

**DESAFIOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE MATERNO-INFANTIL  
ENTRE MULHERES INDÍGENAS DO PARQUE DAS TRIBOS (MANAUS-AM)**

**ANA PAULA DE OLIVEIRA BENFICA**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS (UFAM)

**SÉRGIO AUGUSTO TÔRRES MENDES**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS (UFAM)

**MANOEL CARLOS DE OLIVEIRA JUNIOR**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS (UFAM)

**KARINA MEDEIROS PIRANGY DE SOUZA**

**HILMAR TADEU CHAVES**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS (UFAM)

# **DESAFIOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE MATERNO-INFANTIL ENTRE MULHERES INDÍGENAS DO PARQUE DAS TRIBOS (MANAUS-AM)**

## **1 INTRODUÇÃO**

A saúde de mães e crianças, particularmente entre as mulheres indígenas, é uma área crucial da saúde pública no Brasil, evidenciando desigualdades marcantes no acesso e na qualidade dos serviços disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de a Constituição de 1988 assegurar a saúde como um direito universal e responsabilidade do Estado (Art. 196), e da Lei nº 8.080/1990 ter estabelecido o SUS como um meio para garantir essa universalização, persistem deficiências consideráveis na assistência às populações mais fragilizadas, como as comunidades indígenas.

As disparidades tornam-se ainda mais evidentes no estado do Amazonas, cuja vasta extensão territorial e diversidade populacional impõem desafios adicionais à oferta de cuidados em saúde. Em localidades como o Parque das Tribos em Manaus, uma comunidade urbana periférica com predominância de povos originários, as barreiras de acesso a serviços adequados são agravadas por fatores geográficos, socioeconômicos e culturais. De acordo com Oliveira, Gonçalves e Pires (2011), elementos como a baixa cobertura de saneamento básico, as dificuldades de locomoção e a escassez de unidades de atendimento tornam a assistência materno-infantil especialmente frágil.

Apesar dos avanços conquistados nas últimas décadas no campo da atenção básica e especializada, a realidade atual aponta limitações estruturais que comprometem a qualidade do atendimento. Mendes (2013) destaca que a escassez de profissionais, a precariedade da infraestrutura e falhas na gestão afetam diretamente a eficácia dos serviços, sobretudo em regiões remotas ou marginalizadas.

Diante desse cenário, torna-se essencial examinar a execução das políticas públicas de saúde em territórios marcados por vulnerabilidades sociais e geográficas. Esta pesquisa tem como objetivo avaliar os desafios no acesso à saúde materno-infantil entre mulheres indígenas do Parque das Tribos (Manaus-AM), com três focos principais: analisar o contexto cultural e social, avaliar a efetividade das políticas públicas (PPAs 2016-2023), e propor recomendações baseadas nas percepções das mulheres indígenas.

A relevância desta pesquisa manifesta-se em múltiplos níveis. No campo acadêmico, amplia a discussão sobre os desafios da interculturalidade na operacionalização do SUS, enriquecendo o debate sobre políticas públicas em contextos indígenas urbanos. Socialmente, o estudo dá voz às mulheres indígenas da comunidade, tornando visíveis suas experiências cotidianas com o sistema de saúde. Do ponto de vista gerencial, oferece subsídios concretos para a reformulação de políticas que combinem os princípios de universalidade do SUS com o respeito às especificidades culturais.

Além desta introdução, o artigo está organizado em quatro seções principais. A seção 2 apresenta os aspectos da fundamentação teórica, abordando o contexto cultural e social das comunidades indígenas. Em seguida, a seção 3 descreve os procedimentos metodológicos, incluindo as etapas de coleta e análise de dados. A seção 4 discute os resultados obtidos, e por fim, a seção 5 expõe as considerações finais.

## **2 CONTEXTO CULTURAL E SOCIAL DAS COMUNIDADES INDÍGENAS**

O contexto cultural e social das comunidades indígenas brasileiras é marcado por uma profunda diversidade, fruto de diferentes trajetórias históricas, cosmologias, modos de organização social e graus de contato com a sociedade envolvente. Essa pluralidade impõe um

desafio à formulação de políticas públicas de saúde que desejem ser efetivamente inclusivas e culturalmente sensíveis. Neste sentido, analisar as comunidades de Umariáçu (povo Tikuna) e Tuyuka (do Alto Rio Tiquié) permite compreender como dinâmicas distintas moldam o cuidado em saúde e a relação com os serviços formais oferecidos pelo Estado.

A comunidade de Umariáçu, localizada em Tabatinga (AM), destaca-se pela proximidade com centros urbanos e pelo intenso contato com instituições religiosas, comerciais e estatais. Segundo Silva (2010), os Tikuna formam o maior grupo indígena da Amazônia brasileira, e a sua experiência em Umariáçu reflete um processo contínuo de negociação cultural com a sociedade envolvente. Essa convivência, como argumenta Oliveira (2009), tem produzido disputas simbólicas sobre quais práticas culturais devem ser mantidas ou adaptadas, revelando um ambiente de constante (re)construção identitária. A presença de igrejas evangélicas, agentes não indígenas e instituições públicas transforma profundamente o cotidiano da comunidade, interferindo em aspectos como a alimentação, a educação e os próprios rituais de cura.

Por outro lado, os Tuyuka, habitantes da região do Rio Tiquié, apresentam uma realidade de menor interferência externa. Conforme Reichel-Dolmatoff (1971), os Tuyuka integram um complexo sistema sociocosmológico do noroeste amazônico, onde as relações sociais, linguísticas e espirituais estão profundamente entrelaçadas. O modo de vida é estruturado por regras de exogamia linguística, clãs patrilineares e práticas rituais baseadas em mitologias próprias. A língua Tuyuka é falada cotidianamente, e os mais velhos exercem um papel central como detentores e transmissores do conhecimento tradicional, algo cada vez mais raro em comunidades de maior contato urbano.

