

**GESTÃO DO CUIDADO NO ÂMBITO DO SUBSISTEMA DE
ATENÇÃO A SAÚDE INDÍGENA: UMA EXPERIÊNCIA NO
HOSPITAL MATERNO INFANTIL NOSSA SENHORA DE
NAZARETH (HMINSN) RR**

SARLENE MOREIRA DA SILVA

INSTITUTO SUPERIOR DE FORMAÇÃO SUPERIOR INDÍGENA- INSIKIRAN/UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA-UFRR

sarlenesoares@yahoo.com.br

KRISTIANE ALVES ARAÚJO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA (UFRR)

kristianefisioterapia@hotmail.com

Introdução

A presente pesquisa aborda a Gestão do Cuidado no âmbito do Subsistema de atenção à Saúde Indígena no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN) estado de Roraima, ressaltando as relações entre profissionais e usuários indígenas de diversas etnias, com foco nos yanomami considerando o processo da dinâmica sociocultural das relações interétnica, com abordagem diferenciada preconizada pela Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas e os princípios do SUS.

Problema de Pesquisa e Objetivo

A problemática parte da reflexão em saber o que gera a baixa resolutividade no atendimento ao povo indígena Yanomami no (HMINSN), a ausência de capacitação antropológica e temas voltados a saúde indígena aos profissionais é uma dessas causas? Dessa forma a pesquisa objetivou identificar os fatores causadores da baixa resolutividade analisando internamente se há no (HMINSN) conhecimentos por parte desta categoria conhecimentos a cerca da Política Nacional de Saúde Indígena.

Fundamentação Teórica

A grande diversidade sociocultural dos pacientes indígenas e o despreparo dos serviços de saúde em lidar com essas diferenças é um desafio para a média e alta complexidade no atendimento diferenciado e singular. O atendimento diferenciado é o modelo de assistência em que as ações de saúde devem ser adaptadas às peculiaridades socioculturais, epidemiológicas e demográficas das diversas etnias indígenas (Menéndez, 2003; Silveira, 2004; Langdon, 2005).

Metodologia

Baseou-se na abordagem quali-quantitativa voltado à gestão do cuidado e antropológico através da aplicação de questionários semi-estruturados e entrevista direcionada, tendo como objeto analisar a articulação das práticas tradicionais e as práticas biomédicas por meio dos profissionais de saúde, vivenciadas pela população indígena da etnia yanomami num contexto do (SUS) observando se havia conhecimento por parte dos profissionais de saúde acerca da política Nacional de Saúde Indígena SASI/SUS.

Análise dos Resultados

Diversos fatores contribuem para a baixa resolutividade no atendimento os quais destacamos: a) profissionais desconhecem políticas nacional de saúde indígena o que gera a não valorização da especificidade cultural dos povos indígenas; b) o hospital não disponibiliza estrutura física e de comunicação adequada para atender o indígena de acordo com a sua cultura; c) gestores não participam de conferências de saúde deixando de fazer parte das discussões para melhorar o serviço público.

Conclusão

A gestão do cuidado em saúde apresenta diversas vertentes para que os profissionais de saúde possam ter êxito em suas ações faltando realizar intervenções de forma a melhorar a resolutividade no serviço a atenção às populações indígenas nas redes de serviço do SUS.

Referências Bibliográficas

LANGDON, E. J. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. In: BARUZZI, R. G.; JUNQUEIRA, C. (Org.). Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história. São Paulo: Terra Virgem, 2005. p. 115-133.

MENÉNDEZ, E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, 2003.

SILVEIRA, N. H. O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação entre os Yanomami. In: LANGDON, E. J. 2004.

GESTÃO DO CUIDADO NO ÂMBITO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO A SAÚDE INDÍGENA: UMA EXPERIÊNCIA NO HOSPITAL MATERNO INFANTIL NOSSA SENHORA DE NAZARETH (HMINSN) RR

1. Introdução

A grande diversidade sociocultural dos pacientes indígenas e o despreparo dos serviços de saúde em lidar com essas diferenças é um desafio para a média e alta complexidade no atendimento diferenciado e singular na saúde pública no Brasil. É função da atenção primária à saúde desencadear intervenções nas comunidades indígenas com vista à promoção da saúde e prevenção de doenças que poderão colaborar para melhoria das condições de vida dessa população evitando o fluxo dos pacientes nas referências do SUS. Ao mesmo tempo, é fundamental que os serviços de saúde de média e alta complexidade conheçam os aspectos socioculturais que interferem nos processos de saúde-doença dos diferentes povos indígenas para acolher e intervir segundo suas necessidades, propondo projetos de cuidado mais efetivos e condizentes com o entendimento e a realidade de cada grupo populacional. A presente pesquisa surge como uma proposta de intervenção voltada para obter melhor resolutividade no acesso a essa qualidade dos serviços oferecidos aos povos indígenas de Roraima especialmente os yanomami, estes por apresentarem maiores dificuldades devido a fatores linguísticos, geográficos, culturais e sociais; refletidos nas ações e serviços de saúde oferecidos no hospital. A problemática baseia-se nos mais diversos fatores da baixa resolutividade no atendimento hospitalar ao povo indígena no HMINSN, o principal seria a ausência de capacitação dos profissionais com a tema saúde indígena e de um atendimento diferenciado, resultando na baixa qualidade da assistência prestada a esse povo. Desta forma, procuramos indagar quais os fatores causadores da baixa resolutividade no atendimento ao povo indígena yanomami no Hospital Materno infantil Nossa Senhora de Nazareth (RR). Teve como objetivo articular as práticas tradicionais e as práticas biomédicas por meio dos profissionais de saúde vivenciadas pela população indígena, analisando se há internamente no HMINSN conhecimento por parte dos profissionais da Política Nacional de Saúde Indígena-PNASPI portaria 254/2002/MS, propondo posterior à pesquisa à realização de intervenção com realização de palestras envolvendo temas antropológicos, Sistema Único Saúde /SUS e Subsistema de Atenção à Saúde indígena no Brasil- SASI/SUS lei 9.836/99 para o reconhecimento do profissional e valorização das práticas tradicionais e culturais indígenas.

