



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DSAU  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – PPGSC  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

**NEUZA SANTOS DE JESUS SILVA**

**RESOLUBILIDADE DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA NA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL: uma (in) visibilidade na  
prática?**



**FEIRA DE SANTANA-BA  
2016**

**NEUZA SANTOS DE JESUS SILVA**

**RESOLUBILIDADE DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA NA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL: uma (in) visibilidade na  
prática?**

---

Dissertação apresentada à banca examinadora para apreciação, como requisito necessário para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Angela Alves do Nascimento

Linha de pesquisa: Planejamento, Gestão e Práticas de Saúde.

FEIRA DE SANTANA-BA  
2016

**NEUZA SANTOS DE JESUS SILVA**

**RESOLUBILIDADE DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA NA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL: uma (in) visibilidade na  
prática?**

---

Dissertação apresentada à banca examinadora para apreciação, como requisito necessário para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana-BA.

---

Aprovada em 16/ 06/ 2016.

**BANCA EXAMINADORA**

Profª Drª Maria Angela Alves do Nascimento (orientadora)  
Universidade Estadual de Feira De Santana – UEFS.

Profª Drª Mírian Santos Paiva  
Universidade Federal da Bahia – UFBA.

Prof. Dr. Fábio Pedro Souza de Ferreira Bandeira  
Universidade Estadual de Feira De Santana – UEFS.

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

Silva, Neuza Santos de Jesus

S581r      Resolubilidade da produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família na Atenção à Saúde indígena no Brasil : uma (in) visibilidade na prática? / Neuza Santos de Jesus Silva. – Feira de Santana, 2016.

126 f. : il.

Orientadora: Maria Angela Alves do Nascimento.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana,  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2016.

1. Atenção Básica à Saúde - Povos indígenas. 2. Estratégia Saúde da Família. I. Nascimento, Maria Angela Alves do, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 614(81)

## AGRADECIMENTOS

Os que semeiam em lágrimas segarão com alegria (SALMO 26.5).

Ó profundidade das riquezas, tanto da sabedoria, como da ciência de Deus!  
Quão insondáveis são os seus juízos, e quão inescrutáveis, os seus caminhos!  
Porque quem compreendeu a mente do Senhor? Ou quem foi seu conselheiro? Ou quem lhe deu primeiro a Ele, para que lhe seja recompensado? Porque Dele, e por Ele, e para Ele são todas as coisas; Glória, pois, a Ele eternamente. Amém.  
(ROMANOS 11.33-36).

Agradeço a todos aqueles que estiveram comigo durante a caminhada:

Ao meu Deus, razão da minha existência, a quem dedico todos os meus dias,  
Àquele que me acolheu no recôndito das minhas aflições.

Ao meu pai, Salustiano Bispo, pelo seu amor, pela paciência, serenidade e pelas suas constantes orações dedicadas a mim.

Aos meus irmãos e irmãs, que choraram e se alegraram comigo; nos momentos de tristezas e alegrias, estiveram sempre ao meu lado.

Ao meu esposo, Daniel José, pela paciência, pelo amor e por toda a compreensão dedicados a mim.

Ao meu filhote, Daniel Neto, pelo seu amor incondicional, pela paciência, e, mesmo sem entender direito a situação, abdicou de nossos momentos de lazer, bem como, quando não podia contar sua historinha para fazê-lo dormir, nem passear no Parque da Lagoa, aos domingos à tarde, por conta do compromisso com o mestrado.

A todos os meus irmãos de fé, aos parentes e amigos, pela torcida.

A minhas colegas, enfermeiras da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, pelo apoio e pela compreensão, e, em especial, à coordenadora Francisca Lucia, por sua sensibilidade e compreensão.

Aos meus colegas da Policlínica do George Américo que, durante o ano de 2015, me acolheram com carinho.

À equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena de Banzaê-Ba, especialmente, à enfermeira Valdenice Santana, a qual demonstrou apoio incondicional quando atuávamos juntas, razão pela qual até hoje dividimos experiências e firmamos uma perdurante amizade.

À comunidade e às lideranças indígenas de Banzaê-Ba, por me acolherem e me permitirem vivenciar tão boas experiências durante o ano de 2013, oportunizando-me a contextualização neste trabalho.

A minha orientadora, Maria Ângela Alves do Nascimento, por sua compreensão, pela paciência, sensibilidade, dedicação e pelo conhecimento ímpar na pesquisa qualitativa, a quem dedico a minha inserção e caminhada no mundo da pesquisa.  
Obrigada por acreditar em mim!

Agradeço aos professores que fizeram parte de minha Banca, professores Fabio Bandeira, Mirian Santos Paiva e Erenilde Marques.

Agradeço aos meus colegas do mestrado, turma 2014.1, pela convivência e pelo aprendizado inesquecível. Vocês são muito especiais!

Aos meus professores do Mestrado, que contribuíram de forma excepcional para o meu desempenho e enriquecimento de minha carreira como futura docente.

Aos colegas do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS.

Agradeço ao professor Luciano Marques que, quando ainda eu estava na Graduação, me incentivou a trilhar no mundo da pesquisa.

A todos os funcionários da Pós-graduação em Saúde Coletiva da UEFS, do Vigilante à Coordenação. Vocês também contribuíram em nossa caminhada.  
A todos vocês, os meus sinceros agradecimentos!

Agradeço à coordenação da Escola Bíblica Dominical da ADEFS (Assembleia de Deus em Feira de Santana) – Cruzeiro, pela compreensão e liberação durante os dois semestres de 2015.

Acrescento a estes agradecimentos a contribuição da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> em Língua Portuguesa-UERJ, Aurení da Silva Magalhães, que executou a revisão textual e a correção gramatical desta pesquisa.

Porém, existe alguém a quem preciso dedicar uma maior gratidão. Pois, mesmo um pouco debilitada, por sua condição de saúde, me dispensou um incondicional apoio: **minha mãe e amiga, Terezinha Santos**. Por ter estado sempre ao meu lado, me dedicando seu eterno amor e, nos momentos mais difíceis de minha vida e deste Curso, me fortalecia para que eu não esmorecesse em meio às dificuldades que me via enfrentar. Obrigada por tudo, mainha, e, por suas incansáveis orações. Só Deus a recompensará pelo que fez por mim! Sem seu carinho e apoio, eu não conseguiria chegar até aqui. Eu te amo, mãe!



Fonte: (SILVA, 2008).

**Tudo tem o seu tempo determinado, há tempo para todo o propósito debaixo do céu: há tempo de nascer e tempo de morrer; tempo de plantar e tempo de arrancar o que se plantou; tempo de matar e tempo de curar; tempo de derrubar e tempo de edificar; tempo de chorar e tempo de rir; tempo de prantear e tempo de saltar; tempo de espalhar pedras e tempo de ajuntar pedras; tempo de abraçar e tempo de afastar-se de abraçar; tempo de ganhar e tempo de perder; tempo de guardar e tempo de deitar fora; tempo de rasgar e tempo de coser; tempo de estar calado e tempo de falar; tempo de amar e tempo de aborrecer; tempo de guerra e tempo de paz.**