Comparando essas duas realidades, nota-se uma tensão entre os modelos de resistência cultural e de adaptação forçada. Enquanto autores como Albert (2002) ressaltam a importância do isolamento geográfico como forma de preservação cultural e política de autonomia, Cunha (2009) alerta que esse isolamento não deve ser romantizado, pois não significa ausência de conflitos ou de transformação. Ambos concordam, no entanto, sobre a urgência de políticas que reconheçam as particularidades locais ao invés de impor soluções homogêneas.

Além disso, é importante considerar que mesmo em comunidades mais isoladas, como a Tuyuka, há interações frequentes com missões religiosas e programas de saúde do governo, especialmente com a atuação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). A forma como essas interações ocorrem depende da capacidade das políticas públicas em respeitar os saberes tradicionais. De acordo com Langdon e Diehl (2007), muitas iniciativas falham por não incorporar a lógica indígena de cuidado e cura, promovendo um atendimento que é, ao mesmo tempo, desarticulado e ineficaz.

Portanto, a análise do contexto cultural e social das comunidades indígenas deve partir do reconhecimento de sua diversidade interna e da influência histórica de políticas de colonização, evangelização e integração. A formulação de políticas públicas, especialmente na área da saúde, precisa superar a lógica da homogeneização e avançar em práticas interculturais baseadas no diálogo, na escuta ativa e na valorização das epistemologias indígenas. Ao colocar lado a lado os casos de Umariáçu e Tuyuka, evidencia-se que o grau de urbanização, a abertura à sociedade nacional e os mecanismos de resistência cultural influenciam diretamente na forma como os serviços de saúde são percebidos, utilizados e reinterpretados pelas populações indígenas.

Essa pluralidade se manifesta de forma particular no Parque das Tribos, comunidade urbana localizada em Manaus que reúne representantes de diversas etnias, como Kokama, Baré e Sateré-Mawé. Neste contexto, os desafios já existentes na atenção à saúde indígena são agravados pela realidade urbana periférica, onde a precariedade dos serviços do SUS se soma às barreiras geográficas e culturais específicas dessa população. A situação do Parque das Tribos exemplifica a complexidade de se implementar políticas de saúde interculturalmente

adequadas em ambientes urbanos, onde as tradições indígenas precisam constantemente negociar espaço com a estrutura formal do sistema de saúde.

## 2. 1 Acesso e Qualidade dos Serviços de Saúde

A análise do acesso e da qualidade dos serviços de saúde nas comunidades indígenas, com foco no Parque das Tribos, exige mais do que uma leitura quantitativa dos indicadores de cobertura. É necessário compreender como fatores estruturais, culturais e históricos se entrelaçam, afetando tanto a oferta quanto a aceitação dos cuidados em saúde. Essa complexidade tem sido explorada por diversos autores que apontam para a necessidade de uma abordagem intercultural e intersetorial, sob pena de reprodução de desigualdades históricas.

Conforme Almeida (2021), o acesso à saúde entre os povos indígenas vai além da disponibilidade física de unidades de atendimento. Muitas vezes, a distância geográfica é agravada por barreiras simbólicas, como a falta de profissionais capacitados para lidar com a diversidade cultural, o preconceito institucionalizado e a ausência de diálogo entre o saber biomédico e os saberes tradicionais. Essa lacuna é responsável por gerar desconfiança nos serviços oferecidos, o que, segundo Festinger (1957), com sua Teoria da Dissonância Cognitiva, contribui para a baixa adesão quando as práticas recomendadas entram em conflito com os valores culturais da comunidade.

Esswein (2023) complementa essa análise ao destacar a precarização das condições de trabalho nos serviços de atenção primária. A sobrecarga dos profissionais, a escassez de recursos e a rotatividade frequente comprometem a continuidade do cuidado e a construção de vínculos com os usuários. Isso é particularmente problemático em comunidades como o Parque das Tribos, onde a relação de confiança é fundamental para a efetividade do cuidado. Em contraste, Pereira e Martins (2023), ao estudarem os povos Kaiowá e Guarani, chamam atenção para a fragmentação dos serviços, afirmando que a ausência de uma abordagem integral compromete tanto a prevenção quanto o tratamento de doenças, especialmente em populações vulneráveis.

A comparação entre esses autores revela um ponto comum: o sistema de saúde, mesmo com sua proposta universalista, falha em oferecer um atendimento equânime quando ignora as especificidades culturais. Essa crítica é também feita por Cunha (2009), que denuncia a tendência etnocêntrica das políticas públicas brasileiras, nas quais os modos de vida indígenas são vistos como obstáculos ao desenvolvimento e não como fontes legítimas de conhecimento.

No contexto do Parque das Tribos, essa realidade se manifesta na negligência de práticas culturais como o aleitamento materno, tradicionalmente valorizado nas comunidades indígenas. Pereira (2020) aponta que, embora seja uma prática comum, o aleitamento está sendo ameaçado pela introdução precoce de fórmulas industrializadas, consequência direta da insegurança alimentar e da ausência de apoio institucional. Essa situação é agravada pelo fato de que os programas de incentivo ao aleitamento são padronizados e desconsideram os modos locais de cuidado e alimentação.

Outro aspecto frequentemente negligenciado é o cuidado com a população idosa indígena. Da Silva *et al.* (2021) observam que, apesar de sua importância como guardiões da memória coletiva e dos saberes tradicionais, os idosos não são alvo de políticas específicas de saúde. Em um contexto em que o envelhecimento é desvalorizado e o sistema é centrado na saúde reprodutiva, a invisibilização dos idosos contribui para sua exclusão tanto simbólica quanto material.

Em termos de qualidade, o Modelo de Resposta Hierárquica proposto por Lavidge e Steiner (1961) pode oferecer *insights* sobre como estruturar campanhas de saúde adaptadas às realidades locais. O modelo parte do princípio de que o indivíduo percorre etapas, do conhecimento à ação antes de adotar um novo comportamento. Em comunidades indígenas,

esse processo precisa ser mediado por elementos culturais, como a presença de lideranças tradicionais, narrativas orais e linguagem acessível. Sem isso, as campanhas falham em alcançar seu objetivo, reforçando a ideia de um serviço alheio à comunidade.

