles cuidam, a quem eles recorrem para os cuidados eu acho que esses momentos são fundamentais para fortalecer o vínculo"(CD. Kéhuri).

"Sim, os encontros no centro comunitário são momentos importantes que você vai observando e tentando entender o modo deles viverem onde eu também tiro as dúvidas e já vou perguntando como é que se pronuncia como é que se faz" (EF. Phirípoma Kiwarí).

"O convívio com eles me trouxe mudanças principalmente em ouvir, observar as vezes você acha que tá ensinando, mas você está é aprendendo com o modo de vida deles" (EF. Mawarí).

Os entrevistados falam nos relatos acima da importância da sua presença e participação em momento da vida comunitária, como durante a refeição, banho de rio ou em encontros nos centros comunitários, são as principalmente ocasiões que proporcionam aos profissionais um aprendizado sobre a dinâmica do modo de vida da comunidade que contribuirá para organização das atividades na execução da atenção diferenciada. Essa relação beneficia bastante nas práticas e no entendimento de algumas situações culturais, no que se refere ao tempo, espaços e relações existentes entre os atendidos.

Isto se relaciona com a proposta de trabalho comunitário na APS, que dispõe sobre os vínculos e parcerias com os recursos comunitários. Schweickardt (2020) em estudos na região do Alto rio Negro, afirma em seus resultados que além do intenso trabalho, a equipe de saúde que trabalha nesta região, se depara com uma realidade com características específicas, tais como conflitos e tensões de ordem cultural, emocional e laboral. Nessas situações, segundo os autores, os profissionais de saúde têm a necessidade de criar as condições para o diálogo intercultural para realizar o trabalho de saúde.

5.4 Os sentidos da atenção diferenciada para os profissionais de saúde no DSEI/ARN

Sobre a sensibilidade cultural de profissionais da saúde, a PNASPI através dos DSEIs, optou pelo termo atenção diferenciada para expressá-la (GARNELO, et al., 2019). Sob o viés dos povos indígenas, a medicina tradicional continua a imperar passando por diversas gerações. Assim, os DSEIs, têm procurado se articular através da atenção diferenciada, promovendo o respeito pelas culturas indígenas.

Garnelo, et al (2019) enfatiza em seus estudos a falta de um conceito de atenção diferenciada nos documentos da política de saúde indígena. Considerando que somente com um conceito claro se pode melhor orientar a atuação de profissionais no subsistema, recorreremos à literatura para melhor caracterizar esse eixo estruturante da atuação em saúde indígena.

A implantação da saúde indígena ocorreu após diversos diálogos e mobilizações de instituições que defendiam a causa indígena com a participação das lideranças indígenas em busca de um atendimento de saúde diferenciado para a população indígena. Segundo Garnelo et al., (2019), a PNASPI apresenta a transcendência da sensibilidade cultural nos direcionamentos de ações e práticas de saúde nos Distritos, assim o PNASPI utiliza para esta temática, o termo atenção diferenciada.

Diante de tais prerrogativas, que envolve o tema, para Garnelo et al. (2019) deveria ocorrer uma articulação entre os saberes científicos e tradicionais indígenas, que guardam interfaces com os atributos da APS, em meio ao reconhecimento e a elaboração das ações locais relacionando-as com as características étnico-culturais e a diversidade nos modos de analisar a doença, e a partir disso tudo, aplicar e desenvolver estratégias de cura e cuidados e posteriormente mobilizar redes sociais e familiares para lidar com

as situações e assim buscar resolver os problemas de saúde dessas populações de maneira efetiva .

5.4.1 Atenção diferenciada como um modo de fazer atenção primária no território

O primeiro sentido da atenção diferenciada expressa pelos entrevistados foi quanto ao deslocamento das equipes para as comunidades. É implícito também o sentido do atendimento ser realizado pela busca ativa no território e não por demanda espontânea na unidade.

"No meu entendimento atenção diferenciada é quando a gente leva o atendimento para pessoa lá em sua casa" (TE. Yáwi).

"Atenção diferenciada é quando você está perto deles, na casa deles, prestando atendimento e dando atenção para eles no território deles nas comunidades, não numa atenção hospitalar" (EF. Mawari).

"Eu vejo atenção diferenciada como o atendimento que a gente faz na comunidade, fazendo visita domiciliar, marcamos o dia do atendimento de acordo com o cronograma, vejo isso como uma atenção diferenciada" (TE. Kuhení).

"Atenção diferenciada é aquilo que eu falei aqui na cidade é a população que vai atrás do atendimento, na saúde indígena é a equipe que vai atrás do dos pacientes" (EF. Kuphe).

Esse sentido, relacionado a uma estruturação da atenção a partir do território e nas ações programadas com busca ativa, se relaciona com os próprios marcos da atenção primária, como descrito por Starfield (2011). A Atenção Primária é a base da estruturação dos distritos sanitários indígenas, rompendo com as estratégias anteriores de foco na demanda espontânea de busca do usuário pelo serviço. Nesta pesquisa, se analisa que esse primeiro grupo pelas falas, parece apontar para um entendimento pouco aprofundado sobre a APS e da atenção diferenciada.

Em outros relatos, os profissionais apontam que a atenção diferenciada está vinculada a condições de realização do trabalho nessa modalidade de atenção primária, em espaços coletivos.

"Porque é diferente o atendimento do posto na cidade para a área indígena, lá os atendimentos são coletivos, aqui no posto não, o atendimento é individual numa sala específica" (EF. Icída).

"As consultas são diferentes, temos que realizar atendimento no centro comunitário, onde todo mundo está vendo, temos que ir atrás deles" (EF. Icída).

Nas falas acima, é perceptível, que os profissionais compreendem as diferenças entre os espaços que trabalham, essa percepção é importante, pois, os atendimentos nas comunidades, conforme relatos são considerados mais precários. Então, o profissional deve e tem que adaptar-se ao contexto em que se insere. Assim, os entrevistados comparam a atuação em território indígena com o contexto urbano, nesse processo, conforme as falas acima destacaram as dimensões de modo de organização e fluxos de atendimento, mas que ressaltam precariedade e improviso nas áreas rurais do município.

Destacamos outra característica da organização da atenção ressaltada como diferenciada, que é o caráter de atendimento por 24 horas, e que não se limita somente a ações de atenção primária, mas frequentemente casos mais complexos e urgências:

"É diferenciado porque a demanda é espontânea, não temos horário para realizar o atendimento, não temos um número de atendimento por paciente, mesmo sendo atenção primária atendemos outras situações então vejo isso como diferenças. Se vierem para cidade é aquela dificuldade, não tem atendimento no final de semana no posto de saúde. Nas comunidades ficamos 24 horas de prontidão" (Mé. Pisana).

Outro sentido atribuído à atenção diferenciada na saúde indígena expresso pelos entrevistados estava relacionado com o fato de terem que desenvolver as atividades de outro profissional. Isso pode estar relacionado a várias questões, que não pudemos aprofundar, como improvisação, precariedade, irregularidade e rotatividade das equipes, desvio de função ou até uma abordagem mais complementar da equipe.

"é o que posso fazer além do que devo fazer, além da minha competência, quando eu escuto essa palavra atenção diferenciada eu penso logo na saúde indígena, porque muitas das vezes eu como médico vou ter que fazer certos trabalhos da enfermeira que muitas das vezes ela tá ocupada" (Mé. Pisana).

"O nome já diz saúde diferenciada, atenção diferenciada no qual a gente tem que dar mais atenção, então ali durante o atendimento nós somos técnicos, enfermeiro, médico e psicólogo" (TE. Kuhéni).

"Tudo é diferente, às vezes temos que fazer o papel do médico, porque não tem médico, aí a necessidade nos leva a atuar como médico eu acho que isso já é diferente do que no município" (EF. Icída).

Contextualiza-se que as percepções sobre atenção diferenciada estão relacionadas com as características organizacionais do trabalho, precariedade das condições e aspectos da própria atenção primária. Mas também observamos a necessidade de desempenhar diferentes papéis para o desenvolvimento das atividades no intuito de suprir as demandas apresentadas pela população assistida.

5.4.2 Atuação realizada de acordo com as diferenças culturais da população

O trabalho na saúde indígena leva os profissionais de saúde a se relacionarem com uma realidade cultural distinta, e frequentemente desconhecida para alguns profissionais vindos de fora. Dessa forma, outra percepção verificada e dada a atenção diferenciada se relaciona a compreensão das dimensões culturais da população assistida (LANGDON, 2005). Portanto, alguns entrevistados relataram que realizar atenção diferenciada é atuar com respeito às diferenças culturais da população assistida. Sendo que os entrevistados destacam as diversidades de acordo com cada calha de rio. Podemos compreender melhor a partir dos relatos a baixos:

"Já trabalhei em outra área, no rio Negro em Cucuí a maioria são Baré e possuem outros costumes. No Waupés já é diferente. Aí passei a entender a diferença de uma etnia para outra" (TE Eínu).

"Não temos uma receita pronta não, cada calha de rio, comunidade que você vai, são lugares diferentes, trabalhos diferentes principalmente aqui no Alto rio Negro" (CD. Yaka).

"Na calha do Waupés temos um problema com as bebidas, tanto tradicional quanto a bebida alcoólica, então quando marcam trabalho comunitário é necessário reagendar os atendimentos. Coisa que não ocorre na calha do Içana" (TE. Yáwi).

"A questão cultural. Tudo isso no meu ponto de vista é uma atenção diferenciada. Até entre eles! Atender um Hüpda não é o mesmo que atender um Baré. É diferente! Eu não posso exigir o peso de um Hüpda

igual ao peso de um Baré. Eles têm os perfis diferentes, tudo isso conta no atendimento" (Mé. Thá:ro).

As respostas dos profissionais aludem ao reconhecimento das diferenças étnicas existente na Calha do rio Negro e a adaptação do atendimento de acordo com a realidade étnica. Assim, indicam que a dinâmica do trabalho dos profissionais depende da população que está sendo assistida.

Por outro lado, alguns relacionam a atenção diferenciada numa perspectiva como Langdon (2004) ressalta, de articulação com as práticas de autoatenção e na relação com o sistema biomédico:

"Acho que a palavra diferenciada tem haver com o próprio costume deles da forma deles cuidarem da saúde, do benzimento, do cuidado com as crianças que fazem todo ritual" (CD. Yaka).

Há, nas falas acima, a percepção dos profissionais acerca dos rituais ou práticas próprias realizadas pelos usuários/pacientes. Sobre esta situação Langdon e Garnelo (2017), corroboram que a legislação brasileira confere respeito aos povos indígenas e a validação de seus conhecimentos e práticas de saúde. Contudo, o exercício do respeito pelos povos indígenas em intervenções de saúde não simplesmente implica "tolerância" para o outro, em vez disso, requer o estabelecimento de uma versão diálogo entre a equipe multiprofissional centro de saúde, seus pacientes e a comunidade indígenas como um todo. Nesse sentido, podemos pensar que os trabalhos em busca da cura, se complementam para o futuro bem estar do paciente.

"Mas aqui na saúde indígena é diferente devido ao biótipo deles, você vai pesar uma criança de 1 ano e 3 meses que estar dentro do padrão adequado ela pesar 12, 13 quilos. Mas se tu pesar uma criança Hüipda nessa mesma idade ela vai pesar 6 ou 7 quilos, para mim teria que ter uma caderneta própria para eles. Esse resultado não significa que eles são desnutrido ou estão com baixo peso, eles têm esse corpo mesmo, esse é o perfil deles" (TE Eínu).

Percebemos que para realizar um atendimento diferenciado respeitando as diferenças culturais alguns profissionais de saúde aludem em suas opiniões da necessidade de possuir um conhecimento prévio sobre os usuários que serão atendidos, isso proporciona a eles uma melhor organização no atendimento que serão prestados. É de fundamental importância traçar o plano de atividades que deverão ser realizadas

durante o atendimento. Segundo os profissionais, as informações repassadas sobre a população seja pela gestão ou por profissionais que já atuam com essa população contribuem para o êxito das atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde.

"Acredito que para realizar um atendimento diferenciado onde trabalho, com as pessoas é preciso conhecer um pouco delas para poder saber até onde eu posso atuar" (Mé. Pisana).

"A noite eu converso com meus técnicos de como é que a gente vai trabalhar, os assuntos que vamos abordar, porque o atendimento nas comunidades varia muito de um lugar para outro dependem da população que será atendida" (EF. Icída).

"Os profissionais graduados que vêm de fora, eles não são iguais, tem uns que trabalharam e não respeitam a cultura, já vão fazendo o atendimento deles, não conversa com a comunidade. Então eu acho que essa parte que eu estou tendo dificuldade até hoje de lhe dá com os profissionais de nível superior" (TE. Yáwi).

Alguns entrevistados destacaram que a atenção diferenciada tem relação com a construção do itinerário terapêutico que perpassa pela autoatenção e articulação com os sistemas tradicionais de cura. Portanto, ressaltam a escolha dos usuários para definição do momento da intervenção da equipe de saúde. Nas falas abaixo, reconhecem que para que sua atuação seja efetiva é importante que haja interação em conjunto com o usuário, após a escolha do tratamento para o cuidado com saúde. Porém constatamos que essa perspectiva surge após diversas experiências de convívio dos profissionais com os usuários na saúde indígena.

"Mas às vezes temos que dar um passo para trás, porque a escolha do atendimento é deles, até porque eles têm livre-arbítrio de poder escolher o tratamento dele" (Mé. Pisana).

"É quando estamos atendendo, vamos observando, como é que eles se comportam, o que fazem para cuidar da saúde, então a gente observa as diferenças que existem em cada população durante atendimento" (TE Eínu).

Em seus relatos os profissionais de saúde mencionam que essas experiências contribuem para compreensão da atenção diferenciada como reconhecimento das

diversidades culturais da população assistida e dos conhecimentos milenares que contribuem para seus comportamentos e modo de pensar acerca da saúde.

"É influenciou assim, passei a entender porque que eles procuram atendimento da equipe de saúde já no estágio avançado da doença. No convívio com eles pude observar que eles têm a cultura de buscar primeiro outros meios para se tratarem. Com isso passei a ser mais sensível aquela situação e entender que o atendimento é diferente ao da cidade" (Me. Thá:ro).

"Para entender as diferenças é necessário conviver com eles, para buscar saber um pouco mais da cultura deles, porque lá onde estou trabalho agora, são povos de recente contato. Só assim vou compreender como eles fazem os remédios deles e melhorar o atendimento que é diferente" (EF. Nêwi).