**Eclesiastes 3.1-8.**

## RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), constitui uma ferramenta que visa à reorganização da Atenção Básica no país, contemplando a busca de mecanismos que possam consolidar as práticas de trabalho no atendimento às demandas sociais, contemplando a busca pela resolubilidade no contexto individual e coletivo. Tal aspecto remonta a um repensar as práticas de Saúde, a fim de que sirva como suporte disponibilizado aos usuários, sendo capaz de atendê-lo de forma integral, respeitando-se sua realidade econômica, social e cultural. Desse modo, espera-se que tais práticas busquem um modelo de Saúde que, além dos aspectos biomédicos, articule ações que integrem os hábitos, as tradições e culturas de todo e qualquer usuário, por exemplo, os povos indígenas. Por essa razão, o estudo bibliográfico desta pesquisa contém uma abordagem qualitativa, cujo objetivo é analisar o processo da produção do cuidado na ESF, quanto ao alcance da resolubilidade na atenção à Saúde dos povos indígenas no Brasil, a partir de 14 (quatorze) produções científicas publicadas no período de 2010 a 2014, nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e no Portal da CAPES. Utilizamos o método da Análise de Conteúdo para explorar tais produções, a partir de nove núcleos de sentido: Trabalho do AIS, Acessibilidade, Processo de Trabalho, Interculturalidade, Acolhimento, Vínculo, Integralidade, Modelo de Atenção e Atenção diferenciada. Agrupados, construímos a categoria empírica “Resolubilidade na Produção do Cuidado à Saúde do Povo Indígena na ESF: o descompasso entre a política oficial e a prática”. Pois, apesar da atual Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas no Brasil constituir um importante estímulo ao desenvolvimento de práticas de assistência que vislumbrem a importância do acesso e a integralidade da produção do cuidado a esses povos, na prática, ainda é imperceptível, devido à ausência de serviços que valorizem a cultura indígena e, conseqüentemente, faltam profissionais capacitados para tal. Assim, falta diálogo na articulação entre os saberes e práticas acadêmicos e indígenas, mostrando a desarticulação entre a diversidade cultural e a desvalorização da troca de experiências e saberes entre profissionais e usuários, principalmente em função da dificuldade de comunicação diante da diversidade de dialetos indígenas. Para que a produção do cuidado prestado aos povos indígenas tenha resolubilidade, depende-se de um amadurecimento tanto político quanto operacional na articulação das ações em Saúde. Isso porque, profissionais, usuários e familiares, e a própria sociedade, devem ser visualizados como elementos ativos das interações estabelecidas, no sentido de se favorecer a interação entre os usuários e os serviços de Saúde. Dessa forma, promover-se-á a resolubilidade de questões demandadas do atendimento à saúde, valorizando-se a cultura dos povos indígenas. Tal realidade também exige dos profissionais de Saúde um repensar sobre os seus currículos formativos, no sentido de se dialogar e aprender a diversidade cultural do povo indígena.

**Palavras-Chave:** Trabalho. Processo de Trabalho. Saúde da Família. Atenção à Saúde da População Indígena. Resolubilidade e Produção do Cuidado.

## ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) in the context of the Unified Health System (SUS) is a tool to the reorganization of primary care in the country, covering the search for mechanisms to consolidate the work practices in meeting the demands social, contemplating the search for solving the individual and collective contexts. This aspect goes back to rethink health practices, for the purpose to serve as support available to users, to be able to serve you in full, respecting their economic, social and cultural reality. Thus, it is expected that such practices are summarize in search of a model of care that besides the biomedical aspects, articulate actions that integrate the habits, traditions and cultures of everyone and any old users, for example, of this population. For this reason, the bibliographical study of the research purpose to analyze the care production process in the FHS for the scope of solving the health care of indigenous peoples in Brazil based on a total of 14 (fourteen) scientific works published in the period from 2010 to 2014, on the basis of data from the Virtual Health Library and Portal CAPES. We used the method of content analysis for to explore these productions from nine units of meaning: Labor AIS Accessibility Work Process, Interculturalism, Home, Bonding, Completeness, Attention Model and Differentiated Attention. Once grouped, was made an empirical category "Solvability Production and Care to the Indigenous in the FHS: the gap between official policy and practice. Because, despite the current National Health Policy of Indigenous Peoples in Brazil to be an important stimulus for development assistance practices to glimpse the importance of access and care production of integral to theses peoples, in practice still is imperceptible because the absence of services that enhance the indigenous culture, and consequently such qualified professionals to missing. Like this, does not exists dialogue and relationship between knowledges and practices academics and indigenous, showing the dislocation between the cultural diversity and the devaluation of exchange of experiences and knowledges between professionals and users, mainly because the difficulty in communication against of the diversity of the indigenous dialogues. For what the production of care provided to indigenous peoples has solvability depends on a maturing so much political how much operational in articulation of the health actions. This because professionals, users and families, and society itself, can be viewed as elements assets of the interactions established in the sense of favor the interaction between the users and the health services. Thus we will be promoted solvability of the demanded questions of the health care valuing the culture of indigenous peoples. This reality also requires the Health's professionals a rethink about their training curricula in the sense of they can talk and learn the cultural diversity of the indigenous people.

Words-Key: Work. Work Process. Family's Health. Care for Health of the Indigenous Peoples. Solvability and Care Production.

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica em Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS	Agente Indígena de Saúde
AISAN	Agente Indígena de Saúde Ambiental
APS	Atenção Primária em Saúde
CEP	Comissão de Ética em Pesquisa
CMI	Conselho Missionário Indigenista
CNES	Conselho Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONSEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CPS	Cuidados Primários em Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNASI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PSF	Programa Saúde da Família
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 Dados demográficos da população indígena no Brasil, período de 1500 – 2010.
- Quadro 2 Sínteses das Produções Científicas sobre a Resolubilidade da Produção do Cuidado na ESF na Atenção à Saúde Indígena no Brasil - 2010 – 2014.
- Quadro 3 Matriz de Classificação dos dados: síntese das produções científicas sobre resolubilidade da produção do cuidado na ESF no contexto indígena – 2010 – 2014.
- Quadro 4 Busca bibliográfica simples das produções científicas publicadas na BVS (BIREME / LILACS / MEDLINE / SCIELO), BRASIL, 2010 – 2014.
- Quadro 5 Busca bibliográfica simples das produções científicas publicadas na CAPES (Dissertações e teses), BRASIL, 2010 – 2014.
- Quadro 6 Busca bibliográfica detalhada das produções científicas publicadas na BVS (BIREME / LILACS / MEDLINE / SCIELO), BRASIL, 2010 – 2014.
- Quadro 7 Busca bibliográfica detalhada das produções científicas publicadas na CAPES (Dissertações e teses), BRASIL, 2010 – 2014.

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 Quantitativo Geral das Produções Científicas sobre a Resolubilidade da Produção do Cuidado na ESF, segundo as Publicações BVS e CAPES, Brasil, 2010 – 2014.

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 Evolução temporal da população indígena no Brasil, período 1500 - 2010.

Gráfico 2 Distribuição da população indígena por regiões do Brasil (Centro-oeste, Sul, Sudeste, Nordeste, Norte).

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 Mutirão de catarata com a parceria da prefeitura de Banzaê-Ba, na Aldeia de Marcação, em 2013.

Figura 2 Mapa de Distribuição do Distrito Sanitário Especial Indígena na Bahia.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO: (des) articulação teórico-prática.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>32</b>
2.1	A Antropologia e a Cultura dos Povos Indígenas no Brasil.....	33
2.2	Políticas de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas versus a Resolubilidade na Produção do Cuidado.....	41
<b>3</b>	<b>CAMINHOS DO PENSAMENTO NO EXERCÍCIO DA PRÁTICA DE ABORDAGEM DA REALIDADE.....</b>	<b>65</b>
3.1	Natureza do Estudo.....	65
3.2	Procedimento para sistematização do estudo.....	66
3.3	Método de análise dos dados.....	69
3.4	Questões éticas.....	70
<b>4</b>	<b>RESOLUBILIDADE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE DO POVO INDÍGENA NA ESF: o descompasso entre a política oficial e a prática.....</b>	<b>71</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>94</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>97</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>106</b>
	<b>ANEXO.....</b>	<b>126</b>