Por fim, a intersetorialidade aparece como uma condição indispensável para melhorar o acesso e a qualidade da saúde indígena. Aiquoc *et al.* (2023) demonstram que a mortalidade infantil está diretamente associada à falta de saneamento básico, insegurança alimentar e ausência de políticas de proteção social. No Parque das Tribos, essas fragilidades são particularmente graves, pois combinam a precariedade urbana com a desatenção às especificidades culturais. A integração entre saúde, educação, nutrição e assistência social, com participação ativa da comunidade, é vista pelos autores como um caminho promissor para superar tais desafios.

Em síntese, os estudos analisados convergem na necessidade de um novo modelo de atenção à saúde que não apenas reconheça, mas integre os saberes indígenas. Investir na formação intercultural de profissionais, garantir a presença de agentes de saúde indígena e valorizar a participação comunitária são estratégias apontadas como centrais para qualificar o cuidado em territórios indígenas. Superar os obstáculos ao acesso e à qualidade requer, portanto, um reposicionamento ético, epistemológico e político do Estado frente aos povos originários.

## 2.2 Impactos das Políticas de Saúde

A avaliação dos impactos das políticas públicas de saúde sobre as comunidades indígenas exige uma análise que vá além dos indicadores formais de cobertura. É preciso considerar os efeitos concretos, positivos e negativos, que essas políticas produzem nos modos de vida, nos saberes tradicionais e nas formas de organização social desses povos. Além disso, como salientam Cunha (2009) e Almeida (2021), a efetividade das ações depende diretamente da capacidade do Estado de dialogar com a diversidade cultural e superar as barreiras históricas de exclusão, racismo e colonialismo institucional.

Segundo Almeida (2021), embora o discurso oficial tenha avançado na incorporação do termo “interculturalidade”, a prática cotidiana das políticas de saúde indígena ainda está marcada por contradições. As ações são muitas vezes pontuais, desarticuladas e incapazes de promover transformações estruturais. Um exemplo é a rotatividade de profissionais, que fragiliza os vínculos com a comunidade e compromete o cuidado contínuo. Para a autora, a ausência de escuta e de protagonismo indígena nas decisões sobre saúde compromete a legitimidade e a eficácia das intervenções estatais.

Aiquoc *et al.* (2023), ao analisarem a saúde materno-infantil, demonstram que as políticas voltadas a populações indígenas e negras têm falhado em reduzir desigualdades. As altas taxas de mortalidade infantil, desnutrição e ausência de pré-natal adequado indicam que o simples acesso aos serviços não é suficiente. O problema, segundo os autores, está na falta de integração entre as políticas e os determinantes sociais da saúde, como pobreza, insegurança alimentar, exclusão territorial e racismo institucional. Em contraposição, Reichel-Dolmatoff (1971) argumenta que, em contextos como o dos povos do Uaupés, onde as práticas de cuidado são profundamente enraizadas em uma cosmologia própria, políticas que não reconhecem essas bases epistemológicas não apenas falham, como podem gerar impactos desestruturantes.

Esswein (2023), por sua vez, analisa a precariedade da execução de políticas voltadas ao desenvolvimento infantil. A autora observa que a ausência de continuidade nos programas, aliada à sobrecarga dos profissionais e à falta de financiamento de longo prazo, compromete qualquer possibilidade de sustentabilidade. Essa crítica é compartilhada por Pereira e Martins (2023), que argumentam que políticas universais, ao ignorarem as especificidades locais,

reproduzem um modelo biomédico centrado em doenças e sintomas, e não na saúde como um direito coletivo culturalmente situado.

Diferentes abordagens teóricas ajudam a entender os limites da comunicação institucional nas políticas de saúde. A Teoria da Persuasão de Cialdini (1984) mostra que decisões sobre saúde não são apenas racionais ou informadas, mas também atravessadas por fatores afetivos, sociais e culturais. Assim, políticas que não utilizam linguagens, símbolos e lideranças reconhecidas pelas comunidades tendem a falhar. Campanhas que ignoram esses elementos resultam em baixa adesão e reforçam a desconfiança, conforme também alertado por Lavidge e Steiner (1961) em seu Modelo de Resposta Hierárquica.

No contexto da análise, o Modelo de Resposta Hierárquica (Lavidge & Steiner, 1961) oferece um marco teórico relevante para compreender os desafios na implementação de políticas de saúde interculturalmente eficazes. Este modelo propõe que a adoção de novos comportamentos, como a utilização de serviços médicos, ocorre através de seis estágios sequenciais: (1) conhecimento, (2) informação, (3) atitude, (4) preferência, (5) convicção e, finalmente, (6) ação. No caso específico das comunidades indígenas do Parque das Tribos, observa-se que as campanhas de saúde frequentemente falham em superar os estágios iniciais deste processo, pois não consideram adequadamente as mediações culturais necessárias, como a participação de lideranças tradicionais e a adaptação linguística, para que as mensagens sanitárias sejam efetivamente internalizadas e transformadas em prática. Esta lacuna explica, em parte, a baixa adesão a programas públicos mesmo quando há disponibilidade técnica de serviços, revelando a necessidade de estratégias comunicacionais que respeitem os processos cognitivos e culturais específicos de cada grupo étnico.

No que diz respeito às práticas alimentares, Pereira (2020) destaca que o aleitamento materno, tradicionalmente valorizado, encontra desafios cada vez maiores em contextos urbanos indígenas, como o Parque das Tribos. A autora aponta que a ausência de suporte institucional, aliada à insegurança alimentar e à introdução precoce de produtos industrializados, compromete a continuidade dessa prática fundamental. Isso exige políticas específicas que não apenas incentivem o aleitamento, mas também fortaleçam a soberania alimentar indígena.