"Agora que já conheço, entendi a cultura deles, não tenho problema às vezes eles utilizam os remédios caseiros. Então primeiramente deixamos eles cuidarem e depois fazemos o nosso atendimento e tratamento junto com os deles. Então nosso atendimento não é igual ao da cidade" (EF. Kuphe).

"Atendimento diferenciado é aceitar que eles realizem o Benzimento no paciente, eles podem fazer porque isso faz parte da cultura deles. No início o médico não aceitava o procedimento depois conversei com ele que isso faz parte da cura deles, então temos que deixar" (EF. Phirípoma Kiwarí).

Vale destacar também que os profissionais passam a reconhecer também as formas de relação que os povos indígenas estabelecem com a biomedicina, que também varia com os diferentes grupos e regiões:

"Uma diferença muito grande em São Joaquim todos querem ser atendidos até quem não está doente. Em Papuri não, só busca atendimento quem estar precisando e quer ser atendida. Quem não tem nenhum problema eles não vão, então temos que ir atrás deles" (EF. Kuphe).

"O atendimento diferenciado vai depender de cada cultura, o modo de abordar determinado assunto depende muito da etnia que estamos atendendo. Tem etnia que é mais flexível, aceita melhor, tem outra que é mais resistente, então isso influencia no atendimento" (Mé. Thá:ro).

Observa-se, porém, que os conflitos e recusas em relação ao atendimento biomédico são percebidos como “resistência” pelos profissionais da saúde. Também referem alguns aspectos das diferentes relações entre gêneros e papéis sociais no cuidado. Percebe-se que o profissional sabe das diferenças étnicas existentes e muda a sua forma de atendimento conforme a região e o povo com quem está atuando. Na fala abaixo, nos atentamos, ao comportamento da mulher indígena, diante de uma situação, que não ser exposta ao profissional do sexo oposto.

"A mulher indígena quando estar com algum problema de saúde ela não vai expor a situação para um profissional homem, por mais que seja da família, ela não fala tudo ela fica com vergonha então o trabalho fica todo interrompido" (TE. Yáwi).

Nessa pesquisa, identificou-se que os profissionais, que o tema aprendizado, os profissionais em suas respostas, afirmam que o aprendizado sobre as diversidades da população assistida, ocorre através das experiências vivenciadas durante a permanência na área.

Ao se depararem com um contexto multiétnico diferente, alguns profissionais afirmam, os comunitários, só procuram os atendimentos em último caso, pois preferem aderir aos conhecimentos tradicionais na busca da cura das doenças que os acometem, para alguns esse comportamento gera estranheza, mas, após um tempo conseguem compreender essa dinâmica cultural existente.

Dialogando com o estudo de Langdon (2014), que conceitua, ambos os conceitos, intermedicalidade e práticas de autoatenção, que demonstram que, apesar da sua contínua expansão, a biomedicina não suplanta outras formas de conhecimento nesses locais. A autora conclui, que essa dinâmica, que ao mesmo tempo em que a expansão da biomedicina, as práticas de saúde populares e alternativas continuam sendo bastante praticadas nos países da América Latina, no mundo. Desta maneira, as dinâmicas relacionadas à saúde/doença são caracterizadas por uma negociação entre diferentes práticas e formas de conhecimento (LANGDON, 2014).

5.4.3. Autoatenção, medicina tradicional e a construção dos itinerários terapêuticos

Para Langdon (2004) a “atenção diferenciada é mais bem-conceituada não como incorporação de práticas tradicionais aos serviços de saúde primária, e sim por promover a articulação entre estes e as práticas de autoatenção existentes na comunidade particular”. Dessa forma, a autora articula o conceito de atenção diferenciada com o de autoatenção

proposto por Menéndez (2003). Assim, os cuidados de saúde praticados pela população indígena do Alto Rio Negro podem ser entendidos como autoatenção (MENÉNDEZ, 2003). Já Langdon (2005) ressalta que esse processo de cuidados envolve diferentes comportamentos, das interações, negociações e conflitos, assim como, conhecimentos acerca da construção do corpo, identidade, personalidade, relacionadas às dimensões cosmopolíticas que então envolvem a produção biológica e social de cada grupo. Langdon e Garnelo (2017) mencionam que outras formas de conhecimentos estão relacionadas a cosmologias indígenas, xamãs, o convívio com a natureza, práticas alimentares, processos reprodutivos e convívio em comunidade na rotina diária (LANGDON e GARNELO, 2017).

Neste sentido buscaremos a seguir compreender através dos relatos nas respostas como os profissionais compreendem os cuidados de saúde praticados pelos usuários do DSEI/ARN, que fazem parte de uma dimensão fundamental da atenção diferenciada.

Os profissionais entrevistados reconhecem que as práticas de autoatenção são a primeira forma de atenção a ser acionado no âmbito comunitário, que são utilizados de forma complementar ao sistema oficial. Ressalta-se que nessa forma de atenção, anciões da comunidade são as principais referências:

"Em minha opinião eu vejo que eles procuram primeiro o remédio deles, a tradição deles fazendo todo àquele ritual. Se não tiver resultado aí passam para nós" (TE Eínu).

"O que ele fez? Foi e levou o filho para o benzedor. E eu não tive contato com esse benzedor, fiquei no polo. Levou para rezar o menino e só depois trouxe para o polo. Mas eu fiquei só da porta dando as coordenadas. Quem deu a assistência foram outras pessoas por causa das questões culturais deles. Quando tem um acidente ofídico, não pode ter contato com mulher menstruada nem gravida tem tudo isso!" (MÉ. Tháro).

"Então esses povos têm herdado o conhecimento de alguns antigos que realmente funciona, eu ouvi alguns relatos de acidentes ofídicos curados através de chás e cigarros" (MÉ. Pisana).

"Quando tem idoso na comunidade, ele sempre vai orientar o uso de raízes de plantas. Quando não tem equipe no Polo, é ele que cuida da saúde da população" (EF. Nêwi).

"A participação deles é até mais importante do que o nosso trabalho, porque eles têm os conhecimentos tradicionais muito antigos, eles têm muito conhecimento melhores do que o nosso" (TE. Yáwi).

"Atendimento diferenciado é aceitar que eles realizem o Benzimento no paciente, eles podem fazer porque isso faz parte da cultura deles. No início o médico não aceitava o procedimento depois conversei com ele que isso faz parte da cura deles, então temos que deixar" (EF. Phirípoma Kiwarí).

Entretanto, observamos que uma discussão bastante central para os profissionais de saúde é a necessidade de refletir sobre a legitimidade e efetividade das medicinas indígenas. Os relatos abaixo sinalizam exemplos apontados por eles nos quais o uso desse conhecimento para o tratamento de enfermidades e a proteção da população encontra resultados positivos.

"Então o médico perguntou o que ela estava fazendo. Ela respondeu que estava tomando chá de casca de pau, então, o ginecologista solicitou novos exames e constatou que os tumores pararam de crescer, mas se fosse outra pessoa que não estivesse se submetendo ao uso do chá provavelmente ela já teria falecido" (MÉ. Pisana).

"Eu atendendo em Pari Cachoeira, ele falou: "doutora eu não sou mais hipertenso"! É mesmo! eu falei. "É... pode ver minha pressão estar normal"! E não é que estava normal! Mas o que que o senhor tomou? "Tomei a casca de um pau". E realmente ele ficou bom! Eu tive que retirar o paciente do cadastro de hipertensos, porque estava indo medicação atoa, para ele, podendo usar em outro paciente" (MÉ. Tháro).

"Sempre que a gente sai de área, ele sempre vai estar presente na comunidade, aqui em São Gabriel nas comunidades eles têm esse costume, é muito forte no benzimento" (EF. Nêwi).

É importante apontar que os profissionais de saúde, que são procedentes da região, também destacaram o uso dos conhecimentos locais para sua própria proteção. Particularmente, os cuidados relacionados ao trânsito em "lugares sagrados" e "veneno" durante sua atuação na área. De acordo com os relatos apresentados:

"Para não acontecer nada quando estou menstruada, para fechar meu corpo para não cair no encanto, porque têm alguns lugares que são

perigosos, que são encantados. Então, sempre uso essas proteções para que nada aconteça comigo" (TE. Mápa).

"Então, também procuro os benzedores para proteger a gente, para que nada de mal aconteça durante a viagem. Toda vez antes de entrar em área eu faço a preparação de fechar o corpo para não acontecer nada, porque são lugares desconhecidos" (EF. Nêwi).

"Nem sempre as pessoas que encontramos são boas, às vezes eles desejam nosso mal então eu uso a proteção do benzimento para fechar meu corpo" (TE. Mápa).

Os entrevistados apontam que existem estratégias para discutir com os profissionais de saúde a questão dos cuidados tradicionais.

"porque a gente tem capacitações no DSEI que são referentes a esses conhecimentos tradicionais, que a gente tem que respeitar e a gente sempre faz roda de conversa sobre isso" (EF. Nêwi).

"A gente conversa, aqui no DSEI eles fazem encontros como a gente, o que podemos fazer como trabalhar com os pajés, com as parteiras" (EF. Icída).

"A nossa equipe ela conversa, tanto é que nós pedimos apoio deles para construção de hortas para gente planta nas comunidades, as plantas que usam quando estão com vômito ou diarreia. A gestão nos ajudou" (TE. Kuhení).

"Eu já tive uma experiência dessa com a parteira onde ela fez todos os procedimentos eu fiquei só observando o modo como ela cuidava que faz parte da cultura deles a gente ficou só observando" (EF. Phirípoma Kiwarí).

"Já eu já tive essa curiosidade, já perguntei sobre os cuidados praticados, mas, eles não me responderam" (TE. Kuhení).

Quando se refere a atuação da equipe em parceria com o cuidador tradicional, notamos um distanciamento da equipe, pode ser que essa falta de interação requer um pouco mais de convívio entre ambas as partes envolvidas.

"Os profissionais sabem que existem esses cuidadores, mas eles nunca atuaram juntos, chamando o Pajé para trabalhar junto com ele não" (TE. Kuhení).

"A gente os veem atendendo na casa deles, mas assim junto conosco atendendo no posto ou no centro comunitário, não" (EF. Nêwi).

Percebemos nas respostas dos profissionais que eles reconhecem a importância que os especialistas indígenas exercem nas comunidades, principalmente na ausência da equipe. Como aludem as respostas a seguir:

"Eu acho que pelo fato dele estar ali na comunidade é muito importante porque quando não tem equipe, são eles que seguram a saúde da população na comunidade" (TE. Kuhení).

"O fato de existir esses cuidadores é fundamental nas comunidades principalmente porque a gente só faz duas ou uma entrada então assim, passa um mês dois meses sem ninguém na comunidade então, eles são as únicas pessoas que ficam na comunidade, são esses cuidadores que possuem os conhecimentos que irão atuar junto à comunidade, que irão atender e levar o remédio para essa população para melhorar a saúde" (EF. Kuphe).

"Às vezes a distância é muito grande, essas práticas tradicionais elas auxiliam e curam as pessoas. Eu sei que o conhecimento tradicional muita das vezes não vai curar 100%, mas pelo menos vai manter o paciente até equipe chegar para fazer um tratamento adequado" (EF. Kuphe).

Alguns entrevistados destacam o papel dos especialistas indígenas na construção do itinerário terapêutico das famílias, e indicando as formas de atenção e encaminhando para os profissionais das equipes:

"Há o pajé disse que não tem mais jeito! Eles acreditam no pajé! Então o pajé, é um forte aliado! A gente tem que saber lhe dar com ele!" (MÉ. Tháro).

"Tem que saber juntar as coisas senão acaba prejudicando a gente, porque vale o que o pajé fala. Aí quando o pajé reza e não dá jeito aí, ele diz: "vão procurar o médico, que agora não tem mais jeito com reza, tem que ser com o médico"! pronto! Ele já vem ciente que vamos dar um jeito. Aí sim, eles seguem a orientação médica! Depende muito do que o pajé fala! Eles obedecem ao pajé" (MÉ. Tháro).

"Afiml esses conhecedores eles têm conhecimento e eu sempre busco trabalhar junto quando eles estão com paciente doente de trazer o caso para nós para a gente fazer o tratamento e não tem problema nenhum"

deles fazer o benzimento e ritual de cura deles a gente respeita" (MÉ. Pisana).

Observamos a indicação da complementaridade entre formas de atenção através de negociação como podemos observar nas falas. Menéndez (2003) ressalta que a maioria da população utiliza simultaneamente diversos sistemas médicos, tanto para diferentes problemas, quanto para um mesmo problema de saúde, o que o autor denomina de pluralismo médico. Entretanto, alerta que a perspectiva dos sistemas nacionais de saúde e da biomedicina, nega, ignora ou marginaliza essa diversidade, conforme apontado nas experiências formativas de AIS (Pontes et al, 2015).

A hegemonia do modelo biomédico, superdimensionando a dimensão biológica do processo saúde-doença, se expressa também no uso de tecnologias no diagnóstico e na medicalização de diversos problemas de saúde e da vida em geral (MENÉNDEZ, 2003). Em certas circunstâncias, a biomedicina legitima *cientificamente* outros sistemas de saúde e os incorpora ao seu repertório nos serviços de saúde, como ocorreu com a acupuntura. Mas, ressalta o autor, em que pese tal processo de *reconhecimento* de outros sistemas médicos, apenas são legitimadas as dimensões biológicas que envolvem os procedimentos de cura:

"Quando eles estão fazendo benzimento eu também deixo o remédio para eles fazerem o uso em parceria eu não tenho problema nenhum quanto a isso" (EF. Nêwi).

"Tem doenças principalmente as crônicas a gente tem que apertar bem na tecla e dizer... Que tem que tomar nossos remédios! Pode rezar? Pode! Mas, toma nosso remédio também. Conscientizar eles! Mas é difícil! Não é uma tarefa fácil não!" (MÉ. Tháro).

"Eu deixo eles, concordo de eles utilizarem, por exemplo, em Tunuí eles não acreditam no Benzimento, lá só é o remédio tradicional das plantas, eles pegam remédio e usam as plantas e depois tomam o remédio" (EF. Icída).

Sobre os relatos acima que para a efetividade do atendimento nas comunidades os profissionais de saúde utilizam como estratégia a negociação dos cuidados tradicionais com os ocidentais.