2. Referencial teórico

A população indígena brasileira é de 817.963 indígenas, de 305 distintas etnias, falantes de 274 línguas, dos quais 502.783 vivem na zona rural e 315.180 habitam as zonas urbanas brasileiras. Estão presentes em todos os Estados da Federação com registro de 69 referências de índios ainda não contatados. A (FUNAI, 2015; FUNASA, 2002) registrou no ano de 2002, uma população estimada em 370 mil pessoas, comparando aos dados atuais de 2015 houve um aumento significativo de 447,963 mil habitantes equivalente a um aumento de 0,21% em 13 anos. Cada povo tem suas diferentes formas de organização social, política, econômica, de relação com o meio ambiente e de ocupação de seu território. Cerca de 60% desta população vive no Centro-oeste e Norte do país, onde estão concentradas 98,7% das terras indígenas. Os outros 40% da população estão confinados em apenas 1,3% da extensão dessas localizadas nas regiões mais populosas do Nordeste, Leste do Sul do país, constituindo hoje 0,2% da população brasileira, mas com presença significativa em alguns estados brasileiros.

Na Amazônia brasileira a população indígena soma 305.873 a 430 mil/ habitantes (ISA, COIAB, 2015), cerca de 160 povos indígenas com características particulares o que representa cerca de 60% da população indígena do Brasil. Ocupam aproximadamente 110 milhões de hectares no território amazônico. Em Roraima existem 10 etnias Macuxi, Wai Wai, Wapichana, Ingarikó, Patamona, Sapará, Taurepang, Yekuana, Waimiri Atroari e Yanomami fazem parte das organizações indígenas, Conselho Indígena de Roraima-CIR, Associação Programa São Marcos-APITSM, Organização das Mulheres Indígenas de Roraima-OMIR, Conselho Indígena do Povo Ingaricó-COPING e Hutukara associação Yanomami e uma parcela de indígenas representados pelas organizações SODIURR, ALIDICIR, ARIKON (SILVA, 2012).

A população indígena yanomami é estimada em 35.338 mil pessoas, dos quais 54,72% (19.339) estão situados no Brasil e 45,28% (16.000) na Venezuela (ISA; DSY; CALDART; 2015). É uma sociedade de caçadores-coletores e agricultores de coivara da floresta tropical do norte da Amazônia. São os povos mais tradicionais do Brasil, mesmo com as interferências da globalização tem conseguido manter viva a sua cultura (PELLEGRINI, 2008; ALBERT, MILLIKEN, 2009, CALDART, 2014). Formam um amplo conjunto linguístico e cultural, subdividido em quatro grupos falantes de línguas aparentadas e em parte mutuamente compreensíveis, sendo elas: Yanomami; Yanomam (Yanomamë ou Yanomae); Sanumá e; Ninam (ou Yanam, também conhecidos como Xiriana ou Xirixana) (CALDART, 2014).

Seu território está localizado nas florestas tropicais do oeste do maciço guianense, nas fronteiras entre Brasil e Venezuela. No lado brasileiro o território está localizado entre a margem esquerda do Rio Negro, Amazonas (AM) e a margem direita do Rio Branco, Roraima (RR) e no lado venezuelano esta área está localizada na bacia do Alto Orinoco (ALBERT; MILLIKEN, 2009). A área de extensão territorial é de 9.664.975,48ha (nove milhões, seiscentos e sessenta e quatro mil, novecentos e setenta e cinco hectares e quarenta e oito hectares) homologada em 1991, abrange os Municípios de Boa Vista, Alto Alegre, Mucajaí e Caracará, Estado de Roraima e Santa Isabel do Rio Negro, Barcelos e São Gabriel da Cachoeira, Estado do Amazonas, caracterizada como ocupação tradicional e permanente indígena (CALDART, 2014).

O contato dos indígenas da etnia yanomami com os não indígenas causou sérios danos à saúde da população como epidemia de malária introduzida pela invasão de suas terras, dizimando 1.600 indígenas. Consideráveis soma de recursos foram investidas para controlar o desastre. Entretanto, os órgãos públicos (a FUNAI e, depois, a Fundação Nacional de Saúde – FNS) mostraram-se incapazes de solucionar o problema. Durante uma década, a malária passou a ser a principal causa de morte entre os Yanomami, contribuindo também para a elevação das mortes por outras doenças, por seu poder de enfraquecer os indivíduos infectados e de reduzir a capacidade das comunidades de realizar suas atividades de subsistência (HUTUKARA, 2014), esse contato com a sociedade não indígena resultou na fragilidade de sua cultura e saúde.

Para atender as especificidades culturais, epidemiológicas e geográficas desses povos foi instituída a lei Arouca 9.836 de 1999 um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços de atenção básica, que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) componente do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2002, 2012). No subsistema, a maioria dos agravos à saúde indígena deverá ser resolvida na atenção básica sob responsabilidade dos Distritos Sanitários Especiais indígenas DSEI's. Os casos mais complexos são referenciados para a rede de serviços de média e alta complexidade do SUS. Para dar suporte a esses pacientes e acompanhantes, foram criadas as Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAI's) que têm por função alojar e prestar assistência de enfermagem. Estão localizadas em municípios próximos aos territórios indígenas ou em grandes centros que dispõem de serviços de saúde especializados.