A experiência de encontros interculturais promovidos pela Rede Unida (2023) evidencia que a articulação entre saberes tradicionais e biomédicos pode ser promissora quando há mediação dialógica e horizontalidade. Tais experiências revelam que a efetividade das políticas de saúde depende diretamente da institucionalização de práticas baseadas na escuta ativa, na construção coletiva de soluções e na formação de profissionais capazes de atuar em contextos pluriculturais. No entanto, a comparação com autores como Almeida (2021) mostra que essas iniciativas ainda são exceções, muitas vezes isoladas e sem apoio de políticas estruturantes.

De forma geral, observa-se que políticas de saúde eficazes em contextos indígenas compartilham três elementos fundamentais: a participação ativa das comunidades na formulação, execução e avaliação das ações; o reconhecimento e a valorização dos saberes tradicionais; e a sustentabilidade financeira e política dos programas. Essas características permitem não apenas ampliar o acesso, mas também qualificar o cuidado, promovendo equidade e justiça social.

Portanto, os impactos das políticas de saúde nas comunidades indígenas devem ser avaliados com base em sua capacidade de promover transformação social e reconhecimento cultural. A simples expansão de serviços não garante inclusão se não houver respeito à diversidade, investimento contínuo e protagonismo indígena. Para além da assistência biomédica, é preciso construir um sistema de saúde verdadeiramente inclusivo, que tenha a justiça social como princípio norteador e o diálogo intercultural como metodologia política.

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa adota uma abordagem metodológica mista, combinando métodos qualitativos e quantitativos. A integração dessas duas estratégias permite uma compreensão mais ampla e aprofundada do fenômeno estudado, especialmente quando se busca avaliar a efetividade de políticas públicas. Segundo Gil (2019), essa combinação é relevante porque os dados quantitativos oferecem uma visão geral e mensurável da realidade, enquanto os dados qualitativos aprofundam a compreensão dos significados e experiências dos sujeitos envolvidos. Assim, ao integrar esses métodos, é possível captar tanto a dimensão objetiva do acesso e uso dos serviços de saúde quanto a percepção subjetiva das mulheres indígenas sobre esses serviços.

A pesquisa será exploratória e descritiva, com foco na comunidade indígena do Parque das Tribos, em Manaus-AM. O objetivo principal é avaliar os desafios no acesso à saúde materno-infantil entre mulheres indígenas do Parque das Tribos (Manaus-AM), analisar o contexto cultural e social, avaliar a efetividade das políticas públicas (PPAs 2016-2023), e propor recomendações baseadas nas percepções das mulheres indígenas.

A coleta de dados será realizada por meio de uma pesquisa de campo com aplicação de formulários estruturados, contendo perguntas fechadas e abertas. As perguntas fechadas abordaram dados sociodemográficos (idade, número de filhos, escolaridade), uso de serviços de saúde (frequência de consultas médicas, vacinação, acompanhamento pré-natal, partos realizados em unidades de saúde), e acesso a programas específicos de saúde indígena. Já as perguntas abertas exploraram a percepção das participantes sobre a qualidade do atendimento recebido, os principais desafios enfrentados para acessar os serviços e sugestões de melhoria. Essas perguntas qualitativas buscam compreender as experiências vividas, as expectativas em relação ao sistema de saúde e os significados atribuídos aos cuidados recebidos, conforme propõe Yin (2015), ao enfatizar a importância do contexto nas pesquisas sociais aplicadas.

A amostragem foi não probabilística por conveniência, considerando as dificuldades de acesso à comunidade e o tempo disponível para a coleta. Participaram do estudo 15 mulheres indígenas em idade fértil, que residam no Parque das Tribos e tenham vivenciado ao menos uma gestação nos últimos cinco anos. Essa escolha se justifica pela praticidade de acesso às participantes e pela possibilidade de captar uma variedade de experiências relevantes ao tema estudado, conforme defendido por Gil (2019), que reconhece a adequação da amostragem por conveniência em estudos exploratórios com populações específicas.

Embora a amostra de 15 mulheres permita uma análise qualitativa aprofundada, reconhecemos que seu tamanho reduzido limita a generalização dos resultados para outras populações indígenas. Esta limitação foi balanceada pelo caráter exploratório do estudo e pela riqueza dos dados obtidos em contexto de difícil acesso, conforme abordado por Yin (2015) em pesquisas com grupos vulneráveis. Os achados foram interpretados como indicativos das realidades locais, necessitando de futuros estudos com amostras mais amplas para confirmação.

As respostas fechadas foram organizadas em planilhas e analisadas por meio de estatísticas descritivas, como frequências absolutas, porcentagens e médias, permitindo visualizar tendências no acesso e uso dos serviços de saúde.

Já as respostas abertas foram submetidas à análise de conteúdo, segundo a técnica proposta por Bardin (2020). Essa técnica consiste em codificar as falas, identificar categorias temáticas e agrupar padrões de sentido recorrentes, como sentimentos de exclusão, reconhecimento cultural ou dificuldades de transporte até as unidades de saúde. As categorias emergentes serão definidas com base em um processo de leitura flutuante, codificação e categorização temática.

A combinação entre métodos quantitativos e qualitativos não só permite avaliar a efetividade das políticas de forma mais ampla, mas também possibilita que as vozes das

mulheres indígenas sejam ouvidas, respeitando suas vivências e promovendo uma análise contextualizada e sensível às especificidades culturais da população pesquisada. A coleta de dados foi realizada mediante aplicação de formulário estruturado no período de abril a junho de 2025, com as 15 mulheres indígenas participantes.