Os profissionais de saúde apontam experiências com a comunidade indígena no qual aprendem a importância de respeitar as práticas tradicionais:

"Porque na última entrada minha eu vi o doutor perguntando que já tinha levado para o Benzedor porque ele sempre trabalha com o tratamento branco junto com ele tá tratamento do benzedor" (TE. Mápa).

"Mas na maioria dos casos a gente vem muito buscando essa alternativa, tivemos inclusive aqui na CASAI uma paciente que está com câncer e o oncologista deu 7 meses de vida para ela, e ela já está com mais quatro anos convivendo com essa doença," (MÉ. Pisana).

"Eu já tive oportunidade de trabalhar com o pajé lá do alto Tiquié, cuidando de uma criança que sofreu queimaduras é muito importante você respeitar o tratamento deles para trabalhar em parceria" (EF. Mawarí).

Os profissionais ressaltam a complementaridade entre as duas medicinas:

"Normalmente a gente une as duas partes o profissional e os conhecedores tradicionais, teve um dia que é presenciei a enfermeira ela estava lá, do lado. Eu acho que dessa forma é que a gente pode estar trazendo a realidade deles para nossa, dessa forma ele se sente mais à vontade que é um tratamento que já tem séculos e foi passado de pai para filho e gerações" (CD. Kéhuri).

"Eu, por exemplo, toda vez quando a gente faz a palestra eu falo: vocês podem usar o remédio tradicional ou o remédio do branco a gente já conversa isso depende da equipe, mas eu acho que não afeta em nada não no trabalho" (EF. Icída).

"Uma criança que estava com febre diarreia e a gente cuidando com os nossos remédios, e o pajé benzendo colocando as folhas no corpo da criança, falando as línguas, e a gente continuou dando remédio, respeitando lado deles" (TE. Kuhéni).

Um aspecto importante é o discurso e reconhecimento da efetividade do tratamento nas práticas tradicionais. Os profissionais, mesmo com o conhecimento da biomedicina, acreditam nos conhecimentos indígenas na cura das doenças, perpassando um respeito ao sistema cultural, dando a entender que compreendem os trabalhos terapêuticos do pajé como um complemento para as ações de atendimentos nos distritos.

"Às vezes a gente está dando nossos remédios e observamos que não está tendo resultado, mas quando chamamos o Pajé ou benzedor é

maravilhoso, pois, do nada aquela criança, aquele adulto paciente começa a apresentar melhoras" (TE. Kuhéni).

"Uma senhora que tinha paralisia facial, ao mesmo tempo em que fazia o tratamento tradicional ela fazia o uso do medicamento acidental e hoje ela apresenta melhoras" (MÉ. Pisana).

"Eu dei dipirona e não melhorou nada. Veio o benzedor e falou que tinha uma cobra que estava segurando-a, então, ele benzeu e no outro dia ela já estava melhor. Que dizer que Dipirona não resolveu mais o benzimento resolveu" (EF. Icída).

"Ele benzeu a minha pomada, passei depois que ele assoprou a pomada teve uma diferença porque usava mesma pomada antes e não teve efeito nenhum eu acredito né nesses conhecimentos" (CD. Yaka).

Observamos o interesse de alguns profissionais em participar em iniciativas para fortalecimento dos conhecimentos tradicionais junto à população como alternativa no cuidado com a saúde:

"Se começarmos a falar eles vão começar lembrar de como utilizavam os remédios caseiros, eles sabem, só que eles não praticam mais, então é preciso incentivar que poderiam usar como alternativa com a falta da medicação" (TE. Kuhéni).

"Sempre quando eu vou trabalhar eu escuto que eles estão falando, a enfermagem dá uma importância muito grande nesse contexto, até os médicos eles estão trabalhando mais isso agora. Estão fazendo a medicação junto não só um, mas os dois" (CD. Yaka).

"Hoje nós temos uma realidade em que ele já aceita, então o pajé estar tratando e a equipe de saúde também" (TE. Kuhéni).

A busca do fortalecimento do cuidado tradicional vem concretizar as diretrizes da atenção diferenciada preconizada na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena (PNASPI), mas que nos últimos anos pouco tem avançado.

5.4.4. Desafios e dificuldades dos profissionais em lidar com os cuidados tradicionais

Observamos, entretanto, que para alguns profissionais existem conflitos e dificuldades em lidar com as práticas de autoatenção e dos especialistas indígenas existentes nos territórios indígenas. Isso parece particularmente afetar os profissionais no início da sua atuação, o que demonstra a necessidade da qualificação dos profissionais

para lidarem com a diversidade dos cuidados tradicionais. Podemos apontar que etnocentrismo está presente na visão de alguns profissionais:

"Mas o lado negativo dos profissionais novatos é que eles querem impor do jeito deles, o conhecimento deles, não respeitando o conhecimento tradicional daquele povo" (TE. Yáwi).

"As pajelanças essas coisas, para mim interfere no nosso tratamento, mas ao mesmo tempo a gente tem que entender que é parte da cultura deles" (MÉ. Tháro).

"Eu já ouvi falar de tradições que segura o paciente doente com os benzedores por determinado tempo para depois liberar para o atendimento médico da "medicina do branco", então eu vejo isso como ponto negativo porque se torna a doença letal, os pacientes vão chegar ao polo já complicado" (MÉ. Pisana).

Após duas décadas da implantação do Subsistema de Saúde Indígena a atenção diferenciada é um desafio para profissionais e gestores, e particularmente a falta de fortalecimento da diretriz de preparação dos profissionais de saúde para a atuação em contexto intercultural (PNASPI, 2002):

"Olha por esse tempo todo de experiência que eu tenho é muito difícil, a gente não conversa, é muito difícil tocar nesse assunto é muito difícil às vezes muito pouco acontece" (TE. Kuhéni).

"Eu nunca participei de nenhuma reunião de equipe para falar sobre isso, de que existem esses cuidados que o povo tem" (TE. Kúmada).

"Antes quando se fazia o parto com a parteira tinha todo o ritual para Benzimento, para tomar banho, a criança ficava em casa por 7 dias. Mas quando é enfermeira que faz o parto isso tudo se quebra, não tem mais, isso se perde" (TE Eínu).

O processo de colonização, ainda persiste no apagamento dos conhecimentos e práticas indígenas. Menéndez (2003) também destaca que a hegemonia da biomedicina é garantida pela anulação, negação e desqualificação das outras formas de atenção.:

"Na época eu perguntei quem deles quem tinham conhecimento tradicional que pudesse ajudá-lo, mas ninguém quis se manifestar. Por isso mesmo pelo fato deles serem evangélicos então essa situação ela pesou, lá só tem a prática da oração, como ele já estava sofrendo muito ele quis ser removido para cidade" (EF. Kuphe).

"Não tem mais comunicação entre a pessoa mais velha e os jovens, porque antes eles sentavam ao redor da fogueira e repassavam os conhecimentos dos mais velhos para os mais novos, então isso vai acabando e aí só vai ficando algumas pessoas com esse conhecimento de benzimento" (TE. Yáwi).

"Na minha comunidade nós temos o rezador, nós temos parteiras, nós não temos mais pajé, mas lá ainda eles fazem todo esse cuidado" (TE. Kúmada).

"Porque perdeu o conhecimento das parteiras, não são mais valorizadas" (EF. Mawarí).

Verificou-se que um dos principais mecanismos de garantia da hegemonia da biomedicina tem sido a medicalização, que tem sido observada na saúde indígena neste contexto estudado:

"agora não, eu vejo que a diferença a gente tem muito remédio ocidentais dos brancos e os nossos pacientes se acomodaram muito, eles não querem mais procurar remédio no mato. A mãe também quando a criança está gripada ela não faz mais aquele chá, ela já procura o posto procurando Ibuprofeno, Amoxicilina, essas coisas" (TE Eínu).

"Eles já estão muito acostumados com remédio que faz o efeito mais rápido, eles não querem mais ir buscar o medicamento no mato porque é longe, porque demora muito para fazer o tratamento" (TE. Yáwi).

"Hoje nós já temos vários pacientes que não acreditam mais no benzimento então eles preferem logo o medicamento do branco que cura mais rápido" (TE. Yáwi).

5.5 Pluralidades linguísticas e os desafios para os profissionais durante sua atuação

São Gabriel da Cachoeira é um dos municípios brasileiros com maior diversidade étnica e linguística (CABALZAR e RICARDO, 2006). O município possui quatro línguas oficiais (Nheengatu, Tukano, Baniwa e Yanomami) dentre as diversas faladas pelos povos da região.

Dessa forma, o cenário de atuação dos profissionais do DSEI/ARN é de pluralismo linguístico, onde as pessoas se comunicam correntemente e alternadamente através de várias línguas, além da língua materna, sendo o português uma delas. É importante ressaltar que nessa região ainda muitas pessoas têm a língua indígena como

língua materna, sendo o português é a segunda ou terceira língua, ou até mesmo não sendo falado.

Segundo Cabalzar e Ricardo (2006) na região do Alto Rio Negro existem, aproximadamente, 20 línguas indígenas, que pertencem a cinco troncos linguísticos: Tukano Oriental falada pelos povos: Tukano, Desana Kubeo, Wanano, Tuyuka, Pira-Tapuya, Arapaso, Muriti-Tapuya, Bará, Karapanã, Siriano e Makuna; Aruak dialogada pelos povos: Baniwa, Kuripako, Werekena, Tariano e Baré; Yanomami falada pelos povos: Yanomami; Japurá-Uaupés (Maku, antiga denominação) falada pelos povos: Hupda, Yuhupde, Dow, Nadöb; Tupi (Nheengatu) falado pelos povos: Baré, Werekena e parte dos Baniwa do baixo rio Içana.

O debate sobre o bilinguismo emergiu nas primeiras escolas indígenas, momento em que as línguas indígenas adentraram o espaço escolar e passar a ser faladas ao mesmo tempo em que o português, o bilinguismo era visto como estratégia para melhor alfabetizar e “civilizar” os indígenas (CANDAU, 2013).

Neste período, no Brasil, as escolas indígenas contavam com auxiliares indígenas que serviam para, por meio da tradução, facilitar o aprendizado do português e dos conhecimentos e valores da sociedade nacional. Esse foi o denominado bilinguismo de transição, com o intuito de que as crianças abandonassem suas línguas maternas para assim promover uma homogeneização cultural e assegurar os objetivos civilizatórios do Estado.

Entretanto, identificamos que essa pluralidade linguística é considerada uma das principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde do DSEI/ARN durante a atuação na saúde indígena. Para eles, essa característica da população representa uma “barreira linguística” que afeta as relações entre profissionais de saúde e usuários, influenciando diretamente nos atendimentos, que acabam sendo permeados pelo imprevisto e dificuldade de assimilação por ambas as partes.

Nas entrevistas evidenciam-se as dificuldades de comunicação pela diversidade linguística:

"É [...] Paciente que [...] Se tu não tiveres alguém lá, para te ajudar, você não consegue tratá-lo, não consegue alcançar, enxergar a doença dele! Saber direitinho, então tudo isso" (MÉ. Tháro).

"Isso é um desafio, você trabalhar com pessoas que muitas vezes não entendem sua língua, com a população que não fala a língua, para você lidar é bastante complicado" (MÉ. Pisana).

"No Japú é um pouco complicado, só existe algumas pessoas que falam o Tukano, outras só falam Hupda, então fica meio complicado, os profissionais do DSEI não falam Hupda, alguns deles falam o Tukano" (EF. Nêwi).

"A gente tenta repassar os cuidados, as orientações e a gente percebem que eles não entendem. Então essa é a minha maior dificuldade Parece que eu estou falando em vão" (CD. Kéhuri).

"eu observo a dificuldade delas de entender, o que a gente estar tentando falar com elas, a gente observa que elas têm muita vergonha por mais que a gente conheça" (TE. Kuhení).

Nas falas acima que a ausência de bilinguismo entre os profissionais é enfatizado por estes, como uma das principais dificuldades enfrentadas durante o atendimento, percebemos que quando não tem a presença de um tradutor, as orientações são comprometidas, trazendo uma incerteza ao profissional de sua atuação.

Nesses casos, o profissional fica preocupado se realmente o paciente irá conseguir fazer uso das orientações e assim obter resultados que favoreçam a cura da enfermidade.

Observa-se, através das falas dos entrevistados que, diante desse cenário, faz-se necessário o auxílio de tradutores para o desenvolvimento de suas atividades podendo ser realizado por algum profissional da equipe ou morador da comunidade, o que é reforçado nas seguintes falas:

"Aí... quando chega um tukano, que não fala português, a gente chama um técnico que fala tukano, tem técnico que fala baniwa ou nheengatu. O pessoal de endemias também fala, então sempre chama alguém! Sempre tem um acompanhante que fala. A gente tem que tentar entender o paciente, né!" (MÉ. Tháro).

"Então normalmente nós temos o AIS que fala a língua ou então às vezes nós temos os auxiliares de dentista que também falam, então são eles que nos ajudam. Eu acho que se a gente ficasse mais tempo fixo no mesmo local a gente poderia ter essa facilidade de aprender um pouco mais, então facilitaria mais trabalho" (CD. Yaka).

Observa-se acima os trabalhadores de nível médio, como o AIS, agente de endemias e outros auxiliares, em geral, exercem o papel de tradutores, ressalta-se que esses profissionais, mais frequentemente do que os profissionais de nível superior, são pessoas procedentes da região. A importância do auxílio prestado aos profissionais sem domínio da língua indígena é reconhecida pelos profissionais, o que é reforçado em fala:

"Durante o atendimento eu sempre estou perto do médico, então quando ele não consegue entender, ele sempre me chama para eu interpretar e repassar" (TE. Mápá).

A mediação prestada perpassa desde simples orientações sobre o uso de medicamentos a situações mais complexas, como a fisiopatologia de doenças:

"Quando atendia eu chamava o técnico para explicar, eu quero que ele tome a medicação assim! Assim! Explica que essa doença dele é assim! Eu explicava e o técnico repassava na língua para o paciente" (MÉ. Tháro).

A tradução ocorre nos atendimentos individuais, mas também em outras atividades, como as de educação em saúde:

"Mas... aí quando eu vou fazer a palestra sempre tem uma técnica que fala a língua, então eu falo em português e aí a técnica fala em tukano ou às vezes a gente utiliza o agente de saúde que vai repassando" (EF. Nêwi).

"Se não soubermos a gente tem que chamar o agente de saúde ou professor que fala a língua, ou alguém da comunidade que sabe falar o português" (EF. Icída).