A maior proximidade dos profissionais com as questões culturais indígenas minimiza o estranhamento imediato, principalmente em um ambiente urbano e hospitalar, facilitando o diálogo, mas pode não ser suficiente para abarcar as dimensões socioculturais que emergem dos povos indígenas cujas realidades são diversas e requer um olhar singular e diferenciado. Para os profissionais que atuam na saúde indígena, a disponibilidade em ouvir, ao diálogo é uma das habilidades mais importante a ser construídas e exercitadas (Mendonça, 2010).

No ambiente hospitalar têm emergido novas concepções de gestão da saúde que sejam capazes de produzir mudanças nos sujeitos e nas práticas de cuidado. A introdução de mudanças na arquitetura dos serviços de saúde e a reorganização dos processos de trabalho têm sido inovações em toda a rede do SUS. Como princípios e diretrizes para uma gestão inovadora dos hospitais, destacam-se:

1. Tomar o adoecimento humano como fenômeno complexo, o que exige ação articulada e integrada entre múltiplos territórios de saberes e práticas;
2. Acolher a diversidade, a pluralidade e a multiplicidade social e subjetiva dos sujeitos para a composição de projetos terapêuticos;
3. Compreender que a produção de saúde se afirma como um projeto de produção e ampliação da autonomia com o outro: usuário, família, comunidade;
4. Compreender que o cuidado em saúde é sempre singular e sua capacidade de produzir e qualificar a vida decorre da qualidade dos encontros entre os sujeitos (Brasil, 2011).

A partir da necessidade dos serviços e profissionais de saúde apropriarem-se de um olhar multicultural e sensível, foi proposto por (Bacote, 1995, 2002) um modelo de cuidado culturalmente competente. A competência cultural como definido por essa autora é um conjunto de comportamentos, atitudes e políticas que permite ao profissional cuidador agir de forma eficiente em situações transculturais. Sendo um processo contínuo, envolve quatro componentes: a consciência, o conhecimento, a habilidade e o encontro cultural.

O acolhimento, uma das diretrizes de maior relevância ética, estética e política, é parte da Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003, que se traduz em atitude favorável e sensível à escuta (Brasil, 2010).

Escutar significa a disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta para a abertura à fala do outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro [...] é escutando bem que me preparo para melhor me colocar, ou melhor, me situar do ponto de vista das ideias. Como sujeito que se dá ao discurso do outro, sem preconceitos, o bom escutador fala e diz sua posição com desenvoltura (FREIRE, 1996). O ato ou efeito de acolher anuncia uma ação de aproximação, estar com uma atitude de inclusão (BRASIL, 2010).

Em busca de cuidados terapêuticos, o itinerário percorrido pelo paciente indígena inicia-se, frequentemente, pelas práticas da medicina tradicional indígena. Interessante destacar que, apesar de estarem recebendo tratamento em uma referência especializada, não houve distanciamento dos recursos da sua medicina. O uso de ervas, rezas e até a convocação de curadores tradicionais como pajés, rezadores e raizeiros é utilizado de forma concomitante ao tratamento biomédico. É comum o indígena vir para a CASAI trazendo consigo raízes para serem utilizadas na forma de chá, banho e massagem.

Os indígenas, bem como outros segmentos da população, utilizam-se de variados sistemas alternativos de saúde disponíveis, sejam os tradicionais da cultura, seja os biomédicos, desde que apresentem comprovada eficácia, que torna o itinerário terapêutico bastante complexo e diversificado. A existência de diversos sistemas terapêuticos que envolvem o paciente gera a necessidade de os profissionais de saúde conhecerem a organização e redes sociais que sustentam as formas de autocuidado praticadas pelo paciente nos serviços de saúde. No entanto, apesar dos esforços por parte dos profissionais de saúde de interação com sua clientela, aspectos relacionados aos processos socioculturais subjacentes aos modos de vida muitas vezes são ignorados ou desconhecidos (GARNELO; LANGDON, 2005).

O processo saúde-doença na visão do indígena perpassa as noções de doença e tratamento da biomedicina que se esgota nos processos biológicos. A concepção indígena de adoecimento e cura faz parte da ordem cosmológica e envolve forças invisíveis, da natureza e humanas. O significado da doença é construído a partir da procura das causas do sofrimento que vai muito além da nossa perspectiva limitada ao corpo físico. Em algumas situações onde ocorre a quebra de regras, tabus ou conflito social pode provocar o encadeamento do processo de doença e a cura deverá abarcar não somente o sofrimento físico, mas também o espiritual e moral. É essencial que os profissionais de saúde desenvolvam uma competência cultural como parte de sua competência clínica, relativizando a biomedicina, seu conhecimento. É necessário que esses profissionais estejam abertos para ouvir o paciente indígena e como estão percebendo sua experiência de doença na tentativa de construir uma atenção diferenciada (LANGDON, 2005).

A identificação de outros atores sociais que compõem o universo sociocultural do paciente é alcançada por meio do diálogo respeitoso que configura condição indispensável para aproximação das concepções e práticas sobre o processo saúde-doença e a sua rede social. As negociações terapêuticas têm como objetivo atingir resultados que combinem maiores chances de eficácia biomédica com aceitabilidade cultural (BRASIL, 2007).

É necessário nos atendimentos oferecidos em um estado em que a população indígena faz parte, totalizando um grande número de diversas etnias, privilegiar uma abordagem que enfatiza a relação intercultural, o acolhimento, a promoção e educação em saúde e a sensibilização a partir das diferenças. É fundamental que os profissionais que trabalham na saúde indígena desenvolvam competências culturais para minimizar conflitos no lidar com o diferente.