---

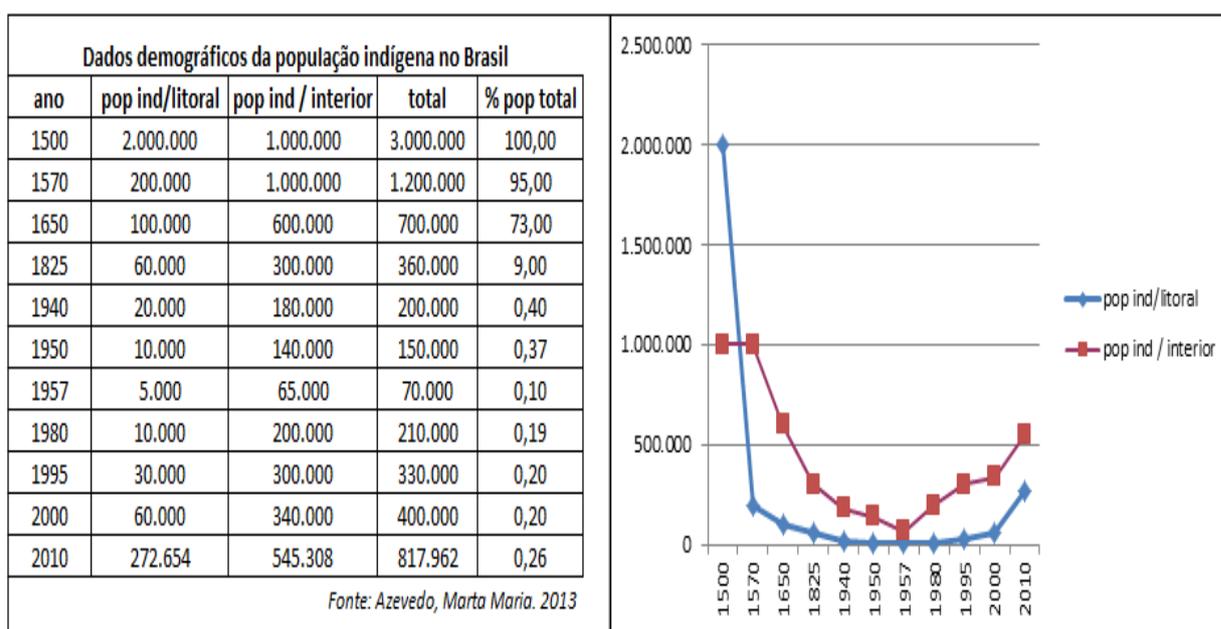
## 1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO: (des) articulação teórico-prática

---

O produto da pesquisa é um momento da práxis do pesquisador. Sua obra desvenda os segredos de seus próprios condicionamentos, pois a investigação social como processo de produção e produto é, ao mesmo tempo, uma objetivação da realidade e uma objetivação do investigador que se torna também produto de sua própria produção (MINAYO, 2010).

A atenção aos povos indígenas ganhou relevância e tornou-se uma preocupação da saúde pública no Brasil, devido aos índices de morbimortalidade nos últimos anos. No processo histórico da colonização brasileira, constata-se que as populações indígenas foram marginalizadas, por vezes, massacradas e exterminadas (SILVA; GONÇALVES; DAVID, 2003). Tais aspectos podem ter contribuído para a despovoação<sup>1</sup> desses povos nas últimas décadas, conforme mostra o gráfico a seguir, sobre a evolução demográfica da população indígena no Brasil.

**Quadro 1 Dados demográficos da população indígena no Brasil, do período de 1500 – 2010.**



Fonte: (AZEVEDO *apud* BRASIL, 2015).

Gráfico 1 Evolução temporal da população Indígena no Brasil, do período de 1500-2010. Fonte: (AZEVEDO *apud* BRASIL, 2015).

De acordo com o Quadro 1 e Gráfico 1, é visível que, desde 1500 até a década de 1970, a população indígena no Brasil decresceu acentuadamente, e muitos de seus povos foram extintos. O desaparecimento deles passou a ser visto como uma contingência histórica, algo a ser lamentado, porém, inevitável (BRASIL, 2010).

No entanto, percebemos no Quadro 1 sinais de mudanças, nas últimas décadas do século passado, quanto ao crescimento populacional indígena. Isso porque, a partir de 1991, o IBGE incluiu os povos indígenas no censo demográfico nacional.

<sup>1</sup> **Despovoação** - Diminuição ou eliminação da população de determinada área, em função da emigração ou de contatos interétnicos negativos (MARTINE, 2005).

De acordo com dados do IBGE (BRASIL, 2010), o contingente de brasileiros que se consideram indígenas subiu para 150% na década de 1990. O ritmo de crescimento foi quase seis vezes maior que o da população em geral. O percentual de indígenas em relação à população total brasileira saltou de 0,2% em 1991 para 0,4% em 2000, totalizando 734 mil pessoas. Houve um aumento anual de 10,8% da população, a maior taxa de crescimento dentre todas as categorias, quando a média total de crescimento foi de 1,6%.

Além disso, segundo Coimbra Jr. e Santos (2000), as transformações ocorridas no modo de vida dos povos indígenas decorrentes de mudanças socioculturais e econômicas foram resultantes da interação com a sociedade não indígena. Mas, provocaram impactos na saúde desses povos. Ou seja, surgiram moléstias associadas à emergência de doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, entre outras, o que pode modificar o perfil de morbimortalidade dos povos indígenas.

Assim, a população indígena no Brasil, com base no Censo Demográfico realizado pelo IBGE (BRASIL, 2010), é de 817.963 indígenas, dos quais 502.783 vivem na zona rural e 315.180 habitam as zonas urbanas brasileiras, totalizando 305 diferentes etnias. Neste recenseamento revelou-se que, em todos os Estados da Federação, inclusive do Distrito Federal, há populações indígenas, conforme se mostra no Gráfico 2, a seguir.

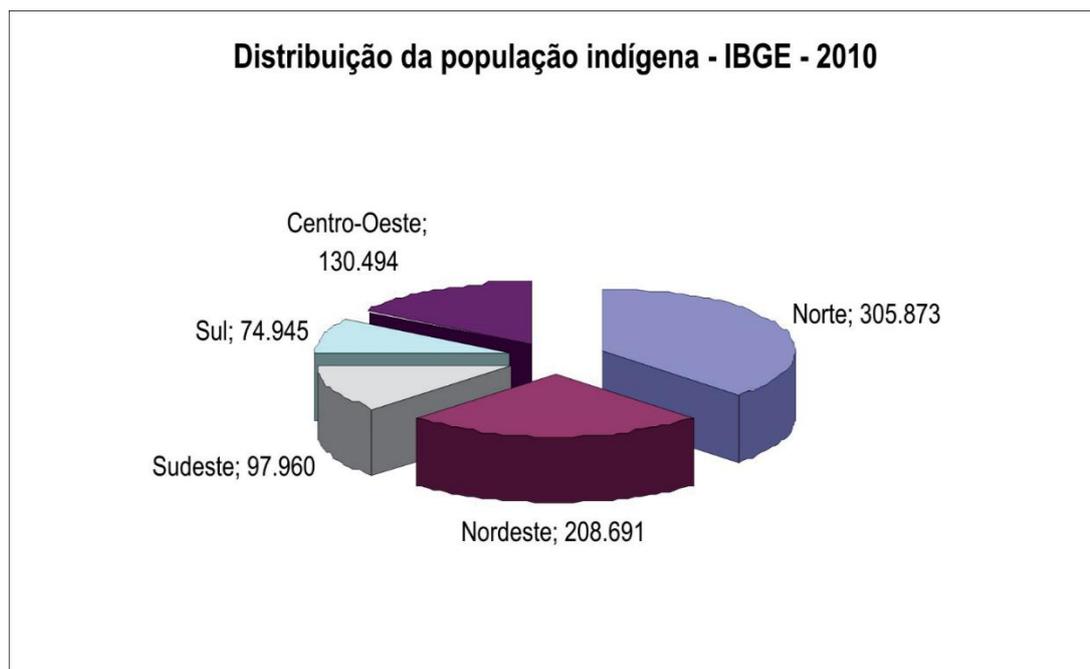


GRÁFICO 2 Distribuição da população indígena por regiões no Brasil, 2010. Fonte (BRASIL, 2010).