"Eu chamo o tradutor, sempre tem um AIS ou professor, aí eu peço para eles me ajudarem, porque também é difícil a gente encontrar alguém que fale português, mas graças a Deus agora eles já têm os AIS deles que nos ajudam muito" (CD. Kéhuri).

A ausência do tradutor pode implicar em comprometimento na execução das atividades das equipes:

"Então, esse contato só ocorre se tiver agente de saúde para ajudar a gente, mas, se eu tiver só eu e eles, eu vou ficar calado porque eu não sei como fazer". (EF. Nêwi).

"Porque muitas das vezes, as pessoas chegam e não falam nada, mais já vão fazendo os procedimentos, e já assustam eles lá. É o que faz eles correrem para o mato com medo" (EF. Kuphe).

"Em comunidades que não tinha professor ou não tinha liderança que falasse no mínimo tukano, que poderia traduzir o que eles estavam falando, e como você não tem uma maneira de falar, entrar naquela comunidade, então eles vão embora, e se eles vão embora, não tem como você trabalhar educação e saúde, não tem como tu falar para eles, o que tu vais trabalhar naquele dia". (EF. Kuphe).

Além da tradução, os entrevistados destacaram outras estratégias e linguagens comunicacionais utilizadas para desenvolver suas atividades nas comunidades:

"Às vezes eu peço ajuda do professor, os teatrinhos, as palestras são mais para isso, para a gente interagir com eles, e eles começam a falar o português, aí eu faço algumas orientações, a gente vai se ajudando tanto eles quanto a gente, nós temos que aprender um pouco" (EF. Icída).

5.5.1. Perspectivas acerca do bilinguismo na atuação em saúde

A dificuldade vivenciada pelos profissionais os leva a enfatizar a necessidade dos indígenas em aprender a língua do homem branco, evidenciando traços do processo colonial que resiste ao tempo e ainda constitui a sociedade contemporânea.

A imposição linguística sobre os povos indígenas leva a um retrocesso em suas conquistas, no que se refere ao atendimento diferenciado, essa imposição, mesmo que em pequenas escalas ainda ocorre nas comunidades indígenas da região,

"Eu falo para eles, que eles têm que falar um pouco do português, igual a gente tenta aprender um pouco da língua deles, que vocês têm que falar um pouco do português. Eu pedi isso para poder interagir com eles" (EF. Icída).

Enfatizamos a necessidade de reconhecer a pluralidade sociocultural dos povos indígenas, que também é linguística, e garantida na Constituição Federal de 1988. Reduzir essa diversidade a apenas uma língua oficial é uma atitude colonialista. É preciso ter consciência da diversidade e levá-la em conta na busca de soluções às dificuldades vivenciadas, com respeito. Apesar de pouco presente, a preocupação dos próprios profissionais em aprender a língua indígena, observou-se alguns depoimentos que

destacam a necessidade de que membros das equipes tenham fluência nas línguas indígenas, como parte da sua atribuição profissional:

"A gente como técnico deveríamos falar várias línguas, porque como somos mudados para qualquer polo, então para facilitar seria importante saber falar várias línguas" (TE. Kúmada).

"Tem que ter um profissional! então assim... Na equipe teria que ter um que fala. Porque quando vai a equipe todinha que não fala a língua indígena, temos muita dificuldade. De repente até o tradutor pode estar falando errado, e não sabemos. Então tem que ter pelo menos um profissional que fale a língua, entendeu?" (EF. Icída).

"Olha quando eu cheguei lá não sabia nada, mas aí toda vez que eu chegava eu perguntava como é que se fala e comecei a treinar. Então você dá um bom dia na língua, já cria um vínculo e já faz diferença e aproxima" (EF. Kuphe).

A diversidade linguística no município é muito presente, apesar da influência da igreja e do colonialismo passado, que levaram ao extermínio das línguas indígenas. Esse processo histórico, está presente nas trajetórias de alguns profissionais indígenas:

"Eu sempre me apresentava como baré e sempre tinha essa cobrança de falar a língua, eles achavam que eu queria ser o warichi ou "enxerida" por não falar, então eles me julgavam muito, mas não é por causa disso que não falo, é porque não aprendi quando era criança, então pelo fato de eu ser indígena e não saber falar, tinha um certo preconceito, depois a gente foi conversando, Eles foram me ensinando e eles foram entendendo e hoje eu estou bem" (CD.Kéhuri).

Nessa fala, está presente um relato comum de famílias indígenas na região, que diante dos preconceitos sofridos, optam por não ensinar o idioma indígena às crianças, para que estas encontrem menos dificuldades na relação com os brancos. Entretanto, como Kéhuri enfatiza, isso gera questões identitárias e outros tipos de preconceitos.

Por outro lado, a profissional Kuhení que sabe falar uma língua indígena, não consegue se comunicar com outros parentes, o que ao tempo em que lhe causa sentimento de frustração, dimensiona a riqueza étnica dessa localidade:

"Aí eu disse, mas como vocês não entende o que eu falo, estou falando com tukano, aí eles ficaram só me olhando e rindo de mim, eu me senti muito triste, aí eu tive que arranjar um intérprete, chamei o professor

para me ajudar, ele já estar há, mas tempo com eles já consegue falar um pouco de Hupda" (TE. Kuhení).

Diante do que está sendo exposto nas conversas com os entrevistados, evidencia-se que as questões linguísticas se referem também às diferenças culturais num sentido mais amplo, de cosmovisão. Ou seja, as dificuldades comunicacionais não se referem somente aos idiomas, mas, as dificuldades de tradução das diferentes compreensões de saúde-doença-atenção, no caso específico da saúde.

O desconhecimento e por vezes não valorização, por parte do profissional, a respeito da profunda conexão do indígena com a natureza e a associação do adoecimento à desobediência implica na simplificação das traduções. Tal simplificação desconsidera a menção de sonhos e quebras de regras para a explicação de sintomas, gerando uma comunicação incipiente, dificultando cada vez mais o estabelecimento de vínculo entre profissional e usuário.

"Mudou muito não é mais como antigamente, esse mundo moderno onde não respeitam mais os cuidados de prevenção. Antigamente tudo era protegido! Se tivesse sonho ruim, a primeira alimentação, primeira vez no lugar tudo era benzido, para proteger e não acontecer nada de ruim. Essa modernidade atrapalha muito hoje em dia" (TE. Yáwi).

Assim, para o estabelecimento do diálogo não basta a tradução da língua, mas passa pelo entendimento das relações sociais no contexto indígena. Por exemplo, para uma mulher indígena, informar os problemas de saúde a outro homem que não seja seu cônjuge e convive na mesma comunidade, é um tabu ou quebra de regra social:

"Na maioria das vezes a gente busca ajuda dos agentes de saúde, mas isso é uma dificuldade, porque, quando você está fazendo o atendimento em uma mulher, ela não vai ter a liberdade de falar tudo o que ela sente para um homem, então fica complicado o atendimento" (TE. Yáwi).

Desta forma, através das falas, reflete-se que na atuação dos profissionais no contexto indígena, emergem como desafios a questão da diversidade linguística e sociocultural a serem consideradas. É evidente a importância do tradutor com domínio da língua indígena para mediação das atividades.

Porém, a diversidade da linguagem desta região torna a execução das atividades da saúde indígena uma dificuldade aos profissionais indígenas e não indígenas, ocasionando diversos contratempos com a população atendida. Nesse sentido, consideramos que se reitera a necessidade do empoderamento dos povos indígenas no acesso à escolarização e profissionalização em saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados encontrados pode-se verificar que sobre a caracterização do perfil sociocultural dos profissionais da saúde do DSEI/ARN, há representatividade indígena entre os entrevistados, pois estes pertencem a algum grupo étnico da região do Alto Rio Negro, nesse contexto, a etnia que mais se destacou foi a Baré seguida pela etnia Tukano.

Nesse contexto esta pesquisa demonstra o reconhecimento de pertencimento a um grupo étnico e aos locais de origem dos entrevistados, sendo que esta identificação e pertencimento na percepção dos profissionais do DSEI/ARN, auxilia e facilita a atuação deles como profissionais na área da saúde. Assim é importante salientar que o fato de ser indígena influenciou no contato e convivência com a população atendida neste distrito, principalmente durante as práticas de abordagens e orientações durante o trabalho. Visto que o cenário de atuação do DSEI/ARN é de pluralismo linguístico. Por conseguinte identificamos que essa pluralidade linguística é tida como um grande desafio e que representa uma “barreira linguística” que afeta as relações entre os profissionais (não falantes de línguas indígenas) e usuários, inviabilizando a efetividade do atendimento.

Durante as entrevistas houve menção da facilidade na comunicação e mediação por serem falantes de língua indígena, dando possibilidade de tradução, confiança e legitimidade aos usuários no serviço ofertado a eles.

Neste estudo, foi relatado a importância da forte presença de profissionais indígenas atuando na saúde indígena, conforme reflexão de Garnelo e Pontes (2012) que defendem a necessidade de formação profissional para atuação com os povos indígenas quanto à formação de indígenas, como dos agentes indígenas de saúde (AIS). Conseqüentemente, um dos avanços da saúde indígena na região de São Gabriel da Cachoeira, é a latente entrada de profissionais indígenas, demonstrando uma progressão profissional, em que podemos considerar a partir do aumento no ingresso dos indígenas em cursos de nível superior e cursos técnicos. Pode-se considerar que a atual conjuntura, cujos frutos por ora se expressam, são resultantes dos movimentos indígenas no que se refere ao protagonismo educacional, de tomarem a escola como meio de disseminação de seus saberes através de educação escolar indígena voltada para a cultura indígena, no Alto Rio Negro.

Quanto aos profissionais oriundos de outras regiões, pode-se constatar que os relatos de alguns profissionais, que estes não possuíam conhecimento prévio sobre o contexto sociocultural da área de atuação, nem da população a ser assistida, no entanto após a contratação é que houve para eles o conhecimento da dimensão da diversidade cultural da população indígena nesta região.

Sobre a contratação e experiências prévias dos profissionais para atuação no DSEI/ARN, os resultados demonstram houve a ocorrência de três formas de contratações dos profissionais para atuarem no DSEI/ARN, dentre os quais, o processo seletivo público; indicações de conhecidos que atuavam na saúde indígena; e análise de currículo entregue na sede. Havendo destaque para a forma de contratação através de processo seletivo público, entre estes profissionais, identificou-se quatro profissionais, são técnicos em enfermagem, três eram enfermeiros, dois odontólogos e um médico. Neste campo de estudo, se aponta, portanto, o tipo de vínculo empregatício por contrato temporário, a literatura assinala que este tipo de vínculo provoca intercessão direta no trabalho profissional dos trabalhadores. Especialmente pela instabilidade, em decorrência da rotatividade de trabalhadores, contribuindo para a limitação e posterior eficiência do DSEI/ARN. Outro fator limitante, que pode prejudicar a melhoria da qualidade da atuação dos profissionais das EMSI, são as questões relativas à precariedade nas condições de trabalho. Porém, há de se ressaltar que diante do que podemos constatar nesta pesquisa, que para que haja eficiência nos atendimentos clínicos, o diferencial está na responsabilidade, foco e disposição dos profissionais da saúde em compreender a importância de seu papel diante das diferenças culturais dos povos indígenas, de estarem ainda bem capacitados e dispostos a contribuir de forma comprometida com a saúde indígena, possibilitando sempre para mudanças positivas e participativas em prol do DSEI/ARN e seus usuários.

As experiências dos profissionais na saúde indígena, são diversificadas, e foram precedentes ao trabalho no DSEI/ARN, dentre as experiências, está por exemplo, os profissionais que já haviam atuado na área da saúde no município de São Gabriel da Cachoeira com a população em geral e outros que já tiveram um contato prévio com outras populações e alguns profissionais que não possuíam nenhuma experiência de trabalho, sendo o DSEI/ARN seu primeiro local de trabalho. Seus relatos apontam que não tiveram dificuldades para adaptação e atuação por serem indígenas e terem domínio da língua indígena.

Constatou-se no grupo dos profissionais foco desta pesquisa, que 86% são procedentes ou possuem vínculo familiar com o município de São Gabriel da Cachoeira. Pois, destes quinze entrevistados, somente duas pessoas não possuíam vínculo nenhum com a região. Quanto a questão da motivação dos profissionais para atuarem no contexto indígena, entre as causas, está a oportunidade de emprego, sendo que em seus relatos afirmam que já conheciam previamente as rotinas e o modo de vida da população assistida. Sendo este um importante ponto, além da empatia com as situações indígenas, o que favorece a efetividade da assistência no contexto do DSEI/ARN. Outra importante motivação, relacionado ao questionamento sobre: o que levou a ingressar em curso da área da saúde. Parte da motivação está relacionada à possibilidade de vir para perto dos parentes e de contribuir com a melhoria da saúde de sua região de origem. Outro fato relatado, é a gratidão aos parentes que os apoiaram durante a graduação de seus cursos, que também influenciou no retorno à região em que o DSEI/ARN atua.

Um avanço notado é a inclusão dos Agentes Indígenas de Saúde nas equipes, ação que potencializa a atuação diferenciada, vislumbrando-se o comprometimento com os conhecimentos tradicionais e também o biomédico. Nesse sentido, pode-se aferir que este estudo fortalece os estudos de Pontes, Rego e Garnelo, (2014) que enfatizam a dimensão e relevância da ação de inserção e do fortalecimento de profissionais indígenas no subsistema para a efetivação do atendimento diferenciado.

Contudo, anterior a inserção desses profissionais, há necessidade de capacitação profissional para atuação na interculturalidade, proporcionando o conhecimento da cultura e uma interação com o cuidador tradicional da comunidade. Mas, destacamos que, nos últimos anos, raramente foram contratados antropólogos para a atuação dos DSEIs, o qual seria uma importante contribuição da efetividade das atividades nas comunidades indígenas.

Sobre o aprimoramento dos conhecimentos dos profissionais sobre a atuação em contexto intercultural, considera-se a preponderância da concepção de um espaço voltado para o aprendizado da cultura da população indígena, ampliando e aprimorando o conhecimento, vinculando os saberes científicos e tradicionais, diferenciando-se desta maneira do viés hegemônico da biomedicina.

Relata-se que a implantação do modelo de atenção à saúde indígena, apesar de todos os fatores positivos apresentados, ainda assim, após tantos anos a implantação

apresenta problemas e limitações diante do contexto do DSEI/ARN, dentre os quais o de organizar o processo de trabalho, a composição das equipes, assim como a formação e capacitação desses profissionais garantindo a permanência e a interação com as comunidades e a gestão, buscando realizar um planejamento local de saúde de acordo com a situação de cada localidade com a participação das comunidades. E ainda ressalta a necessidade de um sistema de informação efetivo.