Entende-se como atendimento diferenciado o modelo de assistência em que as ações de saúde devem ser adaptadas às peculiaridades socioculturais, epidemiológicas e demográficas das diversas etnias indígenas. A atenção diferenciada não significa

simplesmente a incorporação das práticas tradicionais desses povos, mas da articulação das práticas de autocuidado com os serviços de saúde (MENÉNDEZ, 2003; SILVEIRA, 2004).

A necessidade de trazer experiências de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas vem ao encontro das novas propostas de organização e estruturação da política de saúde indígena no país. Estimular que a maioria dos serviços de saúde disponham de equipes de referência e participação de acadêmicos no atendimento diferenciado, em especial nos serviços de saúde de média e alta complexidade é um avanço para a saúde indígena no Brasil. A lei orgânica de saúde 8.080/1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e regula em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Essa lei foi regulamentada pelo decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2011 nos aspectos da organização do SUS, do planejamento da saúde, da assistência à saúde e da articulação interfederativa. A recusa à medicina ocidental pelos indígenas pode ser melhor entendida quando se tem conhecimento da percepção yanomami quanto a origem dos males que lhes afligem.

Segundo (ALBERT, 1997), às crenças yanomami quanto à origem dos males envolvem o espaço social fora da casa coletiva ou da aldeia, universo perigoso dos outros onde nas cerimônias podem surgir doenças letais mandando espíritos xamânicos para caçar o duplo animal das pessoas, nessa cultura prevalece à ideia de que ano nascer, cada pessoa yanomami tem um equivalente ontológico na forma de um determinado animal que vive em território.

(ARLENE, 2006), concluiu que a recusa ao atendimento pode ser creditada à falta de treinamento dos profissionais de saúde, ou seja, verificou-se que há uma melhor aceitação quando o atendimento é realizado pelo profissional de saúde que recebeu capacitação com abordagens diferenciadas. Essa constatação revela a importância da realização de treinamento dos profissionais de saúde indígena.

O (HMINSN) é um hospital público conveniado ao SUS especializada de referência no Estado de Roraima, que atende além da população local, os países vizinhos, como: Venezuela e Guiana Inglesa. A atual gestão vem mantendo a tradição de buscar melhorias físicas e assistenciais e tem como objetivo, desde o princípio, manter a ética e a responsabilidade, buscando a excelência na qualidade dos seus serviços que incluem as seguintes ações e projetos: Hospital de referência para o projeto mãe-canguru; hospital amigo da criança, desde 2010; Projeto nascer; parto humanizado; grupo de trabalho de humanização (GTH); Centro de imunobiológicos especiais e sala de vacinas; Referência internacional em Aleitamento materno e banco de leite humano; Atendimento às vítimas de violência sexual; Projeto “Enquanto o bebê não chega”; Visita ampliada; Vista antecipada: Enquanto o bebê não chega; Programa de apoio as mães: Meu bebê minha vida; Triagem neonatal – Teste do olhinho, teste da orelhinha e teste do pezinho. Sua existência foi e é baseada em equidade, qualidade e resolutividade, condições estas que garantem a atenção humanizada à mulher e ao seu bebê (Hospital Materno infantil nossa senhora de Nazareth, 2015). Os trabalhadores e os usuários do sistema público de saúde, em seu cotidiano, frequentemente se deparam com problemas de organização, funcionamento e qualidade dos serviços que prejudicam o acesso e o atendimento às necessidades de saúde da população. A quem recorrer para tentar solucionar esses problemas? A definição clara das responsabilidades pela gestão e implementação das políticas no SUS é importante para assegurar condições adequadas à concretização da saúde como direito de cidadania, como é afirmado na constituição de 1988. Nesse sentido, esta estabeleceu algumas diretrizes organizativas para o SUS que têm implicações para a forma como as decisões relativas às políticas de saúde são tomadas e implementadas.

A lei orgânica da saúde n. 8.080 (BRASIL, 1990) define que a direção do SUS é única em cada esfera de governo e estabelece como órgãos responsáveis pelo desenvolvimento das funções de competência do poder executivo na área de saúde o ministério da saúde no âmbito nacional e as secretarias de saúde ou órgãos equivalentes nos âmbitos estadual e municipal. O processo de implantação do SUS, particularmente a descentralização político-administrativa, reconfigura as funções dos gestores das três esferas no sistema de saúde, que pode se expressar de forma diversificada, de acordo com o campo de atenção à saúde.

A integralidade do cuidado significa incorporar à produção de cuidados em saúde as diferentes necessidades dos usuários e o contexto em que estas necessidades de saúde são produzidas. Exige também que os profissionais se articulem, seja no plano das diferentes unidades de saúde que compõem a rede, seja entre os diferentes serviços que compõem um hospital.

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário – paciente se produz através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas pessoas, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há produção de uma acolhida ou não das intenções que as pessoas colocam nesse encontro; momentos de cumplicidade, nos quais há produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY Apud GUIZARDI; PINHEIRO, 2004).

A integralidade do cuidado também exige que os profissionais se articulem, seja no plano das diferentes unidades de saúde que compõem a rede, seja entre os diferentes serviços que compõem um hospital. A gestão do cuidado tem foco tanto em uma unidade como na trajetória do usuário-paciente. Deparamo-nos com questões que demandam planejamento de recursos (físicos, materiais, de organização da força de trabalho), adoção de dispositivos, ferramentas e regulamentos, avaliação da qualidade das ações empreendidas e, por fim, correção das insuficiências, com formulação de novos planos e propostas. Oferecer um cuidado com qualidade não se dá espontaneamente; é necessário combinar a intencionalidade de concretizar um modelo de atenção voltado às necessidades e riscos dos pacientes com a capacidade de identificar recursos e combiná-los em centenas de variações possíveis, de forma planejada e pactuada entre os responsáveis pela oferta destes recursos.