A FUNAI também registrou 69 referências de povos indígenas ainda não contatados, além de existirem grupos que estão requerendo o reconhecimento de sua condição indígena junto ao órgão federal indigenista. Foram catalogadas 274 línguas indígenas, sendo que 17,5% dessa população não falam a língua portuguesa (BRASIL, 2010).

Outro aspecto acrescentado por Souza (2013), e que deve ser considerado, é a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, bem como, o ‘despreparo’ das equipes que dispensam cuidados para com esse contingente populacional. Visto que existem especificidades inerentes à população indígena que não são abordadas no modelo de saúde da medicina ocidental<sup>2</sup> e que não são contempladas nas grades curriculares das Instituições de Ensino no Brasil.

Além disso, os profissionais de saúde ainda são formados dentro de uma lógica desintegrada da medicina tradicional<sup>3</sup> praticada pelas comunidades indígenas,

<sup>2</sup> **Medicina Ocidental** – identifica-se com o paradigma dominante do positivismo, cartesianismo e do mecanicismo ao não reconhecer o papel da sociedade, da cultura, da comunidade científica e da própria história na determinação não só do objeto de conhecimento como também da maneira de abordá-lo. Além disso, a construção de seu saber se dá não só a partir da divisão e repartição da unidade biológica do ser humano em infinitas partes (LAPLATINE, 1986; QUEIROZ, 1986).

<sup>3</sup> **Medicina Tradicional**: o conjunto das terapias indígenas, caboclas, mágicas e religiosas; práticas de curas que respondem a uma lógica interna de cada povo e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica (BRASIL, 2002a, p. 17).

por exemplo. Essa formação, em geral, desconsidera a existência de povos brasileiros que têm um modo de vida próprio, cultura, línguas, tradições, religiões, espiritualidade, práticas e rituais de cura com raízes e rezas, que acreditam serem eficientes para a resolução de seus problemas e males de saúde. Como se sabe, as grades curriculares são construídas ainda no modelo biologizante, desconsiderando essas e outras particularidades indígenas de sua história.

Em relação ao contexto geográfico, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1988), impacta-se a saúde indígena no território brasileiro, local nos quais vivem essas populações. Por se localizarem em aldeias e, em zona rural, geralmente distantes dos centros e da zona urbana, esse fator se constituiu numa barreira de acesso aos demais níveis do sistema de Saúde. Com isso, pode-se até inviabilizar o alcance da integralidade da atenção à saúde dos povos indígenas, preconizada nos princípios do Sistema Único de Saúde.

Neste sentido, para Silva, Gonçalves e David (2003), o Ministério da Saúde considera a assistência e a promoção da Saúde nas comunidades indígenas como um impacto significativo nas condições de saúde e na qualidade de vida dessa população. Outrossim, defendemos que, para que tais atividades sejam asseguradas aos povos indígenas, é imprescindível que a atenção à Saúde ocorra de forma diferenciada, considerando-se as suas especificidades culturais, epidemiológicas, geográficas e operacionais. Também havendo a adequação de tecnologias apropriadas que contemplem a dinâmica dos serviços oferecidos de maneira justa, solidária, resolutiva e integral.

Em consonância com essa realidade, Silva (2008) considera que os povos indígenas, em sua grande maioria, vêm enfrentando uma acelerada e complexa transformação social, necessitando buscar novas respostas para a sua sobrevivência física e cultural, a fim de garantir às próximas gerações uma melhor qualidade de vida. Para o autor, essas comunidades lidam com problemas concretos, tais como invasões e degradações territoriais e ambientais, exploração sexual, aliciamento e uso de drogas, exploração de trabalho, inclusive infantil, mendicância, êxodo desordenado, o que vem levando uma grande concentração de indígenas nas cidades.

Além dessas realidades, a política de saúde indígena é permeada por uma complexidade da relação entre o Estado brasileiro e os povos indígenas. Contudo, acreditamos que o poder público pode atuar de forma mais eficaz, possuindo a

capacidade de oferecer serviços de Saúde que atendam aos anseios dos povos indígenas que, em geral, vivem à margem das políticas públicas.

Torna-se oportuno ressaltar que a motivação de estudar a temática no campo da Saúde Indígena é fruto de nossa experiência profissional, uma vez que a autora desta pesquisa, no exercício de sua profissão, enfermeira, teve a oportunidade de vivenciar outra realidade a esse respeito. Esse fato ocorreu em 2013, ao integrar uma equipe multidisciplinar de assistência à saúde indígena nos municípios de Banzaê e Euclides da Cunha – DSEI/BA (Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia) e, posteriormente, ao atuar como coordenadora dos serviços de Saúde Indígena nessa região.

Ressaltamos que, durante esse período, enquanto Coordenadora Técnica da EMSI de Banzaê, a assistência à comunidade indígena ocorria nos chamados “Postos de Saúde Indígenas”, que funcionam nas aldeias de Araçá, Marcação e Mirandela. O atendimento aos indígenas ocorre em integração com o Programa Saúde da Família (PSF). Porém, vimos que não basta apenas haver vontade política e uma estrutura física para esse fim. Isso porque, mesmo nos sentindo equipados para a prestação de serviços à Saúde daqueles usuários, não conseguíamos todas as respostas às suas necessidades de saúde.

Muitas foram as dificuldades enfrentadas, como: difícil acesso geográfico; falta de recursos econômicos e materiais, como também insuficiência de pessoal; algumas aldeias não dispunham de unidades “estruturadas” para o mais simples atendimento. Várias vezes a assistência médica era realizada em outros locais: escolas, residências de um morador (Cacique, Pajé ou Conselheiro), ou mesmo, debaixo de árvores, onde a equipe se organizava para prestar os atendimentos.

Na Figura 1 (logo a seguir), ilustramos um momento do trabalho da equipe multidisciplinar (Mutirão da Catarata) na Aldeia de Marcação – Banzaê / BA.



Figura 1: Mutirão de Catarata, com a parceria da Prefeitura de Banzaê, na aldeia de Marcação (SILVA, 2013).

Percebemos que o atual modelo de Atenção à Saúde que vem sendo oferecido aos povos indígenas, o mesmo que fora vivenciado durante a nossa experiência profissional citada anteriormente, não coaduna com a proposta da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) em sua prática. Pois, considerando apenas alguns aspectos, como a dificuldade de acesso, com o uso e predomínio de ações programáticas, focalizadas, verticais e centradas no modelo de Saúde puramente biologicista. Ou seja, somos testemunhas oculares e técnicas de que esse método que vem sendo praticado na medicina ocidental efetivamente não contempla o indivíduo em seus aspectos sociopolítico, cultural e religioso. Sendo assim, a medicina tradicional ocorre de forma completamente descontextualizada nos agrupamentos indígenas, razão pela qual é factível afirmar que se faz necessária uma prática medicinal que ofereça, no mínimo, um cuidado diferenciado para o público-alvo em questão.

Contudo, não podemos esquecer que a atuação dos profissionais de Saúde nas aldeias indígenas na região de Banzaê-BA enfrenta inúmeras diversidades para que eles atuem dessa forma resolutiva, integral e equânime. Mesmo porque se percebe que existe ainda um acesso seletivo, focalizado e excludente ao SUS

(Sistema Único de Saúde), configurando-se, segundo Assis, Nascimento e Lima (2010), o nó crítico do Sistema de Saúde.

Esse descompasso entre o marco normativo e a legitimidade social tem contribuído ainda mais para alimentar as estatísticas das iniquidades em Saúde que acometem, principalmente, as populações que vivem em situação de vulnerabilidade no Brasil. Como é o caso dos indígenas.

Tal cenário se perpetua há quase 40 anos após a Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978), que já defendia como um de seus objetivos lutar pelos Cuidados Primários em Saúde (CPS). Entretanto, ainda hoje, observamos seu esvaziamento no tocante a sua concretude.