Em se referindo às características da preparação e atuação dos profissionais no DSEI/ARN, pode-se refletir que a implantação da saúde indígena teve início a partir das diversas reivindicações das lideranças indígenas e de instituições e pessoas que defendiam a causa indígena. Apesar de todas as lutas e fortalecimentos inerentes ao tema, de teorias, leis, diretrizes e implementação. É evidente que ainda hoje há um distanciamento entre a teoria e efetivação, pois foram insuficientes os avanços, desde a implantação, entre os quais os destacados entraves com a formação de profissionais para o desempenho em ambientes diversificados e a instabilidade e troca de profissionais atuantes no DSEI/ARN. Portanto, torna-se primordial refletir que é de grande valia que nas instituições de saúde, sejam incorporados e incrementados temas relativos à antropologia da saúde e saúde indígena, passando aos profissionais da saúde, a realidade e a sensibilidade para atuar nesses cenários indígenas. Diante disso, corrobora-se com Garnelo et al (2009), que afirma que se faz necessário um diálogo coletivo para formulação de políticas públicas para que se possam entender as peculiaridades existentes na população a ser trabalhada.

Quanto ao preparo dos profissionais de saúde para atuação na Saúde Indígena do DSEI/ARN, podemos verificar que houve a identificação de quatro diferentes estratégias para o preparo dos profissionais de saúde para atuar no contexto indígena implementadas pelo DSEI/ARN. Essas estratégias variam de acordo com o período que o profissional foi contratado, pois também dependem dos atores envolvidos, o quadro de profissionais da instituição e o gestor. Primeiramente há o preparo dos profissionais para atuarem em área indígena, que foi realizado por um antropólogo, especialista sobre os povos indígenas do Alto rio Negro. Efetivamente a participação de antropólogos nos cursos introdutórios dos profissionais de saúde ocorreu em dois períodos, nos vinte anos do Distrito. Sendo que nos períodos mais recentes, entre 2018 e 2019, as orientações antropológicas tiveram como foco especial a população Hüpda, que são povos de recente contato. Nesses

preparos, os profissionais recebem orientações sobre como devem agir durante o atendimento, forma de contato, respeito aos costumes e a tradição que servirão de base para a negociação dos profissionais para conseguirem atingir seus objetivos junto aos Hüpdas.

A segunda estratégia, é a participação de lideranças indígenas., que relatam a cultura indígena e suas experiências no contexto do Alto rio Negro, assim com as características de cada população e as calhas de rio com suas respectivas distribuições étnicas. Isto mostra ser fundamental a valorização com o envolvimento das lideranças, objetivando a participação, representatividade e empoderamento indígena, como vozes de seu povo, em escolher e determinar o que é importante para que seus parentes tenham acesso a seus direitos. Sobre a estratégia de participação de profissionais antigos, segundo relatos, se enfatizou os modos de apresentação e comportamento de acordo com as diferentes características dos grupos étnicos. Pensando-se sempre na possibilidade de garantir a efetivação dos atendimentos, além da adesão dos profissionais e participação dos usuários, através de negociação com a comunidade.

Outra estratégia de preparo dos profissionais, foi realizada pelos profissionais que compõem o núcleo técnico, em que o preparo dos profissionais está voltado para apresentação de cada programa de saúde e conseqüentemente direcionada ao cumprimento das metas que devem ser alcançadas pelas equipes, em detrimento das dimensões socioculturais. Há ainda relatos nesta pesquisa, de profissionais que não tiveram o curso introdutório e nem orientação sobre a população que iriam atuar, os quais buscaram ajuda com os mais experientes para a resolução de questões relacionadas a um contexto sociocultural diferente do seu. Sendo assim, a educação permanente se torna uma importante ferramenta de apoio, no estabelecimento dos profissionais e a efetivação dos atendimentos para os usuários. Para esta situação Diehl e Peregrini (2014), consideram que a educação permanente é um importante instrumento para o auxílio de um diálogo intercultural entre a equipe e população usuária, mas para tal é necessário o desenvolvimento de metodologias pedagógicas adequadas e o diálogo com outros campos de conhecimento, como a antropologia e etnologia. Sugere-se visar uma formação humanizada voltada para diversidade cultural, viabilizando um diálogo intercultural.

Em se tratando das características do trabalho realizado pelos profissionais no DSEI/ARN, este ocorre com a falta de padronização do serviço, onde cada equipe busca trabalhar de acordo com a realidade local, condições de trabalho, a especificidade da

população, que variam de acordo com a calha de rio e grupo étnico assistido, além do preparo e sensibilidade dos profissionais envolvidos. Desta forma, nos relatos dos entrevistados se observa que estão voltadas para as rotinas básicas da atenção primária, como preconiza o Ministério da Saúde. Os profissionais afirmam que os atendimentos não diferem das rotinas em área urbana, mas, nas áreas distantes do centro urbano descrevem que há improvisação e precariedades de acordo com a particularidade da área atendida.

Diante dos desafios no trabalho no DSEI/ARN, o que mais se destaca é a diversidade étnica e a distribuição populacional em uma enorme extensão territorial, composta por distintas características geográficas, que em certas situações dificultam o deslocamento e por conseguinte, a execução, do trabalho dos profissionais da saúde. Até porque dependem de uma boa logística para que haja funcionamento deste setor para dar suporte na execução das atividades na área. Além disso, esses problemas logísticos prejudicam o trabalho da equipe na remoção dos pacientes e entrada dos profissionais na área. Outra dificuldade a se considerar, diante dos relatos é a gestão, que não consegue solucionar problemas que influenciam no trabalho dos profissionais, gerando um descontentamento, os problemas que acontecem nos locais de serviço geralmente apontados pelos profissionais e são apresentados através de relatórios. E pelo longo tempo que passam juntas as equipes em campo, também tem sido considerado como um problema na percepção dos trabalhadores do DSEI/ARN nisso tem comprometido a viabilização dos atendimentos às comunidades.

Na situação das precariedades na atuação no DSEI/ARN, e a falta de estrutura na comunicação, segundo os relatos foram diversos, como por exemplo, a falta de material pedagógico para a realização da educação em saúde; a ausência da radiofonia, dificultando a comunicação com as comunidades; a falta de estruturas adequadas para realização dos atendimentos à população; a carência de insumos para prestar assistência com efetividade; além de outros problemas já mencionados como a questão da logística para deslocamento da equipe em área e para realizar remoção; e, por fim, a falta de resolutividade da gestão diante dos problemas apresentados.

No que tange a atenção diferenciada para os povos indígenas, a medicina tradicional transcende e assim os DSEIs, através da PNASPI tem procurado se articular através desta estratégia, promovendo o respeito pelas culturas indígenas do Alto rio Negro. Na percepção profissionais, a atenção diferenciada está vinculada a condições de

realização do trabalho nessa modalidade de atenção primária, em espaços coletivos, os profissionais compreendem as diferenças entre os espaços que trabalham, ou seja, eles trabalham em dois contextos, que apresentam contraste, e se expressam nas atividades conforme o lugar em que atuam, buscando sempre adaptar-se para que as suas ações profissionais sejam efetivas e promissoras para os indígenas nas áreas de atendimento. Outra importante situação contextualizada na percepção dos profissionais do DSEI/ARN, que se caracteriza como atenção diferenciada, é o tipo de atendimento por 24 horas, e que não se limita somente a ações de atenção primária, e é de ocorrência mais frequente casos mais complexos e urgências. Outra percepção expressada pelos profissionais é o caso de terem que desenvolver as atividades de outro profissional, para poder suprir as demandas das comunidades, essa problemática merece um estudo mais aprofundado, pois envolve uma diversidade de problemas. O conceito de atenção diferenciada, na percepção dos entrevistados, se debruça, com a atuação destes, respeitando principalmente as diferenças culturais da população assistida. Assim, é saliente e fundamental traçar o plano de atividades que deverão ser realizadas durante o atendimento, e disponibilizar informações sobre a cultura da população indígena para que haja êxito nas atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde.

Neste estudo analisou-se também que a atenção diferenciada possui relação com a construção do itinerário terapêutico, que perpassa pela autoatenção e articulação com os sistemas tradicionais de cura, que são os cuidados de saúde praticados pelos indígenas, na atenção diferenciada, se destaca a escolha dos usuários para definição do momento da intervenção da equipe de saúde.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, A. PONTES, A. L. M.; SOUSA; I. C. F. Interculturalidade e formação profissional de agentes indígenas de saúde. Abatirá - **Revista de Ciências Humanas e Linguagens Universidade do Estado da Bahia** - UNEB - Campus XVIII V1:: n.2 Jul : Dez :: 2020. p. 1- 754.

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, Rio de Janeiro, 17(2):425-431, mar-abr, 2001.

BANIWA, G. **Língua, educação e interculturalidade na perspectiva indígena.** Seminário Ibero-americano de Diversidade Linguística. 2014 . Disponível: <http://dspace.unila.edu.br>. Acessado em: 17 /07/2021.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.**/ Laurence Bardin; tradução Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. – São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, L. C.S.; SANTOS, A. M.S. **Fronteiras étnicas nos repertórios musicais das 'festas de santo' em São Gabriel da Cachoeira** (alto Rio Negro, AM). Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Ciênc. hum., Belém , v. 2, n. 1, p. 23-53, Apr. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-81222007000100003&lng=en&nrm=iso>. acessado em 20 de jul. 2019.

BOTELHO, Isaura. **Dimensões da cultura e políticas públicas. São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 15, n. 2, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-88392001000200011> . Acessado em: 02/04/2021.

BRASIL, **Lei Nº 6.001 de Dezembro de 1973** dispõe sobre o Estatuto do Índio. Pesquisado em http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%206.001-1973?OpenDocument. Acessado em: 20 setembro de 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2000. Acessado em: 03 mar.de 2019.

BRASIL. **Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999.** Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos **e políticas**; Visão Global, Joaçaba, v. 15, n. 1-2, pág. 61-74, jan./dez. 2012.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena** / Fundação Nacional de Saúde. - Brasília: Funasa, 2009. 112 p; il. Acessado em 23 de ago. de 2019.

BRASIL. **Lei n. 9.836, de 23 de setembro de 1999.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos

serviços correspondentes e dá outras providências, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Diário Oficial da União e 24/09/1999, Brasília, 23 de setembro de 1999; 178o da Independência e 111o da República; P. 1.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Decreto nº 8.072, 20 de junho de 1910**. Dispõe sobre a criação do Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais. In: Bernardes A G. Saúde Indígena e públicas e políticas: alteridade e estado de exceção. Campo Grande,MS,Brasil. Vol. 15 no 36 Botucatu Jan./ Mar. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32822011000100012>. Acessado em 21 de abril de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002**. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 jan. 2002. Acesso em: 15 set. 2018.

BRASIL. Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai>. Acesso em: 23 set. 2019.

BRITO, J.S.S.; ALBUQUERQUE, P.C.; SILVA, E. H. Educação popular em saúde com o povo indígena Xukuru do Ororubá. Interface (Botucatu), **Botucatu**, v. 17, n. 44, p. 219-228, mar. 2013 Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100018&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 21 jan. 2019.

BUCHILLET, D. **Cultura e Saúde Pública: Reflexões sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro**. In: LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza. Saúde dos povos indígenas Reflexões sobre antropologia participativa; rio de Janeiro, Associação Brasileira de Antropologia 2004;

BUSS, Paulo Marchiori; CARVALHO, Antonio Ivo de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.6, p. 2305-2316, Dec. 2009. No Site: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000600039>. acessado em 10 de fevereiro de 2019.

CABALZAR, A. & RICARDO, C.A. **Povos Indígenas do Rio Negro: uma introdução à Diversidade socioambiental do noroeste da Amazônia brasileira**. 3 Ed. rev. São Paulo. ISA – Instituto Socioambiental; São Gabriel da Cachoeira, AM: FOIRN – Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro, 2006.

CANDAU, Vera Maria Ferrão. **Diferenças culturais, interculturalidade e educação em direitos humanos** Educ. Soc., Campinas, v. 33, n. 118, p. 235-250, jan.-mar. 2012; Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>. Acessado em 20 de julho de 2021.

CANDAU, Vera Maria Ferrão; **Diferenças culturais, interculturalidade e educação em direitos humanos** Educ. Soc., Campinas, v. 33, n. 118, p. 235-250, jan.-mar. 2012; Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>

CANEDO, D.V **Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura 27 a 29 de maio de 2009 Faculdade de Comunicação/UFBa**, Salvador-Bahia-Brasil. “cultura é o quê?” - reflexões sobre o conceito de cultura e a atuação dos poderes públicos.

CECCIM, R.B.; Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário; interface Comunic, Saude, Educ. V.9, n.16, p.161- 168, set. 2004/fev. 2005. Acessado em 24 de maio de 2019.

CHAUÍ, Marilena. **Cultura e democracia**. 2 ed. Salvador: Secretaria de Cultura, Fundação Pedro Calmon, 2009.

CHAVES, M.B.G; CARDOSO, A.M.; ALMEIDA, C. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 22, n. 2, p. 295-305, Feb.2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000200007&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 14 ago. 2019.

COLLET, Celia Letícia Gouvêa. Ritos de Civilização e Cultura: a escola Bakairi. (**Tese de Doutorado em Antropologia Social**), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2006.

CONFALONIERI, U. E. C; Sistema Único de saúde e as Populações Indígenas: Por uma integração diferenciada; **Cadernos de Saúde Pública, R.J**, 5(4): 441-450, out/dez, 1989.

COSTA, C. D.; Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de Unidades Sanitárias aéreas; **Cad. de saúde pública, Rio de Janeiro**, v. 4(3): p. 388 – 401, out/dez,1987.

CUERVO MRM, RADKE MB, RIEGEL; A Enfermagem e as Práticas da Atenção à Saúde do Indígena Idoso; – 2016; 90 f PET-Redes de atenção à saúde indígena: além dos muros da universidade, uma reflexão sobre saberes e práticas em saúde EM COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO 2015; 19 Supl: 953-63 DOI: 10.1590/1807-57622014.1364.

DAVIS, Shelton H.**Diversidade cultural e direitos dos povos indígenas**. Mana [online]. 2008, v. 14, n. 2 [Acessado 19 Outubro 2021], pp. 571-585. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-93132008000200014>>. Epub 12 Dez 2020. ISSN 1678-4944. <https://doi.org/10.1590/S0104-93132008000200014>.