A gestão da saúde indígena no Brasil é baseada no modelo organizacional dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas- DSEI'S, um modelo assistencial formado por uma base territorial e populacional sob responsabilidade sanitária claramente identificada, definidos por critérios socioculturais, geográficos, epidemiológicos contando com uma rede de serviço próprio nas terras indígenas para atenção básica a saúde e articulada com a rede regional para procedimento de média e alta complexidade (SILVA, 2013). No Brasil existem 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas- DSEI's criados pela portaria nº. 852/99, dos quais, dois localizam-se no Estado de Roraima Distrito Sanitário Especial Yanomami/ DSY/Y e o Distrito Sanitário do Leste de Roraima-DSEI-LRR. Enfeixam conjunto de ações de saúde necessárias à atenção básica, para referência e contra referência, é composto por uma equipe mínima necessária para executar suas ações e com controle social por intermédio dos conselhos locais e distritais de saúde. Os territórios distritais foram definidos num processo de construção com as comunidades indígenas, profissionais e intuições de saúde (CALDART, 2014). A gestão está sob a responsabilidade da Secretaria Nacional de Saúde Indígena- SESAI/Ministério da Saúde/MS criada pelo decreto 7.336/2010.

A definição destas áreas pautou-se não apenas por critérios técnicos-operacionais e geográficos, mas bem como a cultura, as relações políticas e a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que necessariamente não coincide com os limites dos

Estados/ou Municípios onde estão localizadas as terras indígenas, consideram os próprios conceitos de saúde e doença da população e os aspectos intersetoriais de seus determinantes. São construídos coletivamente a partir de um processo de planejamento participativo, possuem instâncias de controle social formalizado em todos dos níveis de gestão. A implantação dos DSEI's, pela FUNASA, iniciou em 1991 com o decreto nº 23 e se consolidou com a lei Arouca/1999, regulamentando as atribuições ministeriais para implantação de um subsistema de atenção diferenciada à saúde, baseado na distritalização sanitária (GARNELO; SAMPAIO, 2005). A lei Arouca, que, acrescentando dispositivos àquela, institui um subsistema de atenção integral à saúde indígena art. 19 e atribui à união a missão de com seus recursos próprios, financiar o subsistema de atenção à saúde indígena.

De acordo com a Política Nacional de Saúde Indígena o sistema local de saúde, atenção básica deve garantir o acesso à atenção integral à saúde seguindo as diretrizes e princípios dos SUS (CALDART, 2014). Desta forma os DSEI's estão organizados nos níveis de atenção:

a) **Polos-Base:** centros de localização e de apoio à atuação das equipes multidisciplinares de saúde indígena composta cada uma por médicos, enfermeiros, odontólogos e auxiliares de enfermagem. Essas unidades uma micro-região, prestando assistência às aldeias sob sua responsabilidade, acompanhando, supervisionando e capacitando os Agentes Indígenas de Saúde e providenciando a remoção de casos mais graves. De maneira geral estão instalados em aldeias embora, eventualmente, possam estar localizados em sedes de municípios de referência.

b) **Posto de Saúde:** Estrutura física simplificada, localizada exclusivamente em aldeias e servem de espaço para o trabalho permanente dos AIS ¹ e de suporte as equipes multidisciplinares, quando de suas visitas. Eventualmente essa unidade adquire uma característica mais diferenciada, contando com presença permanente de Enfermagem.

c) **Rede de Serviços:** Rede interiorizada de serviços de atenção básica, cuja porta de entrada começa nas aldeias (terras indígenas), organiza-se de forma hierárquica com complexidade crescente e articula-se com a rede urbana de serviços de maior complexidade do SUS, são as unidades hospitalares, como o Hospital Geral de Roraima HGR, Maternidades, hospital infantil entre outros.

d) **Casa do Índio-CASAI** São unidades de referência do SUS e estabelecimento de apoio, localizados em municípios, algumas nas capitais dos estados, que estão sendo readaptadas para atender à grande demanda, para facilitar o acesso de um ou mais distrito sanitários ao atendimento secundário e /ou terciário, servindo de apoio entre a aldeia e a rede de serviço do SUS.

e) **Controle Social:** Instância maior de deliberação para a gestão de saúde indígena, um processo de estruturação da atenção à saúde dos povos indígenas está calcado na capacitação dos princípios indígenas, com suas representações nos conselhos de saúde locais e distritais. Os conselhos locais de saúde são formados por representantes das diferentes localidades comunidade que compõem os polos-base escolhidos pelas próprias comunidades. Sua principal atribuição é identificar as necessidades locais em relação aos agravos de saúde que os acometem. Os conselheiros têm como atribuição fundamental participar da elaboração e aprovação do plano distrital, acompanhamento e avaliação de sua execução e da aplicação dos recursos. São formados paritariamente por representantes indígenas, que detêm 50% dos assentos, complementado por representantes de órgãos de Governo, trabalhadores da saúde e prestadores de serviços de saúde (SILVA, 2013).