Resgatamos aqui a importância da Atenção Primária em Saúde (APS) ou, os chamados Cuidados Primários em Saúde, definida na Rússia, no final da década de 1970, numa Assembleia Mundial da Organização Mundial de Saúde.

[...] Os cuidados de saúde primários **são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas**, cientificamente bem fundamentadas e **socialmente aceitáveis**, colocadas *ao alcance de todos os indivíduos e famílias* da comunidade, mediante a sua plena participação, [...]. Fazem **parte integrante do sistema de saúde do país** e representam o **primeiro nível de contato com dos indivíduos, da família e da comunidade** (grifos nossos), com o sistema nacional de saúde, devendo ser levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978, ART. VI).

Nesse ínterim, de acordo com tal Declaração, concluímos que o Brasil está longe de atender às necessidades básicas dos povos indígenas, apesar de tentar assumir a recomendação da APS, de procurar seguir os preceitos definidos na Declaração de Alma-Ata, como sendo portadora dos cuidados essenciais a todo e qualquer usuário, assegurando-lhe ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura. Ainda que o nosso país esteja engajado e atrelado aos demais níveis de atenção do Sistema de Saúde e, mesmo contendo na ESF os processos de territorialização, descentralização, intersetorialidade, equidade e corresponsabilização, com o objetivo-fim de aproximar-se dos usuários, das instituições e da coletividade em geral, é inegável a invisibilidade, na prática, de um efetivo cuidado integral prestado aos indígenas no Brasil.

Igualmente ocorre com Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. No final de 1980, foram promovidos e organizados diversos movimentos pelo Sistema Único

de Saúde (SUS), como a *VIII Conferência Nacional de Saúde* (CNS), em 1986, tendo na frente de luta o “Conceito Ampliado de Saúde”, a criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), que assegurou a saúde como direito e dever do estado na Constituição (1988), bem como a promulgação da Lei Orgânica da Saúde /LOAS/1990 (CAMPOS *et al.*, 2006).

Não obstante todas essas mobilizações sociais e políticas para um novo panorama da Saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008) elaborou um Relatório Mundial de Saúde, com o objetivo de reordenar os sistemas de saúde no mundo. Neste momento foram definidos quatro eixos fundamentais para a garantia dos direitos à Saúde com qualidade para todos os países: 1) Cobertura universal – acesso universal; 2) Atendimento centrado nas pessoas; 3) Adoção de políticas públicas que garantam comunidades mais saudáveis (intersectorialidade); 4) Participação social (ideais da Reforma Sanitária).

Desse modo, sustentados no Arcabouço Legal do SUS, na Constituição Nacional e nas demais Leis que regem e amparam a temática da Saúde, direcionamos o nosso estudo, cujo objeto é a RESOLUBILIDADE DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL: uma (in) visibilidade na prática. A partir deste objeto de estudo, defendemos a **Resolubilidade** na concepção de Ayres (2009), concebendo-a como uma ação que vai muito além do êxito técnico que o profissional de Saúde possa almejar.

Visto que envolve, simultaneamente, um sucesso prático, que permita uma resposta adequada ao que os usuários e comunidades desejam, partindo da vida cotidiana de todos eles, além de se considerar suas excentricidades. Assim, a *resolubilidade* é integrante do Processo da Produção do Cuidado à Saúde prestada aos povos indígenas, tendo como *lócus* a prática da Estratégia Saúde da Família.

Por conseguinte, adotamos a concepção de *Produção do Cuidado*, de Assis, Nascimento e Lima (2010), para direcionar esta pesquisa, associando-a à imagem de uma “linha de produção de cuidado” que remete à ideia geral de integralidade na rede. Isto é, significa que são necessários fluxos assistenciais seguros e tranquilos aos usuários, para que ocorra o pleno atendimento de suas necessidades. Para as autoras, a “linha de cuidado” dispara com base em um dado projeto terapêutico, o qual indica os atos assistenciais necessários ao atendimento do problema de saúde do usuário.

A escolha da *Atenção Básica* como cenário deste estudo, delimitada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), tem como amparo legal a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011). Ela estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (AB), para a Estratégia Saúde da Família (ESF), configurando-se um exemplo dessa conquista, visto que compreende um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que deverá abranger a atenção primária, secundária e terciária dos usuários, mediante práticas gerenciais e sanitárias.

Para tanto, dever-se-á utilizar tecnologias de elevada complexidade e de baixa densidade, para que sejam produzidos benefícios e melhorias na vida das pessoas e das coletividades, considerando-se o sujeito em suas singularidades. Além disso, tem-se de considerar a integralidade da atenção e a inserção sociocultural, quer numa perspectiva individual, quer coletiva, com a Estratégia Saúde da Família.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), ao implantar o PSF em 1994, posteriormente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), em 1998. O objetivo é aproximar o usuário do SUS e oferecer-lhe uma assistência orientada nas ações de promoção e prevenção das iniquidades em Saúde e nos determinantes sociais do processo saúde-doença, a partir da Política Nacional de Atenção Básica, sustentando a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua expansão e consolidação.

A Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2011) visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Mesmo porque ela é tida pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial. Assim será possível aprofundar os seus princípios, diretrizes e fundamentos, no sentido de ampliar a resolubilidade, com impactos na situação de saúde das pessoas e coletividades.

Entretanto, ainda nos deparamos com um Sistema de Saúde hegemônico, influenciado pelo modelo biomédico, ineficiente, que vem concentrando seus gastos em procedimentos de alto custo e de baixo impacto sobre a saúde das pessoas. Logo, urge que a Atenção Primária em Saúde, denominada no Brasil, Atenção Básica, se consolide como um modelo de Saúde capaz de reorganizar as ofertas de serviços e, como uma das opções “porta de entrada” do usuário no Sistema, possa garantir o

acesso e a resolubilidade de sua(s) necessidade(s) de saúde de maneira rápida e efetiva).

Outrossim, comungamos com Santos e outros (2007) o pensamento de que, para o alcance pleno desse processo, faz-se necessária também a construção de um modelo de Saúde<sup>4</sup> que prime inicialmente pela mudança no conceito do processo de trabalho. Porque, para tal, tem-se de haver comprometimento com a vida, com a justiça e com a equidade. Nesse ínterim,

A Estratégia Saúde da Família, enquanto dispositivo de mudança do cuidado em saúde, evoluiu das características iniciais de programa que operacionalizava uma política de focalização da Atenção Básica à Saúde (ABS) em populações excluídas do consumo dos serviços, para o sentido de estratégia com caráter substitutivo do modelo assistencial vigente, espaço de reorganização que possa garantir a universalização do acesso aos serviços de saúde (ASSIS; NASCIMENTO; LIMA, 2010, p. 39).

Diante do exposto, apesar de a ESF se configurar como reordenadora das ações primárias em Saúde, vemos que houve um distanciamento entre seus objetivos essenciais, reproduzindo-se modelos de Atenção à Saúde que são fragmentados e centrados na doença. Além disso, apesar da APS se apresentar como uma possibilidade de “porta de entrada” do usuário ao Sistema de Saúde no Brasil, e a ESF ser o *locus* do processo de territorialização e reorientação do modelo assistencial, observamos, na prática, que os usuários, na busca por assistência à saúde, historicamente vêm preferindo serviços que lhes ofereçam um nível de atenção situado entre uma média e/ou alta complexidade. Para tal, chegam a fazer uso de tecnologias avançadas, pois desta forma satisfarão suas necessidades de saúde.

Na verdade, optam pela resolubilidade do problema, como mostra o estudo *Cidadãos peregrinos: os usuários do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial* (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009, p. 1929), os autores apresentam como resultado a imagem concreta que o usuário faz dos serviços de Saúde, em relação à acessibilidade, à confiabilidade e, à resolubilidade do serviço buscado.