DESLANDES, S.F.; pesquisa social: teoria, método e criatividade/Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes, Cecília de Souza Minayo (Organizadora) 29. ed.- Petrópoli, RJ: Vozes, 2010. ISBN 978-85-326-1145-1.

DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J. & DIAS-SCOPEL, R. P. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, 28(5): 819- 831, 2012.

DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J.; DIAS-SCOPEL, R.P. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.5, p.819-831, May2012. Available from http://www.scielo.br/scieo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 24 jan. 2019.

DIEHL, E.E.; PELLEGRINI, M. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p.867-874, Apr.2014, Acesso em 24 de outubro 2018.

DYNIEWICZ, A. M.; **Metodologia da Pesquisa em saúde para iniciantes**/Ana Maria Dyniewicz. 2 ed.- - São Caetano do Sul, SP: Difusão editoria, 2009. ISBN 978-85-7808-050-1; Título. 09-03380; CDD-001.42.

FARIA, I.F.; **O Progresso Democrático: a proposta dos povos indígenas do rio negro para regulamentação da Lei nº 145/2002.** In: Almeida, Alfredo Wagner B. de (Org.). Terras das Línguas: lei municipal de oficialização de línguas indígenas. São Gabriel da Cachoeira, Amazonas. Manaus: PPGSCA – UFAM/FUND. FORD, 2007.

FERNANDES, M.N.de F.; **Representações sociais sobre a prática do cuidado para enfermeira da saúde indígena: um estudo transcultural /Natal, 2010; 125f.** Dissertação de mestrado- Universidade do Rio Grande do Norte. Centro de ciência da saúde. Programa de pós graduação em enfermagem.

FIRMO; N.F.; et al. Cuidado à saúde da comunidade indígena Tremembé: olhar dos profissionais de saúde. **Saúde Coletiva, vol. 8, núm. 51,** 2011, pp. 138-143 Editorial Bolina São Paulo, Brasil Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84218032003>

FLEURI, Reinaldo Matias. **Palestra Proferida no V Colóquio Internacional Paulo Freire -2005.** Disponível em: www.paulofreire.org.br/Textos/fleuri_2005_recife_resumo_e_texto_completo.pdf. Acessado em: 20 de abril de 2021.

FLEURI, Reinaldo Matias; Intercultura e educação; **Rev de educação Brasileira;** Universidade Federal de Santa Catarina; mai/jun/jul/ago de 2003; nº 23. Acessado em: 18 de fevereiro de 2021.

FONTAO, M.A.B; PEREIRA, E.L; **Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião.** Interface (Botucatu), v.21, supl.1, p. 1169-1180, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000501169&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Jan. 2019.

GARCIA JR., C. A.S.; RIVORÊDO, C.R.S.F.; FLUMIAN, R.B. Tecnologias e dispositivos do apoio institucional em saúde indígena no Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul, Estado de Santa Catarina. **Revista de Psicologia da Unesp, [S.l.], v. 15, n. 2, p. 1-15, set. 2017.**ISSN 1984-9044. Disponível em: <http://ser.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/670> . Acesso em: 25 jan. 2019.

GARNELO, L. et al. **Formação Técnica de Agente Comunitário Indígena de Saúde: Uma Experiência em Construção no Rio Negro;** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v.7 n.2, p.373-385, jul./out.2009.

GARNELO, L.; BUCHILLET, D. **Taxonomias das doenças entre os índios Baniwa (arawak) e desana (tukano oriental) do alto rio negro (Brasil).** Horiz. antropol., Porto Alegre, v. 12, n. 26, p. 231-260, dez. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832006000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 jul. 2019.

GARNELO, L.; **Política de saúde indígena no Brasil: notas sobre a tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde.** (Org.). Saúde Indígena: uma introdução ao tema./Luiza, Garnelo; Ana Lúcia Pontes (Org.).-Brasília: MEC-SECADI, 2012. 280.

GARNELO, Luiza Atenção diferenciada: **a formação técnica de agentes indígenas de saúde do Alto Rio Negro** / Luiza Garnele, Sully Sampaio e Ana Lúcia Pontes. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

GROSJEAN, François. **The bilingual's language modes**. In: NICOL, J. L. (ed.). *One Mind, Two Languages: Bilingual Language Processing*. Oxford, UK: Blackwell, 1999.

GUIMARAES, S.M.F. O sistema médico Sanumá-Yanomami e sua interação com as práticas biomédicas de atenção à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.10, p.2148-2156, Oct. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X201500102148&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Jan. 2019.

GUIMARÃES, Sílvia Maria Ferreira; ROSA, Jéssica Camila Souza; VASCONCELOS, Joaquim Pedro Ribeiro; ANDRADE, Flávia Reis. **Por entre sociabilidades diversas: experiências de um projeto de extensão na saúde indígena**. *Participação*, n. 27, p. 27-35, 2015. Disponível em <https://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/handle/bvs/1041> Acessado em 02 de setembro de 2020.

HADDAD, AE, Morita MC, Pierantoni CR, Brenelli SL, Passarella T, Campos FE. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev Saúde Pública** 2010; 44:383-93.

HOEFEL et al, **PET-Saúde indígena UnB: Construindo redes interculturais em saúde**; *Tempus, actas de saúde colt*, Brasília, 9(1), 43-63, mar, 2015; ISSN 1982-8829;.

HORIBA, N. M. de S. Um olhar da enfermagem à saúde no distrito sanitário especial indígena do Alto Rio Negro. Rio de Janeiro, 2012. 75 f. **Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde)** – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz.

IBGE. Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico. **Censo populacional**, 1991 disponível em: <https://indigenas.ibge.gov.br/graficos-e-tabelas-2.html> Para comparação com os Censos Demográficos de 1991 e 2000, deve-se ... as classes de população indígena do município -Brasil - 1991/2010 – Total. Acessado em 08 de Outubro de 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico. **Censo populacional**, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.com.br>. Acessado em: 12 de abril. 2019.

ISA. Instituto Sócio Ambiental. **Políticas de educação escolar indígena no Rio Negro avançam** [Internet]. [Citado em 2007 Ago 15]. Disponível em: ISA, <http://pib.Socioambiental.org/pt/c/politicas-indigenistas/saude-Indigena/novos-horizontes>. Acessado em: 12 de maio de 2019.

L'ABBATE, S. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro;[online].2003,v.8,n.1,p.265-274.No site: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100019>.>.accessado em 12 de fevereiro de 2019.

LANGDON, E. J. **Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde**. In: LANGDON, E. J. & GARNELO, L. (Orgs.). *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, Associação Brasileira de Antropologia, 2004.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E. Participação e Autonomia nos Espaços Interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 19-36, mar. 2007.

LANGDON, E. Jean, **A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica;IN: parque indígena do Xingu: saúde, cultura e história**. Roberto Baruzzi e Carmen Junqueira (Orgs); 2005 São Paulo, terra virgem /USP.

LANGDON, E.J. et al . **A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina**, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2637-2646, dez. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200013&lng=t&nrm=iso>. Acesso em 24 Jan.

LANGDON, E.J. GARNELO, L; 2004. **Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde**. In: Langdon EJ; Garnelo L, organizadoras. Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/ Associação Brasileira de Antropologia: pp. 33-51.

LANGDON, Esther Jean et al. **A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência de Santa Catarina, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 2, n. 12, p. 2637-2646, 2006.

LANGDON, Esther Jean; Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas; **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 19, núm. 4, junio-abril, 2014, pp. 1019-1029; Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Rio de Janeiro, Brasil. Acessado em dezembro de 2020; disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63030543003>.

LANGDON, Esther Jean; Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas; **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, núm. 4, junio-abril, 2014, pp. 1019-1029; Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Rio de Janeiro,

LANGDON, Esther Jean; Wiik Flávio Braune; Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 18(3): [09 telas] mai-jun 2010; Acessado em: 26 de maio de 2021 www.eerp.usp.br/rlae.

LARAIA, Roque de Barros, 1932- 1.331c; **Cultura: uni conceito antropológico**. 14.ed. de Barros Laraia. — 14.ed. — Rio de Janeiro: Jorge "Zahar Ed., 2001. (Antropologia social). Acessado em 28 de maio de 2021; disponível em:<https://projetoaletheia.files.wordpress.com/2014/05/cultura-um-conceito-antropologico.pdf>.

MAHER, Terezinha Machado. **Formação de Professores Indígenas: uma discussão introdutória**. In: **Formação de professores indígenas: repensando trajetórias/ Organização Luís Donisete Benzi Grupioni**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2006. p. 11-38.

MARINELLI, N.P. NASCIMENTO, D.F; Costa, A.I; PASSO, M.B.S; Araujos, L.P; Assistência à população indígena: dificuldades encontradas por Enfermeiros; **Revista**

Univap, São José dos Campos-SP, v. 18, n. 32, dez.2012. ISSN 2237-1753; Recebido em 06/2012. Aceito para publicação em 11/2012.

MENÉNDEZ, Eduardo L; Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas; **Ciência & Saúde Coletiva**, 8 (1): 185-207, 2003. Acessado em dezembro de 2020; disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>.

MENÉNDEZ, L. Eduardo; **Antropologia médica e epidemiologia**. Processo de convergência ou processo de medicalização? Capítulo 04; In: ALVES, PC. and RABELO, MC. orgs. Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1998. 248 p. Disponível em:<<http://books.scielo.org>>. Acessado em: 10 de junho 2021.

MESTRINER JUNIOR, W. et al. O desenvolvimento de competências em atenção básica à saúde: a experiência no projeto Huka-Katu. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, p.903-912, 2011. Available from<[http://www.scielo.br/scielo .php?script = sciartte xt&pid=S1413-8123201100070_0022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciartte xt&pid=S1413-8123201100070_0022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 Jan. 2019.

MINAYIO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª ed. São Paulo Hucitec, 2008.

MINAYIO, M.C. S. Mudanças: **Conceitos-chave para intervenções e para avaliação de programas** In. MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Orgs.) Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Capítulo I – P. 53 -70. Rio de Janeiro: Editora: Fiocruz,2005.

MORAES, G.C. **Um olhar para a cultura: a apropriação nos dias de hoje**. Edição n.. 8, v. 1, jan./dez. 2018. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/lenpes-pibid/>. Acessado em: 10 de junho 2021.

OLIVEIRA, D.C. DE. **Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização**. Atualidades, Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, out/dez; 16(4):569-76, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>

OLIVEIRA, G.M.; **Oficialização de Línguas Indígenas em Nível Municipal no Brasil: algumas considerações político-linguísticas e jurídicas preliminares**. In: Almeida, Alfredo Wagner B. de (Org.). Terras das Línguas: lei 122 municipal de oficialização de línguas indígenas. São Gabriel da Cachoeira, Amazonas. Manaus: PPGSCA – UFAM/FUND. FORD, 2007.

PEDROLO, A. et al; Capacitação de Agentes Indígenas de Saúde Como Forma de Promoção da Saúde na Reserva Indígena Guarita, Redentora - RS, **.Boletim da Saúde**; Porto Alegre; Volume 22; Número 1; Jan./Jun. 2008.

PEREIRA, A.; et al. **Análise de Conteúdo de uma Entrevista Semi-Estruturada** **Análise de Conteúdo de uma Entrevista Semi-Estruturada**, 2014. Disponível em <https://docplayer.com.br/3397474-Analise-de-conteudo-de-uma-entrevista-semi-estruturada.html>.

PEREIRA, É.R. et al. **A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas.** Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.3, p.1077-1090, 2014.

PONTES A.L.M et al. **O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM,** Brasil; DOI: 10.1590/1413-812320152010.18292014.

PONTES, A.L.M.; REGO, S.; GARNELO, L. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3199-3210, Oct. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003199&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Jan. 2019.

PONTES, Ana Lucia de Moura; REGO, Sérgio; GARNELO, Luiza. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3199-3210, Oct. 2015.

PONTES, Ana Lucia Moura et al. **Itinerários terapêuticos e Estratégia de Saúde da família: discursos sobre o processo saúde-doença e acesso aos serviços de saúde no trabalho do Agente Comunitário de Saúde.** In: Pinheiro R, Silva Junior AG, Mattos RA. <https://www.scielosp.org/article/csc/2012.v17n11/3003-3010>

RIBEIRO, A. A. et al. **Processo de trabalho e produção do cuidado em um serviço de saúde indígena no Brasil.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 21, n.4, e 20170029, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400223&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Jan. 2019.

RISSARDO, L.K. et al. Práticas de cuidado ao idoso indígena - atuação dos profissionais de saúde. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 67, n. 6, p. 920-927, dez. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7167201400060920&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 jan. de 2019.

RISSARDO, L.K.; CARREIRA, L. Organização do serviço de saúde e cuidado ao idoso indígena: sinergias e singularidades do contexto profissional. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 72-79, Feb. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000100072&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Jan. 2019.

SANTOS, Silvio Matheus Alves; O método da autoetnografia na pesquisa sociológica: atores, perspectivas e desafios; PLURAL, **Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da USP**, São Paulo, v.24.1, 2017, p.214-241 acessado em: <https://www.revistas.usp.br/plural/articldownload/113972/133158/265725>; em 28 de setembro de 2021.

SCHWEICKARDT, C., et al; organizadores Livro: **Educação Permanente em Gestão Regionalizada da Saúde: Saberes e Fazeres no Território do Amazonas;** Segundo Capítulo: Educação Permanente em Saúde: 1ª edição; Porto Alegre: rede UNIDA, 2015; 240 P.:il (série Saúde & Amazonia); ISBN: 978-85-66659-42-9; DOI: 10.18310/9788566659429

SILVEIRA, N.H. Antropologia do cotidiano como história. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v.23, n.68, p.180-182, Oct.2008. Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0102-69092008000300017&lng=en&nrm=iso>>. Acesso em 24 Jan. 2019.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: . Acesso em: 20 mar. 2011.

TOLEDO, R.F.de; GIATTI, L.L.; PELICIONI, M.C.F; **Mobilização Social em Saúde e Saneamento em Processo de Pesquisa-ação em uma Comunidade Indígena no Noroeste Amazônico;** Saúde soc., São Paulo, v. 21, n.1, p.206-218, mar. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000100020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 jan.

VENDRUSCOLO, C.L.; et al.; **Roda de Arte, Trabalho e Cultura: relato de uma experiência com índios Guarani.** Saúde & Transformação Social / Health & Social Change [en línea] 2014, 5 acessado em: 24 de jan. de 2019.