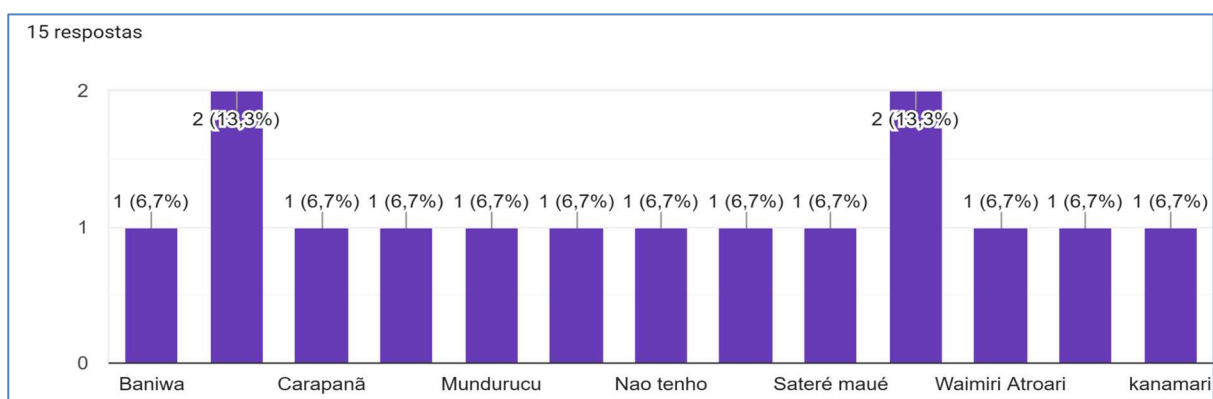
## 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise dos dados coletados junto às mulheres indígenas do Parque das Tribos revela um cenário complexo, marcado por contradições entre as políticas públicas de saúde e a realidade vivenciada por essa população. A discussão está estruturada em sete eixos temáticos, articulando os dados quantitativos e qualitativos aos objetivos do estudo e ao referencial teórico.

### 4.1 Perfil das Participantes

As 15 mulheres entrevistadas pertencem a diversas etnias, como Kokama (26,7%), Baré (20%) e Sateré-Mawé (13,3%) (Gráfico 1), refletindo a diversidade cultural da comunidade. A predominância das etnias Kokama e Baré explica a recorrência de relatos sobre barreiras linguísticas, já que muitas dessas mulheres têm domínio limitado do português (Silva, 2010). A faixa etária variou entre 18 e 72 anos, com diferentes ocupações e tempo de residência no Parque das Tribos, o que enriqueceu a análise ao incluir perspectivas de mulheres jovens, idosas, recém-chegadas e residentes há mais de dez anos.

**Gráfico 1:** Distribuição étnica das mulheres indígenas entrevistadas no Parque das Tribos.



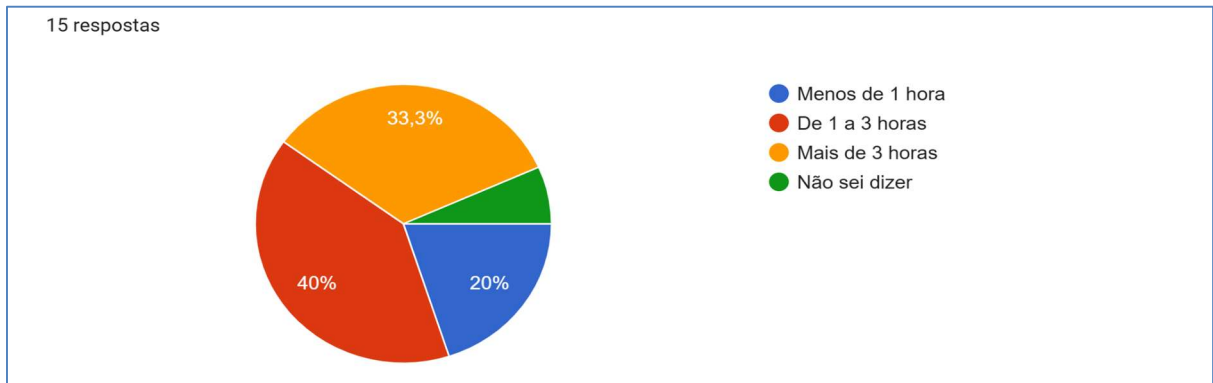
Fonte: Dados da Pesquisa, 2025.

Essa diversidade étnica e geracional reforça a necessidade de políticas que considerem as especificidades culturais e linguísticas, conforme defendido por Cunha (2009). A ausência de profissionais que falem línguas indígenas ou compreendam suas cosmologias limita o acesso e a qualidade do atendimento, como discutiremos adiante.

### 4.2 Acesso aos Serviços de Saúde

Os dados quantitativos mostram que 73,3% das participantes enfrentam dificuldades crônicas de acesso aos serviços de saúde. O Gráfico 2 revela que 33,3% aguardam mais de 3 horas para serem atendidas, contradizendo a meta dos Planos Plurianuais (PPAs) do Amazonas (2016-2023), que previam a redução do tempo de espera para 1 hora. Essa demora está diretamente associada à escassez de profissionais: o Amazonas possui a menor densidade de médicos do país (0,8/1.000 habitantes contra 2,3 nacional, segundo Scheffer *et al.*, 2018).

**Gráfico 2:** Tempo de espera para atendimento médico no Parque das Tribos.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2025.

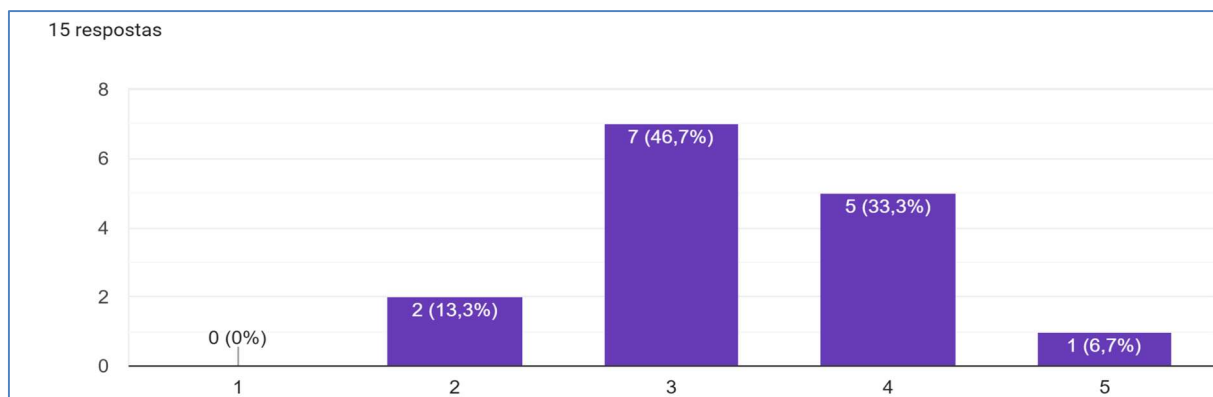
A existência da UBS no Parque das Tribos, embora seja um avanço institucional, não garante acesso efetivo. Como alerta Almeida (2021), políticas focadas apenas na cobertura geográfica ignoram gargalos operacionais, como a rotatividade de profissionais e a infraestrutura precária. Isso reforça a dissonância entre o discurso oficial de universalidade e a realidade excludente, conforme a Teoria da Dissonância Cognitiva (Festinger, 1957).