---

<sup>4</sup> Segundo Mendes, (2012), os **modelos de atenção à saúde** são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

[...] Os usuários se referem à organização dos serviços básicos de saúde com o significado de barreiras ao acesso e demonstram ter em relação às UBS uma imagem de grande limitação de recursos humanos e materiais. Por outro lado, prontos-socorros e hospitais se apresentam para eles, por várias razões, como espaços de maior resolubilidade. A partir de sua necessidade de acesso, os usuários apreendem determinadas 'regras sociais' vigentes nos serviços de saúde e constroem diversas estratégias que visam lhes abrir as portas do sistema.

Constatamos também essa realidade durante nossa experiência como enfermeira da ESF indígena, uma vez que, no cotidiano de nossa prática, observamos que a barreira do acesso desses usuários aos demais níveis de atenção se configurava um “gargalo” do sistema que impedia, muitas vezes, a continuidade das ações e o alcance da resolutividade dos problemas demandados no setor público (SUS). Conseqüentemente, tudo isso leva a uma assistência fragmentada e sem integralidade no desenvolvimento da produção do cuidado e das ações de Saúde, implicando uma baixa resolubilidade dos serviços.

Outros aspectos que limitam o PSF dizem respeito à precarização do trabalho e principalmente à ausência de redes regionalizadas e hierarquizadas para se garantir o acesso universal a todos os níveis de atenção. Com isso, restringe-se o atendimento pelo PSF a uma simples “porta de entrada sem saída”, com sérias implicações, em se tratando da resolubilidade dos problemas de saúde da população (OLIVEIRA, 2009, p. 38).

Para Ayres (2009), é necessária a busca de saberes mediadores úteis à apreensão de possibilidades concretas de intervenção nos processos saúde-doença-cuidado. Ou seja, deve haver o diálogo com outras ciências e com outros saberes, inclusive os considerados não acadêmicos, como uma possibilidade de se construir horizontes discursivos para direcionar soluções concretas de modos práticos.

Ainda em concordância com o autor, não será fácil superar os limites do modelo hegemônico de Atenção à Saúde até então construído, visto que estão imbricadas nele algumas dimensões como estrutura, sujeitos e processos, que, pela complexidade ao entorno do tema, já renderia um grande debate. Contudo, não podemos deixar de levar em consideração a intersubjetividade dos sujeitos envolvidos nessa relação, sua visão de mundo e seus protagonismos que, no contexto das populações indígenas, e até nas demais populações, tidas por tradicionais, essas dimensões não podem ser desconsideradas.

Nesse sentido, o estudo *Uso e diversidade de plantas medicinais em uma comunidade quilombola no Raso da Catarina, Bahia*, de Gomes e Bandeira (2012), mostra que a valorização e a dependência das práticas médicas tradicionais, sejam por questões, culturais, econômicas ou, pela dificuldade de acesso à medicina convencional, são de extrema importância para tais comunidades. Além disso, os autores defendem que tais conhecimentos tradicionais e as práticas de cura dessas populações históricas (quilombolas, indígenas, ciganas, entre outras) devem ser registrados e valorizados. Mas, sobretudo, que sejam considerados nas políticas públicas de Saúde dirigidas a essas populações.

Todavia, ainda considerando a intersubjetividade das populações plurais, Ayres (2009) defende que, para o alcance de um cuidado resolutivo e integral, os trabalhadores que atuam nesses contextos devem fazer mais, e diferente de tudo aquilo que já tiverem feito em prol da arte da Atenção à Saúde. Sendo assim, a escuta, o acolhimento, a responsabilização e a autonomia são fundamentais para a efetividade do cuidado prestado aos usuários do SUS.

Destarte, entendemos que, para tais processos lograrem êxitos, precisamos defender e exercitar, na prática, enquanto usuários, trabalhadores de Saúde e Gestores de Saúde, os princípios doutrinários do SUS - Universalização, Equidade e Integralidade, - bem como os princípios organizacionais - Territorialização, Descentralização/Hierarquização e Participação Popular, - referendados no arcabouço legal do Sistema Único de Saúde, pelas Leis nº 8.080/90, e, nº 8.142/90 (BRASIL, 2003). Vale ressaltar que estes também são referendados na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), devendo sair da esfera teórica e se configurando no cotidiano das ações de Saúde.

Porém, temos a clareza de que, para o alcance de tais princípios, é necessária a atuação de sujeitos comprometidos com um projeto político coletivo e com o processo de reconstrução do Sistema de Saúde vigente. Dessa maneira os profissionais de Saúde figurarão como mediadores de mudanças e, com a capacidade de intervirem nas várias dimensões que envolvem o processo saúde- -doença- cuidado.

Neste sentido, Merhy e Onocko (2002) propõem um diálogo com as pessoas a partir de uma atuação que produza um modo diferente de se “fazer Saúde”, e que implique a possibilidade de se forjar novos processos de produção de “sujeitos sociais”, capazes de produzirem, nos cotidianos institucionais, “novos agentes”

comprometidos com outras perspectivas. Para os autores, o modo de “agir em Saúde” deve ser competente, de maneira a estar organicamente implicado na produção de uma nova relação compreendendo trabalhadores-usuários de serviços de Saúde, em todos os lugares que este processo de relação opere.

E, nesse âmbito, adentra o contexto da Saúde Indígena e/ou das populações tradicionais como um tema tão multifacetado que não se encaixa em fronteiras disciplinares rígidas. Ao contrário, dialogam com vários campos do saber, sendo necessário um comprometimento ainda maior por parte dos sujeitos envolvidos no processo de produção do cuidado à Saúde desses povos.

Mas, para isto,

[...] Temos, então, como desafio, procurar politizar o cotidiano com a produção de sujeitos políticos, a partir dos sujeitos institucionais em situação, que em processo publicizem as disputas de projetos, as arenas decisórias e os modos de operação do trabalho em saúde. Politizar os processos nos quais os interesses se explicitam se organizam e agem. E nos quais as ‘subjetividades’ se produzem. [...] Para isto, temos de construir um ‘olhar coletivo analisador’, capaz de interrogar o sentido efetivo das ações de saúde a partir de interesses orientados e comprometidos com um modelo de atenção à saúde, que se pautem pela criação de relações de responsabilizações e compromissos com a defesa da vida, individual e coletiva, de modo igualitário e democrático (MERHY; ONOCKO, 2002, p. 14).

Não podemos esquecer, contudo, que existe outro grande desafio à nossa frente, principalmente, no que se refere à formação de sujeitos desalienados, que se comprometam com a luta coletiva, com o objetivo de se concretizar o planejado, nos espaços micro e macro políticos, incluindo ações que possibilitem a emancipação dos sujeitos usuários do SUS (BRASIL, 2005). Isso deve acontecer a partir do acolhimento, da escuta qualificada, da responsabilização, da autonomia, para que se possa alcançar a resolubilidade dos problemas de saúde demandados da população, incluindo a indígena.

Nesta perspectiva, Ayres (2009) enfatiza que é a formação do vínculo a verdadeira fonte da responsabilização mútua pela produção do cuidado. Para ele, o compromisso com a resolutividade tem a ver com a ideia de responsabilização, que tem sua integralidade e efetividade diretamente proporcionais à nossa capacidade de produzir encontros potentes e sensíveis à normatividade conformada pelos projetos de felicidade de quem cuidamos.

Para tanto, é preciso que entendamos o que os usuários percebem sobre suas necessidades de saúde, o que realmente almejam e como entendem que deve ser a vida e a saúde em seu cotidiano. Isso é o que Ayres (2009) chama de “projeto de

felicidade”, que funciona como uma espécie de horizonte normativo que implica a noção de cuidado. Ou seja, o “projeto de felicidade” é a referência que nos permite compreender o que as pessoas estão buscando em nossas capacidades instrumentais que, no mesmo movimento, poderá permitir que as pessoas compreendam o que temos para oferecer a elas próprias.