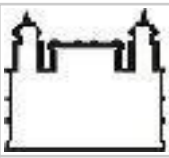
VERA, I.; AVERSI-FERREIRA, T.A.; LUCCHESI, R.; **A experiência do professor orientador de estudante indígena em enfermagem;** Acta Paul Enferm 2011; 24(2):289-93.

VERANI, Cibele Barretto Lins; **A política de saúde do índio e a organização dos serviços no Brasil;** Bol. Mus. Para. Goeldi, Sér. Antropol.15(2). 1999 ; CDD:306.08998 13 06.46.

WALSH, Catherine; **Interculturalidade e (des) colonialidade: perspectivas críticas e políticas;** Visão Global, Joaçaba, v. 15, n. 1-2, pág. 61-74, jan./dez. 2012.

WALSH, Catherine; **Interculturalidade e decolonialidade do poder um pensamento e posicionamento: perspectivas críticas “outro”a partir da diferença colonial;** Rev. Eletrônica da faculdade de direito da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), ISSN-2448-3303, v. 05, N.1, jan.-jul. ,2019.

8. ANEXOS



8.1 anexo 1 Parecer consubstanciado do CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DO SUBSISTEMA DESAÚDE INDÍGENA

PARA A ATUAÇÃO INTERCULTURAL: Reflexões a partir da perspectiva dos profissionais de saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto rio Negro/ AM.

Pesquisador: Ana Lucia de Moura Pontes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26483319.4.0000.5240

Instituição Proponente: CENTRO DE PESQUISAS LEONIDAS E MARIA DEANE - FUNDACAO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.807.323

Apresentação do Projeto:

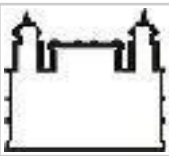
Este parecer refere-se a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer número 3.787.326, em 20/12/2019.

Projeto do Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia – PPGVIDA, na área de ciências da saúde, de Maria Rosineide Gama Feitosa, orientado por Ana Lucia de Moura Pontes e com financiamento próprio.

"RESUMO:

A pesquisa procurará as percepções dos profissionais de saúde do DSEI/ARN sobre seu cotidiano de práticas no contexto intercultural do subsistema da saúde indígena, com vistas a refletir sobre a construção da atenção diferenciada. O foco será na experiência dos profissionais de saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro/AM (DSEI/ARN), que foi escolhido pelos profissionais desse local por estarem atuando em uma região com enorme diversidade étnica de povos indígenas, e diferentes ambientes geográficos e epidemiológicos, apresentando diversos desafios para atuação dos profissionais de saúde não indígenas. A equipe da pesquisa buscará entender formação e a preparação dos profissionais de saúde para atuarem no contexto intercultural do subsistema de saúde indígena, buscando focalizar o ponto de vista destes trabalhadores.

É um estudo qualitativo exploratório com características descritivas e analíticas. Serão realizadas entrevistas com roteiro semi-estruturado com os profissionais de saúde de nível superior que atuam na Equipe Multidisciplinar do Distrito, localizado no noroeste Amazônico. Assim, a equipe poderá "averiguar elementos que possam subsidiar a preparação de outros profissionais não-indígenas para atuarem de forma intercultural na saúde indígena e Identificar as dificuldades encontradas por eles



durante a atuação afim de, subsidiar informações pertinentes que contribuirão para o planejamento da gestão na organização e adequação dos cursos de educação permanente. Assim como, evidenciar conteúdos para harmonização dos planos de cursos de formação para a área de saúde, levando em consideração a diversidade cultural da população assistida, favorecendo a adequação do profissional."

METODOLOGIA PROPOSTA:

É um estudo qualitativo exploratório com características descritivas e analíticas que é voltado para relações e percepções do indivíduo e do seu meio social e de como este interpreta sua realidade. O estudo ocorrerá na sede do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro (DSEI/ARN), situado no município de São Gabriel da Cachoeira no estado do Amazonas, pois é onde se localiza a sede do Distrito e da maioria das EMSI.

A coleta de dados ocorrerá por meio de entrevista semiestruturada, aplicadas individualmente e gravadas pelo pesquisador. A equipe considera a possibilidade de se realizar mais de uma entrevista por participante, caso haja necessidade de complementação da entrevista anterior. As entrevistas semiestruturadas irão adotar questões abertas que proporcionam ao entrevistado a possibilidade de comentar sobre o tema sem perder o raciocínio da pergunta formulada (PEREIRA et al., 2011). Serão coletadas informações sobre o cotidiano de práticas dos profissionais de saúde nas comunidades indígenas, com vistas a refletir sobre suas percepções acerca da atuação no contexto intercultural para identificar as dificuldades encontradas e quais devem ser as estratégias para adequar suas práticas ao contexto intercultural. As entrevistas serão direcionadas por um roteiro de perguntas. Para a realização do estudo serão selecionados profissionais que atuam na EMSI, cuja composição inicial deverá constar de: seis enfermeiros, dois médicos, dois odontólogos, que aceitem participar de forma voluntária e consentida após divulgação da pesquisa. A escolha do maior número de enfermeiros se justifica por ser a categoria profissional de nível superior mais numerosa, maior tempo de permanência das equipes e que acumula as maiores responsabilidades pela execução do trabalho das EMSI.

"A ideia é ter essa amostragem inicial mas pretendemos atingir uma saturação nos níveis da resposta, sem pretender contemplar todo o universo de trabalhadores do DSEI/ARN."

Tamanho da amostra: 10

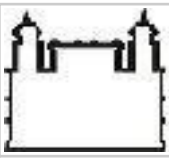
Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Discutir as percepções dos profissionais de saúde do DSEI/ARN sobre seu cotidiano de práticas no contexto intercultural do subsistema da saúde indígena, com vistas a refletir sobre a construção da atenção diferenciada. Como objetivos específicos: Discutir o cotidiano de práticas dos profissionais de saúde nas comunidades indígenas, com vistas a refletir sobre suas percepções acerca da atuação no contexto intercultural; Identificar quais dificuldades encontram e quais estratégias acionam para adequar suas práticas ao contexto intercultural; Discutir as percepções dos profissionais de saúde sobre a diretriz da atenção diferenciada e sua implementação no seu cotidiano de práticas"

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:



Segundo o capítulo IV da Resolução 510/2016 do CNS, "O pesquisador deve estar sempre atento aos riscos que a pesquisa possa acarretar aos participantes em decorrência dos seus procedimentos". Reconhecendo que, por princípio, o envolvimento em qualquer pesquisa pode oferecer algum grau de risco, qualquer desconforto causado durante a realização da entrevista ou na tomada das medidas poderá ser comunicado, podendo, ser interrompidas ou cancelada a entrevista, sendo lhe garantido o direito a assistência e indenização. A confidencialidade e privacidade serão garantidas, e será omitida na divulgação dos resultados da pesquisa o seu nome e qualquer outra informação que possa identificar as opiniões dos entrevistados. Essa pesquisa possui uma gradação de risco baixo, mas caso haja qualquer desconforto o entrevistado poderá pedir para encerrar a mesma, sendo lhe garantido o direito a assistência e indenização (Resolução 510/2016). Quaisquer possibilidade de danos serão discutidos com os participantes e CEP. Os entrevistados poderão retirar seu consentimento em qualquer momento, mesmo após o término da entrevista, sem qualquer prejuízo na sua relação com a pesquisadora ou a Fiocruz.

Benefícios:

A pesquisa pode apontar elementos para subsidiar a preparação dos profissionais não-indígenas para atuarem de forma intercultural na saúde indígena, assim como identificar as dificuldades encontradas por eles durante a atuação. E ainda poderá subsidiar informações pertinentes que contribuirão para adequação na organização dos cursos introdutórios, planejamento da gestão para organização dos cursos de educação permanente, sugestão para adequação dos planos de cursos de formação para a área de saúde, assim como organizar o gerenciamento das atividades e ações de serviço, levando em consideração a diversidade cultural da população assistida. Os resultados da pesquisa serão disponibilizados para os participantes seja na forma de envio da dissertação final no formato eletrônico, seja por meio de apresentação pública para o conjunto dos trabalhadores do DSEIRN e do CONDISI. Os pesquisadores se comprometem que os produtos da pesquisa são publicados em plataformas de acesso aberto."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética e as pendências emitidas no parecer anterior foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Para elaboração deste parecer de aprovação, foi analisado o Formulário da Plataforma Brasil nomeado PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1457381.pdf, postado em 19/01/2020.

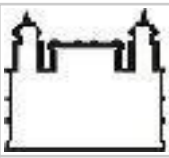
Na apresentação inicial foram apresentados e APROVADOS os seguintes documentos, postados na Plataforma Brasil:

Termo de anuência da instituição coparticipante Secretaria Especial de Saúde Indígena / Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto do Rio Negro, adequado, nomeado Cartaassinada.pdf, postado em 25/11/2019;

Instrumento de coleta de dados nomeado roteiro25nov.pdf, adequado, postado em 25/11/2019;

Para responder às pendências do parecer anterior, o pesquisador anexou os seguintes documentos à Plataforma Brasil, os quais foram aprovados:

-cartaresposta.pdf



ProjetoModificado.pdf

-TCLEModificado.pdf

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP/ENSP considera que o protocolo do projeto de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

Para elaboração deste parecer, as pendências emitidas no parecer consubstanciado número 3.787.326, de 20/12/2019, foram analisadas conforme abaixo:

O título do projeto aparece com diferentes nomes em distintos documentos. Caso o projeto submetido (Projetocep.pdf) seja um subprojeto de um estudo mais amplo, anexar o projeto original.

Item 1: Acerca do título do projeto: O título do projeto apresenta um subtítulo que por vezes, dependendo do espaço do formulário, como a folha de rosto, não foi possível incluir. Não existe projeto e subprojeto, conforme entendimento do parecerista. Verifiquei todos os documentos (Projeto, Folha de Rosto, Carta Anuência e Plataforma), o Título e subtítulo, respectivamente do projeto é: A Formação dos Trabalhadores do Subsistema de Saúde Indígena para a Atuação Intercultural: Reflexões a partir da perspectiva dos profissionais do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto rio Negro/AM. Agora percebo que a opção por ter um subtítulo confunde o leitor, mas me pareceu que não é possível fazer essa alteração na Plataforma Brasil.

ANÁLISE CEP:PENDÊNCIA ATENDIDA.

Sobre o quantitativo de participantes totais, há discrepância dos números apresentados no formulário da Plataforma Brasil (itens tamanho amostral e grupos), no Termo de anuência da instituição coparticipante e na Folha de rosto. Esclarecer e adequar em todos os campos pertinentes (Norma Operacional 001/13, item 3.3);

Item 2: Acerca do quantitativo de participantes totais: Foi realizada o ajuste do número de participantes na Plataforma e Projeto, de acordo com a carta de anuência e folha de rosto. Serão, a princípio, 10 participantes (6 enfermeiros, 2 médicos e 2 odontólogos), sendo que a metodologia de saturação da resposta pode levar a um número final variável, conforme explicado na sessões "Desenho de Pesquisa" e "Metodologia".

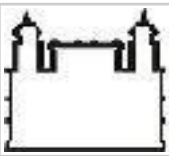
ANÁLISE CEP:PENDÊNCIA ATENDIDA.

Esclarecer no projeto e no formulário da Plataforma Brasil a forma de devolutiva dos resultados aos participantes.(Res. CNS. 510/16 Art.17.VI)

Item 3: Acerca da devolutiva dos resultados, incluímos no projeto na página 56 a descrição da devolutiva, assim como na Plataforma Brasil na sessão "Benefícios".

ANÁLISE CEP:PENDÊNCIA ATENDIDA.

Adequar no formulário da Plataforma Brasil e no registro de consentimento o item risco de acordo com a Res. CNS. 510/16, capítulo IV;



Item 4: Acerca dos riscos da pesquisa, foi melhor esclarecido os aspectos referentes ao risco na pesquisa no Projeto na página 56, no TCLE e na Plataforma Brasil na sessão "Riscos".

ANÁLISE CEP:PENDÊNCIA ATENDIDA.

Com relação ao registro de consentimento, nomeado TCLE, solicita-se as seguintes adequações, com base no art. 17 da Res. CNS 510/16:

Caso a pesquisa não seja trabalho da aluna, corrigir o título;

Informar o tempo de duração da entrevista e onde ela será realizada ;

Inserir no TCLE a informação sobre o direito de indenização, conforme preconizado na Res. CNS 510/2016

Por ser uma pesquisa na área de ciências humanas e sociais, solicita-se mencionar a Resolução 510/2016;

Inserir informação de que todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante e pelo pesquisador, com ambas assinaturas apostas na última página;

Informar que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será redigido em 2 vias, sendo 1 via para o participante e a outra para o pesquisador responsável pela pesquisa;

Informar ao final do TCLE o contato telefônico e eletrônico do CEP/ENSP;

Incluir frase que define o que é o CEP;

Esclarecer a forma de devolutiva dos resultados os participantes. 5.10.última frase está incompleta "... ler e esclarecer as minhas." Corrigir Item 5: O TCLE foi reformulado com vistas a ajustar todos os aspectos assinalados. ANÁLISE CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

ATENÇÃO:

***CASO OCORRA ALGUMA ALTERAÇÃO NO FINANCIAMENTO DO PROJETO ORA APRESENTADO (ALTERAÇÃO DE PATROCINADOR, COPATROCÍNIO, MODIFICAÇÃO NO ORÇAMENTO), O PESQUISADOR TEM A RESPONSABILIDADE DE SUBMETER UMA EMENDA AO CEP SOLICITANDO AS ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS. A NOVA FOLHA DE ROSTO A SER GERADA DEVERÁ SER ASSINADA NOS CAMPOS PERTINENTES E A VIA ORIGINAL DEVERÁ SER ENTREGUE NO CEP. ATENTAR PARA A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DO CRONOGRAMA DA PESQUISA.

CASO O PROJETO SEJA CONCORRENTE DE EDITAL, SOLICITA-SE ENCAMINHAR AO CEP, PLATAFORMA BRASIL, COMO NOTIFICAÇÃO, O COMPROVANTE DE APROVAÇÃO. PARA ESTES CASOS, A LIBERAÇÃO PARA O INÍCIO DO TRABALHO DE CAMPO (COLETA DE DADOS, ABORDAGEM DE POSSÍVEIS PARTICIPANTES ETC.) ESTÁ CONDICIONADA À APRESENTAÇÃO DA FOLHA DE ROSTO, ASSINADA PELO PATROCINADOR, EM ATÉ 15 (QUINZE) DIAS APÓS A DIVULGAÇÃO DO RESULTADO DO EDITAL AO QUAL O PROJETO FOI SUBMETIDO.