¹ Agente Indígenas de Saúde-AIS

Figura -02 Organização do DSEI e Modelo Assistencial



Conforme (CALDART, 2014), apesar dessa rede de serviços hierarquizada e organizada na forma de distritos sanitários oferecendo saúde para a população indígena em seus diferentes níveis de atenção, na prática nem sempre funciona como na teoria. O fluxo entre os três níveis de atenção pode não seguir a direção esperada. Em alguns locais a primeira referência para os AIS não é o polo base, mas outro posto da comunidade ou outro serviço de saúde da rede do SUS e, em algumas comunidades nem mesmo existe um posto de saúde e um AIS. A empatia entre a comunidade indígena, o AIS e a própria equipe de saúde pode ser um fator que interfira no andamento do serviço. A falta de profissionais, em especial do médico, é muito comum nas comunidades, bem como a alta rotatividade de profissionais. Em relação as CASAI, que deveriam servir como instituição de apoio ao serviço de saúde, muitas vezes acabam exercendo a função dos postos de saúde, como referência primária e secundária, além de porta de entrada ao SASI-SUS. Uma limitação das CASAI, em alguns casos, reside em não fornecer informações de contra-referência às comunidades e polos base o que pode prejudicar a qualidade da atenção primária, outras de suas funções como educação em saúde e atividades lúdicas praticamente inexistente (LUNARDI, 2004).

3. Metodologia

Pesquisa de cunho qualitativa e de intervenção, articulando diversos instrumentos de coleta de dados e diálogo com as pessoas entrevistadas. Realização de conversas informais com os profissionais de saúde buscando identificar as pessoas chaves para a pesquisa com aspectos relevantes para compreender a relação entre gestão do cuidado, doença e saúde com anuência do departamento de extensão e pesquisa-DEP do HMINSN. Revisões de literatura bibliográficas sobre o tema, bem como levantamento de produções bibliográficas sobre as categorias gestão e cuidado, construtos centrais do estudo. Um ensaio teórico-metodológico que sistematiza conceitos e abordagens centradas no método como caminho de construção do pensamento para delimitação de parâmetros e questões que auxiliassem na análise da pesquisa em da gestão do cuidado no âmbito do trabalho do HMINSN. Tendo como base os artigos científicos publicados nas revistas científicas BIREME, SciELO e Scopus. Realização de pesquisas ativas em bibliotecas das Universidades Estadual e Federal de Roraima UERR e UFRR com seleção de documentos eletrônicos e fichamento de temas relacionados com o projeto.

Realização de coleta de informações utilizando técnicas de grupos focais para (MORGAN, 1997; SCHENSUL, 1999) definem como elementos de diálogo com grupos específicos, uma técnica de pesquisa que coleta dados por meio das interações grupais ao se discutir um tópico especial sugerido pelo pesquisador. Como técnica, ocupa uma posição intermediária entre a observação participante e as entrevistas em profundidade. Podem estar associados a outras técnicas como a entrevista individual e a observação participante. A utilização de grupos focais em sequência às entrevistas individuais facilita a avaliação do confronto de opiniões, já que se tem maior clareza do que as pessoas isoladamente pensam sobre um tema específico. A associação dos grupos focais com a observação participante, outro exemplo, permite igualmente comparar o conteúdo produzido no grupo com o cotidiano dos participantes em seu ambiente natural. Pode ser caracterizado também como um recurso para compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos (VEIGA; GONDIM, 2001).

Obtivemos acesso aos grupos focais 20 (vinte) profissionais de saúde dos diversos setores da maternidade entre médicos, fisioterapeutas, assistentes administrativos, psicólogos que participaram de entrevistas semi-estruturada (aplicação de questionário). Para (FERRÁNDIZ, 2011) entrevistas semi-estruturadas onde os participantes são previamente selecionados. Desta forma ocorreu de acordo com o grau de relevância para o estudo e para a construção do projeto de intervenção. Os fatores de inclusão foram: funcionários do HMINSN, residentes em Roraima; e os fatores de exclusão: pessoas que não residem em Roraima, pessoas não são funcionárias do HMINSN. Foi exposto um tema de reflexão inicial, para depois pudessem manifestar suas ideias. Assim os temas foram amplos, o que permitiu que as pessoas pudessem explicar suas concepções. A partir destes encontros iniciais puderam surgir encontros com grupos específicos, aprofundando as concepções. Essa técnica ajudou na investigação de crenças, valores, atitudes, opiniões e processos de influência grupal, a construção teórica e serviu para a elaboração de instrumentos e compreensão da problemática levantada.

4. Análise dos resultados

Dos vinte participantes da pesquisa, profissionais de saúde entre técnicos de enfermagem, enfermeiros e fisioterapeutas que trabalham no hospital materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré respondentes dos questionários que objetivou saber se havia conhecimentos dos profissionais sobre temática política nacional de saúde indígena, conhecimento antropológico e a atenção diferenciada tendo vista a diversidade cultural dos povos indígenas atendido no HMNS, 55% afirmaram não conhecer a política nacional de saúde dos povos indígenas e 45% conhecem ou já ouviram falar sobre a temática. Sendo que 5% receberam capacitação sobre o tema saúde indígena e 95% não participou de nenhuma capacitação. Quanto à abordagem do conhecimento antropológico e diferenciado oferecidos nos cursos de graduação de saúde aos profissionais 35% das pessoas responderam que tiveram o conhecimento sobre a temática saúde indígena e 65% das pessoas afirmaram que não tiveram conhecimento sobre o tema. Quanto ao princípio da equidade do SUS 80% afirmam conhecer e 20% afirmam não conhecer o princípio. No que se refere à recusa de pacientes indígenas 35% dos profissionais responderam que obtiveram recusa e 65% responderam não obtiveram recusa, quanto ao conhecimento de outro profissional que recebeu recusa 40% afirmaram que sim que tem conhecimento de colegas que receberam recusa e 60% não conhecimento. Os vinte profissionais 100% foram unânimes em responder que a necessidade da capacitação em saúde indígena e antropológica e 100% também foram unânimes em

responder o desconhecimento sobre o termo atenção diferenciada aos povos indígenas. Quanto ao tema educação permanente se há discussão sobre saúde indígena na maternidade 65% afirmam que sim e 35% afirmam que não ou desconhecem. Dos vinte profissionais entrevistados 02 atendem em média 30 pacientes indígenas, 05 profissionais atendem mais de 30 pacientes indígenas e 13 profissionais atendem mais de 30 pacientes indígenas.