Ao fazermos um contraponto com as afirmações do autor, concernente às percepções das necessidades de saúde dos usuários do SUS e, neste caso, os indígenas, constatamos que as concepções do processo de saúde-doença-cuidado destoam dos moldes estabelecidos na lógica da medicina ocidental praticada no Brasil. Dessa forma, surge a inquietação no sentido de compreendermos como implementar a Produção do Cuidado em Saúde, com resolubilidade, para as nações indígenas no Brasil, sem desconsiderar suas especificidades, tendo em vista o subsistema do SUS que opera o modelo de Saúde para tais povos? Além disso, será que estamos preparados instrumentalmente para oferecer um cuidado, diferenciado e resolutivo aos usuários desse subsistema de Saúde Indígena no Brasil?

Entretanto, não podemos esquecer os modos como estão estruturados os modelos de Atenção dos serviços de Saúde no Brasil, e que o acesso por parte dos usuários aos demais níveis de complexidade do sistema tem realmente se configurado num nó crítico à resolubilidade e integralidade do processo do cuidar em Saúde. Contudo, compreendemos que, apesar dessa complexidade, é no encontro entre trabalhador e usuário que se demarca o modo da produção e o nível de resolubilidade que o cuidado terá, alcançando-se ou não a integralidade esperada.

Merhy (2005) reforça ainda que é no encontro entre trabalhadores/usuários que os vínculos podem firmar-se, num movimento dialético singular, disparado por tais atores, constituindo-se no “trabalho vivo em ato”, sinalizando que o momento do trabalho em si expressa, de modo exclusivo, o trabalho vivo em ato, marcado pela total possibilidade de o trabalhador agir no ato produtivo com um grau máximo de liberdade. Partindo destes pressupostos, acreditamos que a dinâmica do trabalho em Saúde e sua interação implicam diretamente na relação com o próprio trabalhador envolvido na prática do cuidado.

Mas, vale salientar que isso ocorre com uma certa liberdade sobre seu processo de trabalho, ou seja, podendo determinar o modo como ocorrerá a produção do cuidado. Exemplificando, a partir das tecnologias leves, como vínculo, humanização, autonomia e responsabilização, ou exclusivamente nas tecnologias

dura e/ou leves-duras. O objetivo é oferecer resolubilidade às necessidades de saúde dos usuários, da família e demais grupos populacionais.

Diante do exposto, além da motivação por desafios que circundam este objeto de estudo, elaboramos como **questão central da pesquisa**: Como é operacionalizada na ESF a produção do cuidado à Saúde, em busca da resolubilidade no atendimento aos povos indígenas do Brasil, a partir das produções científicas publicadas na área da Saúde Coletiva, no período de 2010 - 2014? Por conseguinte, este estudo tem como **objetivo principal analisar** o processo da produção do cuidado na ESF, para o alcance da resolubilidade na atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil.

Deste modo, este estudo tem uma relevância social, científica e político-econômica. Além disso, as práticas de Saúde prestadas à população que vive, no geral, em situação de vulnerabilidade, poderão vislumbrar também caminhos, a fim de ressignificar uma dada realidade, transformando-a em uma Práxis<sup>5</sup>. Ideológica, científica e politicamente falando, acreditamos na possibilidade de que este estudo poderá contribuir para uma maior visibilidade da produção do cuidado à Saúde do povo indígena.

Aliado a isso, a escolha por essa temática favoreceu o conhecimento de vários estudos sobre o assunto, revelando a necessidade de se fazerem notórios os estudos em questão, apesar de já se ter uma Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde n.º 254, de 31 de janeiro de 2002 (BRASIL, 2002a). Para tanto, tal política precisa da sua efetividade, visibilidade e valorização, uma vez que os povos indígenas, durante décadas, tiveram seus direitos cerceados, incluindo a falta de políticas públicas voltadas à sua Saúde.

Também surgiram outras questões relevantes, no que se refere à oportunidade de contrastar os desafios do Sistema de Saúde Brasileiro e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, a fim de agregar experiências e oportunizar a publicização da realidade, no que tange à atenção à Saúde Indigenista no país. Além das produções científicas já elaboradas e publicadas sobre essa questão, bem como o desenvolvimento de capacitações profissionais voltados a estes

---

<sup>5</sup> Conforme a filosofia e o pensamento marxista, o termo **práxis** coaduna com uma atividade humana prático-crítica, que nasce da relação entre o homem e a natureza (MARX, 2008, p. 297).

povos, contribuiremos com a melhoria da qualidade e do planejamento das ações de Saúde a serem prestadas a este contingente.

---

## 2 MARCO TEÓRICO

---

O marco teórico é necessário para apoiar decisões do estudo, instigar dúvidas, verificar a posição de autores sobre uma questão, atualizar conhecimentos, reorientar o enunciado de um problema, ou ainda, encontrar novas metodologias que enriqueçam o projeto de pesquisa. Para reconhecer a unidade e a diversidade interpretativa existente no eixo temático em que se insere o problema em estudo, para ampliar, ramificar a análise interpretativa, bem como para compor as abstrações e sínteses que qualquer pesquisa requer, colaborando para a coerência nas argumentações do pesquisador (ECHER, 2001, p. 7).

O referencial teórico configura-se como um componente importante na construção de um estudo, pois pode fornecer embasamento para o que se deseja estudar, ao mesmo tempo em que reafirma a necessidade de tal estudo. A partir do referencial, obtém-se a possibilidade de sustentação teórica para embasar o problema deste e de quaisquer estudos. É o elemento que orienta o caminho a seguir, com o seu aporte teórico-científico.

Nesta pesquisa, a construção do referencial teórico se processou durante todo o estudo, e não somente na fase inicial. Porque utilizamo-lo, continuamente, como uma fonte de dados, a fim de trazer clareza a questões e dúvidas que, porventura surgissem.

Com o propósito de desenvolvimento da pesquisa, elegemos as categorias teóricas que se configuravam como sendo capazes de transformar as práticas cotidianas. Por exemplo, a produção do cuidado, em uma práxis que oportuniza a relação entre o sujeito e os serviços de Saúde; a resolubilidade, articulada com a dimensão antropológica e a Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no Brasil.

## 2.1 A Antropologia e a Cultura dos Povos Indígenas no Brasil

No Brasil, a população indígena, no início do século XVI, estimada em cerca de cinco milhões de pessoas, foi dizimada pelas expedições punitivas às manifestações religiosas e aos seus movimentos de resistência. Mas, o que realmente destruiu vários grupos indígenas no Brasil foram as doenças infecciosas. Além disso, as impactantes mudanças em seu modo de vida, impostas pela colonização e, a cristianização (como, escravidão, trabalho forçado, maus tratos, confinamentos e sedentarização compulsória em aldeamentos e internatos) (BRASIL, 2002a).

Como se sabe, a região Semi-árida do nordeste do Brasil foi ocupada exclusivamente por povos indígenas que viviam da caça, da pesca e da coleta de produtos vegetais. Isto perdurou até o século XVI, quando os portugueses, primeiro povo não indígena a ter contato com os nativos no período de colonização do Brasil, começaram a se apropriar das terras, principalmente para colocar seus rebanhos.

Os colonizadores tomavam as terras dos índios à força, utilizando-as principalmente para a criação de gado. Vale salientar que, como os indígenas não

reconheciam o gado como sendo uma propriedade individual, acabavam caçando os rebanhos, da mesma forma como procediam com os animais silvestres, ocasionando prejuízos aos colonos invasores. Além disso, os colonos costumavam incendiar anualmente a caatinga, ao se aproximar a estação das chuvas, visando ao renascimento da pastagem. Conseqüentemente, destruíam a flora e a fauna nativas, contribuindo ainda mais para o empobrecimento do índio (ANDRADE, 1986).

Outra forma de demonstrar o domínio e o poder exercidos sobre os indígenas, praticados pelos colonizadores, ainda durante o período colonial, foi o modo de catequização que os Jesuítas criaram, visando converter a população nativa ao cristianismo. Isso aconteceu num sistema de aldeamento, ou seja, eram realizadas reuniões nas próprias povoações indígenas, momentos nos quais se buscava imprimir uma rotina de ensino, doutrina e transmissão do modo de vida cristão (SANTOS, 2014).