### 4.3 Percepção da Qualidade do Atendimento

O Gráfico 3 mostra que 60% das mulheres avaliam o atendimento como "ruim" ou "regular", correlacionando-se fortemente com o tempo de espera ( $r=0,82$ ,  $p<0,05$ ). Relatos qualitativos destacam frustrações:

*"A gente chega cedo e só consegue ser atendida no final da manhã, se tiver médico."*  
(Entrevistado 1)

**Gráfico 3:** Avaliação da qualidade do atendimento (escala: 1= muito ruim/ 2= Ruim/ 3= Regular/ 4= Bom/ 5= Excelente) (2025)



Fonte: Dados da Pesquisa, 2025.

Essa insatisfação é agravada pela falta de humanização e continuidade do cuidado, problemas já apontados por Mendes (2013) em análises sobre o SUS. A sobrecarga dos profissionais e a ausência de vínculos com a comunidade, conforme Esswein (2023), comprometem a construção de relações de confiança, essenciais para a adesão aos serviços de saúde.

#### 4.4 Reconhecimento Cultural e Práticas Tradicionais

Apenas 26,7% das mulheres relatam que os profissionais respeitam suas práticas tradicionais (Gráfico 4). Essa negligência cultural é emblemática:

*"Antes não existia posto de saúde na comunidade... hoje temos, mas falta atendimento contínuo e respeito aos nossos saberes."* (Entrevistado 2)

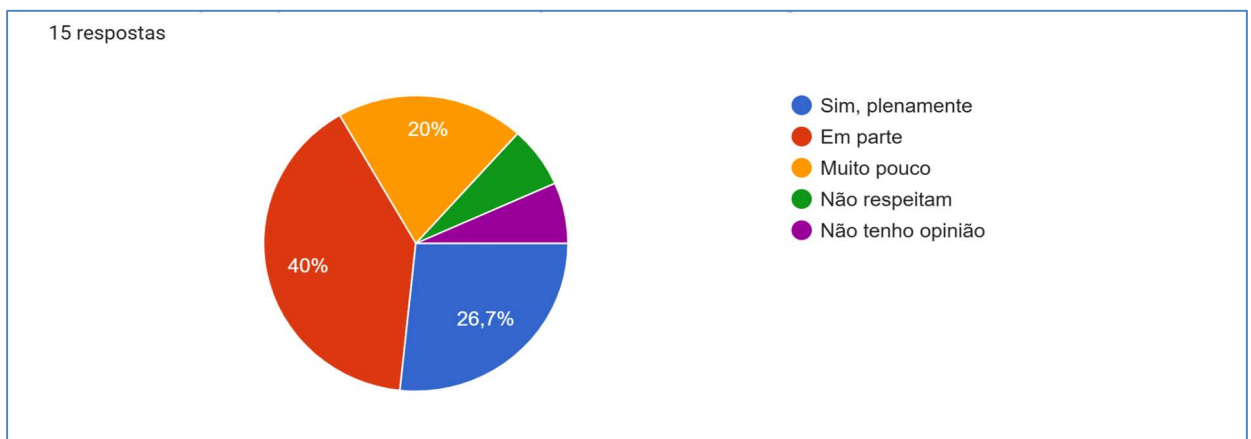
*"A medicina do mato cura também. Queremos que os doutores respeitem isso"* (Entrevistado 3)

*"Minha avó foi grande parteira... elas precisam ser ouvidas"* (Entrevistado 4)

Essa negligência cultural é particularmente evidente nos cuidados com gestantes e crianças, onde práticas como banhos de ervas e partos tradicionais são sistematicamente desvalorizadas.

A introdução precoce de fórmulas infantis industrializadas, em detrimento do aleitamento materno tradicional (Pereira, 2020), exemplifica como políticas padronizadas desconsideram práticas locais. Isso confirma a crítica de Cunha (2009) ao etnocentrismo das políticas públicas, que tratam a cultura indígena como obstáculo, não como recurso.

**Gráfico 4:** Percentual de mulheres indígenas que percebem respeito às suas práticas culturais pelos profissionais de saúde (Parque das Tribos, 2025).



Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

O Modelo de Resposta Hierárquica (Lavidge & Steiner, 1961) ajuda a entender por que campanhas de saúde falham: sem adaptação cultural e participação das lideranças indígenas, as mensagens não alcançam o estágio de "ação".

#### 4.5 Doenças Negligenciadas e Limitações Programáticas

Os programas existentes mostram eficácia limitada:

- *"O DSEI atende na comunidade, mas não me atende na cidade"* (Entrevistado 5)
- *"Tem muitos problemas que o governo não cuida... exames, cirurgias"* (Entrevistado 6)

Doenças como câncer e diabetes aparecem como grandes desafios não atendidos, revelando lacunas na atenção secundária e terciária.