***PARA CASOS DE ATENDIMENTO SIMULTÂNEO DAS EXIGÊNCIAS (A) E (B), ENCAMINHAR SOMENTE A EMENDA.

***** Verifique o cumprimento das observações a seguir:



1* Em atendimento as Resoluções CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. Os relatórios compreendem meio de acompanhamento pelos CEP, assim como outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". Os modelos de relatórios que devem ser utilizados encontram-se disponíveis na homepage do CEP/ENSP (www.ensp.fiocruz.br/etica).

2* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.

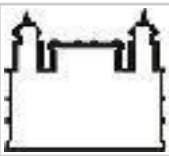
3* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

4* O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

Continuação do Parecer: 3.807.323

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1457381.pdf	19/01/2020 13:39:29		Aceito
Outros	cartaresposta.pdf	19/01/2020 13:39:15	Ana Lucia de Moura Pontes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetomodificado.pdf	18/01/2020 17:42:18	Ana Lucia de Moura Pontes	Aceito
TCLE Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificado.pdf	18/01/2020 17:42:05	Ana Lucia de Moura Pontes	Aceito



Outros	roteiro25nov.pdf	25/11/2019 17:37:33	Ana Lucia de Moura Pontes	Aceito
Folha de Rosto	Folhaassinada.pdf	25/11/2019 17:35:48	Ana Lucia de Moura Pontes	Aceito
Outros	Cartaassinada.pdf	25/11/2019 17:35:29	Ana Lucia de Moura Pontes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 23 de Janeiro de 2020

**Assinado por: Jennifer Braathen Salgueiro
(Coordenador(a))**

8.2 Anexo 02 - Roteiro de entrevista

PROJETO DE PESQUISA: A FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DO SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA PARA A ATUAÇÃO INTERCULTURAL: Reflexões a partir da perspectiva dos profissionais do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto rio Negro/AM.

Parte 1- Perfil do entrevistado:

1.1 Nome: _____

1.2 Nome codificado: _____

1.3 Sexo: () Feminino () Masculino

1.4 Data Nascimento : _____

1.5 Naturalidade: _____

—

1.6 Graduação: _____

1.7 Ano: _____

1.8

Instituição: _____

1.9 Tem pós-graduação? () Sim () Não

Se sim, qual?

1.10 Título: _____

1.11 Instituição: _____

1.12 Ano: _____

1.13 Cargo que ocupa na equipe: _____

1.14 Há quanto tempo você trabalha na saúde indígena? _____

1.15 Quais locais já trabalhou? _____

1.16 Tempo de trabalho no DSEI/ARN: _____

1.17 Qual polo base atua no momento? _____

1.18 Há quanto tempo? Já atuou em outros? Quais?

—

Parte 2- Experiências formativas para atuar no contexto intercultural

2.1 Como você ficou sabendo da vaga para trabalhar no DSEI/ARN e como foi sua chegada aqui?

2.2 Como foi a recepção do DSEI/ARN para você iniciar suas atividades? (houve alguma atividade específica? Reunião? Encontro? Capacitação?)

2.3 Foi realizado algum tipo orientação ou preparo para começar iniciar seu trabalho no DSEI? Como foi?

Perguntas complementares: Foi individual ou em grupo? Quem participou? Quem foi o responsável pelas orientações e informações? Quais conteúdos foram abordados? Qual a duração (qual carga horária)? Foi distribuído algum material?

Foi abordado algum assunto sobre os povos indígenas do Rio Negro e sobre as especificidades da região?

2.4 Você passou por alguma (outra) experiência formativa formal desde o início de sua atuação? Se sim, como foi?

Perguntas complementares: Qual carga horária? Quais conteúdos? Houve distribuição de material didático? Houve certificação? Quem foi o responsável pelas orientações e informações?

2.5 Foi abordado algum conteúdo sobre as especificidades socioculturais dos povos indígenas da região? Foi comentado sobre as práticas e conhecimentos tradicionais de saúde e cuidado dos povos indígenas desta região? Sobre os modos de vida dos povos indígenas? Sobre as especificidades na atuação em saúde com os povos indígenas?

2.6 Ao longo do tempo que você atua no DSEI/ARN, participou de alguma atividade denominada de educação permanente em saúde? Se sim, como foi?

Perguntas complementares: Quando ocorreu? Sobre quais temáticas foram abordadas? Qual carga horária? Quais conteúdos? Houve distribuição de material didático? Houve certificação? Quem foi o responsável pelas orientações e informações?

2.7 Foi abordado algum conteúdo sobre as especificidades socioculturais dos povos indígenas da região? Foi comentado sobre as práticas e conhecimentos tradicionais de saúde e cuidado dos povos indígenas desta região? Sobre os modos de vida dos povos indígenas? Sobre as especificidades na atuação em saúde com os povos indígenas?

2.8 Essas experiências formativas te auxiliaram no trabalho com as comunidades indígenas? Como?

Parte 3 - A diretriz da atenção diferenciada e a atuação intercultural no subsistema, dificuldades e desafios na atuação no contexto intercultural e estratégias utilizadas.

3.1 Você pode descrever sua rotina de trabalho nas comunidades indígenas.

3.2 Você considera que o modo de atuar na saúde em áreas indígenas é diferente de outros estabelecimentos? (do que na cidade)? Porque? Se sim, você poderia relatar algumas situações para exemplificar as diferenças.

3.3 Como é para você trabalhar com populações que falam diferentes línguas?

Perguntas complementares: O que você faz quando está num atendimento com uma pessoa que não fala português? Como você foi orientado para lidar com a pluralidade de línguas no trabalho em saúde no DSEI/ARN? Você considera isso como um problema para a realização do seu trabalho e na relação com os indígenas? Porque?

3.4 Sabemos que na região do ARN, os povos indígenas possuem conhecimentos e práticas próprias de saúde. Isso influencia no seu trabalho e atuação em saúde? Como?

3.4.1 Esses aspectos são discutidos com outros colegas, com a gestão ou em cursos/capacitações?

3.5 Você tem oportunidades de conhecer sobre a cultura, práticas e conhecimentos dos povos indígenas do Alto Rio Negro? Como?

Conhecer esse assunto é relevante para seu trabalho? Porque? Como você usaria esses conhecimentos para ajudar no seu trabalho?

3.6 Como é a relação do seu trabalho com as lideranças de cada comunidades?

Em com os comunitários?

Participa de eventos como: reuniões, comemorações, eventos religiosos e refeições comunitárias? A relação com as lideranças influencia no seu cotidiano de trabalho? Como?

3.7 Existem cuidadores tradicionais nas comunidades que você atua? Quais? Você se relaciona com eles no cotidiano do trabalho?

Conversa com eles sobre os cuidados dos seus pacientes?

3.7.1 Fale sobre os aspectos positivos e negativos nessa relação entre profissional e cuidador tradicional.

3.8 Quais são as maiores dificuldades em se trabalhar com populações indígenas?

3.9 Qual estratégia você tem usado para te ajudar/ aprimorar o seu trabalho com as populações indígenas?

3.9.1 O que poderia ser feito para melhorar e facilitar seu trabalho no contexto dos povos indígenas?

3.9.2 Como acha que deveria ser o preparo dos profissionais da EMSI para atuar com as populações indígenas?

3.9.3 Quais conteúdos, metodologias, materiais necessários deveriam ser utilizados?

3.10 Tem mais alguma reflexão ou relato que você gostaria de fazer sobre o trabalho e a formação de profissionais de saúde no contexto da saúde indígena?

8.3 Anexos 3- Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

Prezado(a) _____

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa A Formação dos Trabalhadores do Subsistema de Saúde Indígena para a Atuação Intercultural: Reflexões a partir da perspectiva dos profissionais do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto rio Negro/AM, desenvolvida pela pesquisadora Maria Rosineide Gama Feitosa, vinculada ao programa de pós-graduação em “Condições de vida e saúde na Amazônia”, do Instituto Leônidas e Maria Deane - FIOCRUZ Amazônia, sob responsabilidade da Prof^a. Dr^a Ana Lucia de Moura Pontes (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz). Essa pesquisa tem como objetivo conhecer e refletir sobre as experiências formativas que os profissionais de saúde não-indígenas receberam para qualificar sua atuação no contexto intercultural do subsistema de saúde indígena. Para atingir esse objetivo queremos entrevistar alguns profissionais de saúde de nível superior que atuam no Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro (DSEIARN) para que falem sobre como é seu cotidiano de trabalho, suas experiências formativas e como lidam com o contexto sociocultural diversificado dos povos indígenas do Alto Rio Negro.

Você está sendo convidado, pois é um profissional de saúde, não-indígena, de nível superior (da área médica, de enfermagem ou odontologia) que atua na Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) do DSEIARN e já realizou ao menos 3 viagens de atendimento em comunidades indígenas.

Sua participação é muito importante, pois pode apontar elementos para subsidiar a preparação dos profissionais não-indígenas para atuarem de forma intercultural na saúde indígena, assim como identificar as dificuldades encontradas por eles durante a atuação. E ainda poderá subsidiar informações pertinentes que podem vir a contribuir para adequação na organização dos cursos introdutórios, planejamento da gestão para organização dos cursos de educação permanente, sugestão para adequação dos planos de cursos de formação para a área de saúde, assim como organizar o gerenciamento das atividades e ações de serviço, levando em consideração a diversidade cultural da população assistida.

Sua colaboração será feita por meio de entrevista, orientada por um roteiro de perguntas, que será gravada e depois transcrita. O acesso e análise dos dados coletados serão feitos apenas pela pesquisadora ou sua orientadora. A sua participação é voluntária, de modo que você tem total liberdade para decidir se quer ou não participar. Importante indicar que você pode optar por deixar de participar a qualquer momento durante a pesquisa ou posteriormente, após a etapa de coleta de dados. Não haverá qualquer penalização caso você decida não participar da pesquisa, ou caso queira retirar seu consentimento ao longo do trabalho. Sua confidencialidade e privacidade serão garantidas, e será omitida na divulgação dos resultados da pesquisa o seu nome e qualquer outra informação que possa identificar suas opiniões.

Segundo o item V da Resolução 466/2012 do CNS, “Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados”. Reconhecendo que, por princípio, o envolvimento em qualquer pesquisa pode oferecer algum grau de risco, qualquer desconforto causado durante a realização da entrevista ou na tomada das medidas pode ser comunicado, podendo, a seu critério, serem interrompidas e/ou canceladas.

Você poderá solicitar informações adicionais sobre a pesquisa diretamente com a pesquisadora ou através dos meios de contato indicados na última página deste Termo. E, poderá solicitar os produtos de divulgação da pesquisa. A participação no estudo não acarretará custos e tampouco nenhuma compensação financeira.

Você aceita participar dessa pesquisa? () Sim () Não

Você concorda com a gravação de sua entrevista? () Sim () Não

A assinatura do termo de consentimento indica que você compreendeu o que é esperado da pesquisa e que aceita participar desta pesquisa.

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada. Posso a qualquer momento solicitar novas informações e retirar meu consentimento se assim desejar.

Declaro que concordo em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas.

_____ / _____

_____/_____

Assinatura do Participante

Data

Assinatura do Pesquisador

8.4 Anexo 4 – Carta de Solicitação de Anuência

Manaus, 19 de outubro de 2019.

Ao

Sr. Franklin de Souza Quirino – Coordenador da Saúde Indígena do Alto Rio Negro

Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro – DSEI/ARN

Assunto: Anuência para desenvolver trabalho de campo de pesquisa com profissionais da EMSI do DSEI Alto Rio Negro

Senhor Coordenador,

Sou enfermeira docente no Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Amazonas no campus São Gabriel da Cachoeira, e estou cursando o mestrado no Programa de Pós-Graduação Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia do Instituto Leônidas & Maria Deane/ILMD Fiocruz Amazônia. No âmbito desse programa estou realizando a pesquisa “A formação dos trabalhadores do Subsistema de Saúde Indígena para atuação Intercultural: Reflexões a partir da perspectiva dos profissionais do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro/ AM”, com a orientação da Profª Drª Ana Lúcia de Moura Pontes.

Essa pesquisa tem como objetivos discutir a formação e preparação dos profissionais de saúde para atuar no contexto intercultural do subsistema de saúde indígena. Pretendemos realizar essa reflexão a partir das experiências e ponto de vista dos trabalhadores de nível superior (não-indígenas) do Distrito Sanitário Especial do Alto Rio Negro sobre as atividades formativas e de capacitação que participaram e também do seu cotidiano de trabalho.

Para isso, gostaríamos de entrevistar os profissionais de nível superior da EMSI não indígenas (Enfermeiros, médicos e odontólogos) que tenham realizado no mínimo três viagens de atendimento às comunidades indígenas. A conversa será guiada por um roteiro semi-estruturado e será gravada, e somente a pesquisadora principal e sua orientadora terão acesso aos dados e transcrição da entrevista. Nossa expectativa inicial é entrevistar seis enfermeiros, dois médicos e dois odontólogos. Os participantes da pesquisa terão garantido seu

anonimato e não serão identificados em nenhum momento de divulgação dos resultados da pesquisa.

Ressaltamos que os participantes poderão interromper os procedimentos a qualquer momento, caso sintam algum desconforto, e essa pesquisa não apresenta maiores riscos para os participantes.

O projeto é composto pelas pesquisadoras listadas abaixo:

Membro	Instituição	Atividade no projeto	Titulação	Formação
Ana Lúcia de Moura Pontes	Instituto Leônidas & Maria Deane-ILMD Fiocruz Amazônia / Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz.	Coordenação Geral do Projeto Pesquisadora Orientadora	Doutora	Médica
Maria Rosineide Gama Feitosa	Instituto Leônidas & Maria Deane	Pesquisadora	Mestranda	Enfermeira

Dessa forma, venho por meio desta solicitar à Vossa Senhoria anuência para realizar as entrevistas com os profissionais de saúde do DSEIARN no âmbito desse projeto de pesquisa. Esse projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética Envolvendo Seres Humanos, por meio da Plataforma Brasil, sendo essa Carta de Anuência anexada nesse processo.

Agradecemos desde já a atenção.

Atenciosamente,