A análise dos questionários semi-estruturados e a realização de entrevistas com profissionais previamente selecionados nos permitiu afirmar que: *a)* há baixa capacidade do serviço Hospitalar na Maternidade Infantil Nossa senhora de Nazaré no atendimento ao paciente indígena, resultando em baixa resolutividade por não disponibilizar estrutura física e de comunicação adequada para atender o indígena de acordo com a sua cultura; *b)* profissionais desconhecem a política nacional de saúde indígena; *c)* há desvalorização da especificidade cultural dos povos indígenas; *d)* há desconhecimentos de recursos existentes para a educação permanente, o mínimo de capacitação é realizado com recursos dos próprios profissionais; *e)* há inexistência de formação dos profissionais para atuarem com temas e diversidades culturais; *e)* alguns atendimentos aos indígenas yanomami e yekuana deveriam ocorrer nas aldeias, por terem maior dificuldade de comunicação linguística, mas são encaminhados para a referência do SUS o que causa a superlotação; *f)* não há intérpretes indígenas; *g)* gestores não participam de conferências de saúde deixando de fazer parte das discussões para melhorar o serviço público e tampouco são informados sobre os resultados das que ocorrem; não há formação e informação das mudanças de políticas de gestão do SUS, quando querem saber se há alguma inovação pesquisam na internet; *h)* apenas a coordenadora de saúde indígena do hospital afirmou conhecer as especificidades culturais dos povos indígenas as demais participantes informaram não haver cursos na área antropológica.

Diante da análise da pesquisa propomos como intervenção realizações de palestras mensais com os temas: *a)* Antropologia em saúde indígena; *b)* Política Nacional de saúde indígena SASI/SUS lei 9.836/99 e) e ainda o reforço dos temas voltado aos princípios do SUS. A realização de palestras sugeridas contribuirá para o alcance de melhor resolutividade da parte dos profissionais e pacientes indígenas que ao conhecer e compreender o caráter antropológico da medicina tradicional indígena, compreender o ser humano como realidade plural, íntegra e una, destacando a importância das dimensões cultural e social voltado a saúde indígena. As palestras poderão ser realizadas por meio de parcerias do Instituto Insikiran de Ensino Superior Indígena/Universidade Federal de Roraima/UFRR, com a colaboração de docentes do curso de gestão em saúde coletiva indígena e profissionais de saúde atuantes nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas DSEI'I-Leste e Yanomami e Secretaria de Saúde do Estado/ SESAU, Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré (coordenações de saúde indígena educação permanente e de ensino e pesquisa). As coordenações mostraram interesses em realizar as ações, pois, contempla um dos critérios da portaria 645/2006, hospital amigo do índio o que futuramente contribuirá com que o hospital adquira o selo. Caracterizando uma ação positiva para a formação de profissionais que diariamente atuam com as especificidades culturais dos povos indígenas tornando-se multiplicadores de conhecimentos. As palestras poderão ocorrer mensalmente dependendo da disponibilidade das instituições, evoluindo inicialmente trinta (30) participantes.

A gestão do projeto dar-se a através do acompanhamento das capacitações na temática saúde indígena, acompanhamentos do número de indicadores implantados sobre gestão do cuidado e saúde indígena e através da análise dos dados pela equipe do Departamento de ensino e pesquisa e a equipe de docentes e discentes do curso Gestão em Saúde Coletiva Indígena (UFRR). A avaliação do projeto será formativa, durante a execução de todo o projeto, baseado nas informações obtidas através dos indicadores e propostas de possíveis intervenções na assistência de maneira contínua com formação de grupos focais e de estudo que se reunirão mensalmente objetivando melhorar a assistência prestada ao povo yanomami

no HMINSN, baseado nos indicadores implantados, oferecendo um serviço de qualidade, humanizado e que respeite os princípios da equidade e integralidade aos usuários do SUS.

6. Conclusões

A política na nacional de saúde indígena preconiza a criação uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a que as comunidades indígenas possam ter um atendimento específico e diferenciado de acordo com a sua cultura, porém ainda existem muitas dificuldades de articulação e gestão, tendo que para isso serem enviados para as redes de serviços do SUS onde os estados e municípios devem disponibilizar o acesso e aceitabilidade do sistema de saúde para essa população etnicamente diferenciada. Desta forma a presente pesquisa no possibilitou refletir que, apesar da existência das redes de serviços hierarquizada e organizada na forma dos distritos sanitários e as redes de serviços do SUS, a gestão do cuidado voltado as populações indígenas continua desafiadora tanto para os profissionais quanto para os gestores. Há uma despreparação dos hospitais de referência do SUS para prestar um atendimento de qualidade na média e alta complexidade aos povos indígenas. A maternidade HMINSN oferece o mínimo de serviços e ações nos dois níveis de atendimento, não há recursos financeiros disponíveis para educação permanente, há desconhecimento das legislações de gestão em saúde indígena gerando a não implementação das existentes como a portaria 645/2006 que se refere ao Selo Hospital amigo do índio, garantindo o atendimento diferenciado de acordo com as especificidades étnico cultural de cada povo. Um dos principais problemas apontados foram o desconhecimento da cultura indígena e subsistema de saúde indígena, a *atenção diferenciada* e de comunicação, não conseguindo articular informações mínimas sobre cultura e os processos de medicinas tradicionais, o que resulta em baixa resolutividade no atendimento.