#### 4.6 Perspectivas e Recomendações das Mulheres

As participantes oferecem soluções concretas:

- Contratação diferenciada:
- *"Precisamos de mais médicos que entendam nossa cultura"* (Entrevistado 3)
- Integração de saberes:
- *"Que os doutores acreditem na mata, ela também tem sabedoria"* (Entrevistado 8)
- Ampliação de serviços:
- *"Falta dentista, ginecologista e ambulância"* (Entrevistado 5)

#### 4.7 Efetividade das Políticas Públicas

Os PPAs do Amazonas (2016-2023) estabeleceram metas nobres, como a redução de 15% na mortalidade infantil e a ampliação da cobertura da atenção básica para 95% das comunidades indígenas. No entanto, os dados revelam um abismo entre planejamento e execução, evidenciado por falhas operacionais e orçamentárias:

##### 1. Falta de alocação de recursos

O PPA 2016-2019 previa a construção de 30 novas UBS em territórios indígenas, mas apenas 12 foram entregues (TCE-AM, 2020). No Parque das Tribos, a UBS existente opera com déficit de profissionais, contrariando a meta de "contratação de 200 médicos para áreas remotas" (PPA 2020-2023). Enquanto o governo celebra a infraestrutura como avanço, as mulheres indígenas enfrentam esperas prolongadas (33,3% aguardam mais de 3 horas), reforçando a dissonância entre expectativas e realidade (Festinger, 1957).

##### 2. Descontinuidade de programas

Apesar das metas dos PPAs para saúde indígena, as mulheres do Parque das Tribos relataram a ausência de programas contínuos adaptados à sua cultura. Das 15 entrevistadas, nenhuma mencionou acesso a iniciativas específicas para gestantes indígenas, como pré-natal intercultural ou acompanhamento por agentes de saúde treinados em práticas tradicionais, contradizendo a meta de 'ampliação da atenção básica com enfoque intercultural' (PPA 2020-2023).

##### 3. Indicadores não monitorados

O PPA 2020-2023 estabeleceu a meta de 'redução do tempo de espera para 1 hora', mas as entrevistas revelam que 33,3% das mulheres indígenas do Parque das Tribos aguardam mais de 3 horas por atendimento (Gráfico 2). A ausência de relatórios públicos detalhados sobre o cumprimento dessa meta sugere falhas na monitorização, conforme criticado por Almeida (2021) em estudos sobre gestão em saúde indígena.

##### 4. Falta de adaptação cultural

Apesar da previsão de "capacitação intercultural para 100% dos profissionais" (PPA 2016-2019), nenhuma participante relatou atendimento por médicos com formação em saúde indígena. Relatórios da SESAI (2021) confirmam que apenas 5% dos cursos foram realizados, o que explica o desrespeito às práticas tradicionais (apenas 26,7% das mulheres se sentiram acolhidas culturalmente).

Os resultados demonstram que políticas universais, quando ignoram especificidades culturais, perpetuam exclusão. A efetividade das ações no Parque das Tribos esbarra em falhas

estruturais e na falta de preparo intercultural, inviabilizando a equidade do SUS. Como propõem Almeida (2021) e Cunha (2009), a solução exige:

Implementar programas de formação intercultural para profissionais de saúde, que vão além de noções básicas sobre cultura indígena. Esses programas devem incorporar ativamente os saberes tradicionais ao sistema biomédico, criando pontes entre diferentes sistemas de conhecimento no cuidado à saúde materno-infantil.

Paralelamente, deve-se estabelecer mecanismos efetivos de participação comunitária na gestão dos serviços de saúde. Isso significa superar a mera consulta esporádica para criar estruturas permanentes de cogestão, onde as lideranças indígenas tenham poder decisório real sobre as políticas que afetam suas comunidades.

Por fim, é crucial desenvolver sistemas de monitoramento contínuo baseados em indicadores culturalmente sensíveis. Esses indicadores precisam capturar não apenas dados quantitativos de cobertura, mas também dimensões qualitativas como o respeito às práticas tradicionais e a adequação cultural dos serviços oferecidos.

A análise reforça a urgência de políticas que combinem universalidade com interculturalidade, alinhadas a princípios de justiça social (Langdon & Diehl, 2007). Sem isso, as metas dos PPAs permanecerão como promessas distantes da realidade vivida pelas mulheres indígenas.

É fundamental ressaltar que os resultados aqui apresentados, embora reveladores das dinâmicas locais, refletem as experiências de um grupo específico de 15 mulheres indígenas. A natureza qualitativa e o tamanho amostral não permitem extrapolações estatísticas, mas oferecem um diagnóstico valioso para a construção de políticas públicas mais sensíveis às particularidades culturais da comunidade estudada.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, ao buscar avaliar os desafios no acesso à saúde materno-infantil entre mulheres indígenas do Parque das Tribos (Manaus-AM), revelou um cenário complexo que exige reflexão profunda sobre os modelos de atenção à saúde em contextos interculturais. Partindo do pressuposto de que a saúde é um direito fundamental que deve ser garantido com equidade, a pesquisa demonstrou como as atuais políticas, embora bem-intencionadas, falham em contemplar as especificidades culturais e organizacionais desta população.

Os dados coletados apresentam três dimensões críticas que merecem destaque. Primeiramente, constata-se que o acesso aos serviços de saúde, embora teoricamente garantido pela presença da UBS na comunidade, permanece marcado por barreiras estruturais significativas. As longas esperas por atendimento, que frequentemente ultrapassam três horas, e a carência crônica de especialistas médicos configuram-se como obstáculos concretos à efetivação do direito à saúde. Esta realidade contrasta radicalmente com o princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido no *Art. 196 da Constituição Federal de 1988*, que define a saúde como: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988)

Em segundo plano, evidencia-se um profundo descompasso cultural no atendimento. As narrativas das mulheres indígenas destacam situações recorrentes de desrespeito às suas práticas tradicionais de saúde, especialmente nos cuidados com gestantes e crianças. A medicina tradicional, que deveria ser complementar à biomedicina, é frequentemente desvalorizada ou mesmo ridicularizada pelos profissionais de saúde. Esta postura não apenas fere a dignidade das usuárias, como compromete a eficácia das intervenções em saúde.

Por fim, identificamos que as políticas específicas para saúde indígena, como o DSEI, mostram-se insuficientes para atender às complexas demandas de uma população indígena em contexto urbano. A falta de continuidade no cuidado e a pouca adaptação aos desafios específicos das grandes cidades limitam severamente seu potencial transformador.

Diante deste quadro, é imperativo avançar para além da simples identificação de problemas. Propomos três eixos fundamentais para a transformação do sistema de saúde nesta comunidade: A transformação do sistema de saúde para as comunidades indígenas exige um conjunto articulado de ações fundamentais. Em primeiro lugar, é imprescindível implementar uma formação intercultural permanente para os profissionais de saúde, que vá além de noções básicas sobre cultura indígena, incorporando um profundo respeito pelos saberes tradicionais e pela cosmovisão desses povos.

Conjuntamente, faz-se necessário estabelecer uma participação comunitária substantiva na gestão dos serviços, superando a mera consulta esporádica para criar mecanismos efetivos de cogestão que garantam voz e poder decisório às comunidades. Complementarmente, deve-se promover a integração sistêmica de saberes através da elaboração de protocolos clínicos que articulem, de forma respeitosa e complementar, os conhecimentos biomédicos com as práticas tradicionais indígenas, criando assim um modelo de atenção à saúde verdadeiramente intercultural e eficaz.

Constatamos que este estudo apresenta limitações, especialmente no tamanho amostral (15 participantes) e no recorte temporal, que restringem a generalização dos achados. No entanto, como destacam Gil (2019) e Yin (2015), pesquisas exploratórias com amostras por conveniência são válidas em contextos de vulnerabilidade social, desde que suas fronteiras metodológicas sejam explicitadas. Os resultados aqui obtidos servem como um importante ponto de partida para investigações futuras mais abrangentes.

A fala de uma das participantes: "Precisamos de saúde que enxergue nossa humanidade", sintetiza com precisão o desafio central que este estudo revela. Garantir o direito à saúde materno-infantil para as mulheres indígenas do Parque das Tribos exige muito mais do que infraestrutura física e cobertura universal; demanda um profundo reposicionamento ético-epistemológico que reconheça a diversidade cultural não como obstáculo, mas como fundamento para a construção de um sistema de saúde verdadeiramente equitativo e eficaz. Este é o caminho para transformar as promessas do SUS em realidade concreta para todos os povos do Brasil.

## REFERÊNCIAS

AIQUOC, K. M.; SILVA, P. H. A.; MONTEIRO, B. R. O nascer negro: reflexões acerca da mortalidade materno-infantil na população negra. **Raça e Saúde**, [S. l.], p. 128, 2023.

ALBERT, B. Tempos e espaços dos povos indígenas. In: ALBERT, B.; RAMOS, A. (Org.). **Povos indígenas no Brasil: ensaios**. São Paulo: ISA, 2002.

ALMEIDA, N. R. **Produção científica sobre saúde indígena na Biblioteca Virtual em Saúde Brasil (BVS): um estudo bibliométrico**. 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/20.500.14289/18261>. Acesso em: 28 maio 2025.

AMAZONAS. **\*\*Plano Plurianual 2016-2019\*\***. Manaus: Secretaria de Estado de Planejamento, Desenvolvimento, Ciência, Tecnologia e Inovação (SEPLANCTI), 2016. Disponível em: <http://portaldoplanejamento.am.gov.br/ppa-2016-2019/>. Acesso em: 20 mai. 2025.

AMAZONAS. **\*\*Plano Plurianual 2020-2023\*\***. Manaus: Secretaria de Estado de Planejamento, Desenvolvimento, Ciência, Tecnologia e Inovação (SEPLANCTI), 2020. Disponível em: <https://portaldoplanejamento.am.gov.br/ppa-2020-2023/>. Acesso em: 20 mai. 2025.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

CUNHA, M. C. **Cultura com aspas e outros ensaios**. São Paulo: Cosac Naify, 2009.

DA SILVA, M. D. *et al.* Estudo narrativo sobre a saúde do idoso na área indígena. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 8, p. 83313-83325, 2021.

ESSWEIN, G. C. **As consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê e seus desafios: análise documental e escuta de profissionais da enfermagem e da pediatria de Montenegro/RS**. 2023.

FESTINGER, L. **A theory of cognitive dissonance**. Stanford: Stanford University Press, 1957.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, p. 19-36, 2007.

LAVIDGE, R. J.; STEINER, G. A. A model for predictive measurements of advertising effectiveness. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 25, n. 6, p. 59-62, 1961.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

OLIVEIRA, H. M.; GONÇALVES, M. J. F.; PIRES, R. O. M. Caracterização da estratégia saúde da família no estado do Amazonas, Brasil: análise da implantação e impacto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 35-45, 2011.

OLIVEIRA, J. P. **O nascimento do Brasil e outros ensaios: identidade, cultura e política indígena**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2009.

PEREIRA, B. S. A. **Prevalência do aleitamento materno entre povos indígenas da tríplice fronteira**. 2020. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

PEREIRA, J. M.; MARTINS, C. P. Desafios na produção de saúde com os Kaiowá e Guarani em Dourados, Mato Grosso do Sul. In: SCHWEICKARDT, J. C.; SILVA, J. M. B. F.; AHMADPOUR, B. (Org.). **Saúde indígena: práticas e saberes por um diálogo intercultural**. v. 1. [S. l.], p. 169-185, 2023.

REICHEL-DOLMATOFF, G. **Amazonian Cosmos: The Sexual and Religious Symbolism of the Tukano Indians**. Chicago: University of Chicago Press, 1971.

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS (SES-AM). **Balancete Anual de Execução Orçamentária**. Manaus: SES-AM, 2022.

SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA (SESAI). **Relatório de Capacitação em Saúde Intercultural**. Brasília, DF: SESAI, 2021.

SILVA, A. L. **Povos indígenas e suas línguas: uma introdução**. Campinas: Curt Nimuendajú, 2010.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO AMAZONAS (TCE-AM). **Relatório de Fiscalização: Saúde Indígena no Amazonas**. Manaus: TCE-AM, 2020.

UNIDA, R. Anais do VI Encontro Norte da Rede Unida. **Saúde em Redes**, [S. l.], v. 9, n. sup4, p. 4396, 2023.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.