Vários fatores contribuem para que haja resolutividade no atendimento as populações etnicamente diferenciadas, uma delas é melhorar a qualidade da atenção primária para que haja diminuição de encaminhamentos desnecessários para as referências do SUS causando a superlotação e conseqüentemente a evasão das pacientes indígenas. A garantia da continuidade do trabalho que vem sendo realizado pela coordenação de saúde indígena, com perfil determinado por capacidade de gestão, conhecimento da questão indígena, capacidade de articulação com instituições, provendo-a de recursos financeiros e transformando-os em unidades gestoras é fundamental. A proposta de intervenção contribuirá de forma positiva na complementariedade da gestão dos serviços públicos voltado aos povos indígenas. Espera-se que os profissionais ao realizarem a capacitação de atenção diferenciada no HMINSN, possam oferecer um atendimento mais humanizado e resolutivo aos indígenas da etnia yanomami, refletindo na diminuição do tempo de internação e no quantitativo dos termos de recusa, garantindo resultados mais eficazes de tratamento realizado, articulado com a medicina tradicional.

A educação continuada em serviço no HMINSN deve ser estimulada e posta em prática, os profissionais ganharão muito mais em seus atendimentos com essa troca de conhecimentos e vivências tornando-se multiplicadores dos conhecimentos. Com o aprendizado adquirido poderão atuar conforme preconiza a política nacional de saúde dos povos indígenas, considerando também a política de humanização e acolhimento e a efetivação da portaria 645/2006 Hospital amigo do índio que garante o processo de Educação Permanente aos profissionais com respeito à interculturalidade e a valorização das práticas tradicionais de saúde.

Referencias

- BARUZZI, R. G.; JUNQUEIRA, C. (Org.). *Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história*. São Paulo: Terra Virgem, 2005. p. 115-133.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2. ed. Brasília, DF, 2007.
- BRASIL. Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI. Brasília, DF, 2012. Disponível em: www.sesai.gov.br. Acesso em: 23 mar. 2012.
- 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. 2002a. Seção 1, p. 1. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria254_31_01_02.pdf. Acesso em: 15 fev. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Brasília, DF, 2010.
- CALDART. Vogues. Raquel. **Morbidade hospitalar materno-infantil yanomami, brasil (2008-2012)**. Dissertação de mestrado UFRR/RR.201
- CAMPINHA-BACOTE, J. The quest for cultural competence in nursing care. *Nursing Forum*, Malden, v. 30, n. 4, p. 19-25, 1995.
- CAMPINHA-BACOTE, J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, Tuscaloosa, v. 13, n. 3, p. 181-184, 2002.
- CIR. **Conselho Indígena de Roraima**. Disponível em: <http://www.cir.org.br>. Acesso em 21/07/2015.
- COIAB. Coordenações das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira. <http://www.coiab.com.br>. acesso em 20/07/2015.
- E. E.; ONOCKO, R. (org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). *A gestão do SUS*. Brasília 2015, 1 ed. René Santos (Org.).
- DSEI-LRR. Distrito Sanitário Especial do Leste de Roraima. **Projeto político pedagógico para a capacitação antropológica e pedagógica**. SESAI/MS. 2011.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- FUNAI. **Fundação Nacional do Índio**. Disponível em: www.funai.gov.br. Acesso em 20/07/2015.
- GARNELO, L.; LANGDON, J. A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA, C. (Org.). *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 136-156.
- GOUVEIA. Arlene. PRONAT, A. *Promoção da Saúde Materno-infantil*. Dissertação de mestrado Bahia. S.A. Artes Gráficas, (1960).
- GRABOIS, A. et. Al, Fillen. *Qualificação de gestores do SUS*. Rio de Janeiro: EAD/ Ensp, 2009.
- GUIZARDI, F. L. ; PINHEIRO, R. Quando dúvida se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e estado. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec, ABRASCO; IMS/UERJ, 2004. p. 37-56.

- ISA. Instituto Socioambiental. Disponível em: www.isa.gov.br. Acesso em 20/07/2015.
- ISA. Instituto Socioambiental. **Povos indígenas no Brasil 2001/2005**. São Paulo: ISA 2010.
- LANGDON, E. J. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. In: BARUZZI, R. G.; JUNQUEIRA, C. (Org.). *Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história*. São Paulo: Terra Virgem, 2005. p. 115-133.
- MENÉNDEZ, E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 185-208, 2003.
- MENDONÇA, S. B. M. Saúde indígena: distâncias que aproximam. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília, DF, 2010. p. 185-188.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY,
- MOREIRA. S.Silva. **Gestão da Saúde Indígena no Brasil: Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas/Dsei's e o Distrito Leste de Roraima/DSL**. Revista eletrônica SEMEAD/USP. 2013.
- MOREIRA. S.Silva. **Conflito territorial e Socioambiental na região surumu terra indígena raposa serra do sol**. Dissertação de mestrado PUC/SP.2012.
- SANTOS, V. S.; COIMBRA JR, C. E. A. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: COIMBRA JR, C. E. A. et al. (Org.). *Epidemiologia dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz: Abrasco, 2003. p. 13-47.
- SILVEIRA, N. H. O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação entre os Yanomami. In: LANGDON, E. J. et al. (Org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa: Associação Brasileira de Antropologia, 2004. p. 111-127.
- SESAI. **Secretaria Especial de Saúde Indígena**. Disponível em: www.sesai.gov.br. Acesso em 20/07/2015.