Aliado ao pretexto de civilizá-los, tantos os jesuítas, quanto as autoridades civis da época utilizavam da mão de obra indígena. Aldeados ou escravizados, eles eram úteis para a exploração do comércio local, assegurando a economia da região. Já os soberanos, como pano de fundo, por meio de atos de exploração, instituía alvarás e decretos em prol de uma suposta “integração” dos índios à sociedade colonial, o que ocorria por meio de casamentos de indígenas com colonos.

Esse domínio preponderante exercido pela colônia portuguesa e pelos religiosos sobre os índios repercutia de modo determinante na liberdade destes. Também influenciava o modo de vida, a identidade, a cultura, a religião e a tradição desse contingente étnico que povoava as terras brasileiras à época.

Ainda falando sobre o assunto, destacamos uma influência negativa dos europeus diante das sociedades indígenas, em relação ao uso de bebidas alcoólicas destiladas. No estudo *Processos de Alcoolização Indígena no Brasil: perspectivas plurais* (SOUZA, 2013), o autor faz uma análise do processo de alcoolização indígena no Brasil, ressaltando seus impactos na sociedade. Também enumera as diferentes formas de violência às quais foram expostas as populações indígenas no Brasil, um fato que direciona para o entendimento das possíveis raízes do consumo de álcool pelos índios na atualidade.

Além do mais, com a chegada dos europeus, o consumo de bebidas alcoólicas assumiu uma dimensão catastrófica e desagregadora, por vezes, utilizado como uma arma consciente, por parte dos agentes do colonialismo. O autor traz ainda

informações sobre o trágico extermínio dos Xetás, no Paraná, nas décadas de 1950 e 1960, quando ocorreu o genocídio de toda uma tribo. Além disso, fala da infestação de novas doenças nos índios e do rapto sistemático das crianças indígenas. Quanto a estas, eram submetidas a situações de escravidão, motivo pelo qual poucas delas conseguiam chegar à idade adulta.

Ressaltamos que, apesar desses fatos abordados por Santos (2014) e Souza (2013) serem distintos, nas afirmações de ambos os autores evidencia-se o modo desagregador com o qual ocorreu o chamado processo de civilização dos povos indígenas brasileiros, em detrimento de sua singularidade, cultura, raça, enfim, em relação aos costumes e saberes desses cidadãos. Ou seja, nos dois trabalhos há depoimentos nos quais se configura a supremacia dos poderosos e a invasão da autonomia e da identidade cultural dos índios no Brasil.

Sem desconsiderar os relatos de violências e tragédias sofridas pelas comunidades indígenas até os dias atuais, Santos (2014) e Souza (2013) reforçam, de maneira contundente, a teoria da dívida que os colonizadores (europeus, brasileiros e outros) e as sociedades contemporâneas têm para com os povos indígenas. Partindo deste pressuposto, entendemos que é preciso um olhar para o passado, a fim de entendermos o futuro e reescrevermos a sua história, preenchendo as lacunas existentes, compensando as perdas. Somente assim possibilitaremos e asseguraremos para as atuais e futuras gerações indígenas condições dignas de vida e saúde, respeitando-se sua singularidade e pluralidade cultural, além das contribuições étnica, social e política.

Vale destacar que a perda da autoestima, a desestruturação social e econômica e a anulação dos valores coletivos (muitas vezes da própria língua, cujo uso chegava a ser punido com a morte) também tiveram um papel importante na diminuição da população indígena. Até hoje há situações regionais de conflito, em que se expõe toda a trama de interesses econômicos e sociais que retratam essa relação entre os povos indígenas e demais segmentos da sociedade nacional, especialmente no que se refere à posse da terra, exploração de recursos naturais e implantação de grandes projetos de desenvolvimento (BRASIL, 2002a).

A despeito da importância simbólica atribuída aos povos indígenas na construção da identidade nacional brasileira, naquilo que se refere aos registros da história oficial, eles geralmente não estão presentes e/ou aparecem exercendo papéis secundários, sendo subalternizados. Nesse sentido, Garfield (2011, p. 10-11)

considera que, sobre esses e outros fatos que para alguns já representam um passado brasileiro,

[...] a exclusão dos índios na história brasileira ou sua presença estereotipada insere-se num contexto mais amplo, no qual os nativos do continente americano são retratados como curiosidades folclóricas em vez de produtores de processos históricos. A sombra do darwinismo social e do positivismo, que pregava o iminente e inevitável fim dos povos indígenas, estendia-se além do admissível.

Nesse aspecto, Coimbra Junior e Santos (1994) comenta que o passado é uma construção humana, inexistindo como objeto concreto, uma vez que as evidências são temporais e espacialmente descontínuas, articuladas por nexos específicos, de acordo com modelos e paradigmas prevalentes em cada época ou, domínio científico. Todavia, a construção do passado, pela própria natureza dos dados históricos e arqueológicos, exige alianças entre diferentes disciplinas, a fim de possibilitar a investigação de todos os documentos que se façam necessários para direcionar os estudos nesses contextos.

Outrossim, é evidente que as guerras por tomadas de terras, agressões físicas e vários tipos e violências originadas no período colonial se estendem até o presente em algumas regiões do país. E, como fora relatado anteriormente, essas e outras evidências interferiram e ainda causam males nas dimensões biológicas, culturais, sociais e no processo saúde-doença das sociedades indígenas. Infelizmente, não faltam exemplos marcantes do contato interétnico dos índios com a sociedade ocidental, durante o processo de dominação e civilização colonial, marcando negativamente a história do Brasil.

Por outro lado, Santos (2014) afirma que é inegável que essa relação de poder e dominação do homem não índio no processo de civilização indígena fez surgir nela um sentimento de resistência e luta pelos direitos de manter suas raízes culturais, o cultivo e a posse de suas terras e a integração com outras tribos. Assim como se despertou nos povos indígenas o direito de requererem a institucionalização de políticas públicas específicas com o objetivo de ampararem legalmente suas populações.

Corroborando com esse entendimento, Souza (2013) destaca que os movimentos de luta e resistência enfrentados pelas sociedades indígenas durante o expansionismo ocidental contribuíram de certa forma positivamente para a institucionalização das políticas públicas e de saúde existentes na atualidade. Para o

autor, existem leis e conquistas que representam um marco na proteção, no amparo e na institucionalização das sociedades indígenas existentes no Brasil. Por exemplo: a Lei nº 9.836/1999 – Lei Arouca (BRASIL, 2009); a criação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); a legalização da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASI); a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) - (BRASIL, 2009). Entendemos, então, que o arcabouço de Leis, Diretrizes e Decretos que subsidiam as comunidades indígenas na atualidade deve primar pela garantia e pelo resgate ao acesso às políticas públicas, à dignidade da vida, aos costumes, à cultura e aos valores éticos sociais necessários para o aprimoramento, o desenvolvimento e a prática da medicina tradicional desses povos.

Porém, para que sejam efetivados tais direitos já institucionalizados, faz-se necessário que as políticas de inclusão e acesso à educação, saúde, ao saneamento, à cultura, repartição de terras, entre outras estejam na pauta das agendas governamentais previstas na Carta Magna Brasileira (BRASIL, 1988) e nas demais Leis que discorrem sobre o assunto (BRASIL, 2002b; 2009; 2011). Além disso, ressaltamos que é imprescindível o diálogo com todos os setores da sociedade, para que se capacitem para atuarem com populações tradicionais específicas e, com aquelas que vivem em situação de vulnerabilidade, como acontece com os povos indígenas.

Considerando o âmbito dessas discussões e a relevância do tema da presente pesquisa, julgamos ser as publicações que abordem a vertente indígena no Brasil precisam alcançar uma maior visibilidade e, portanto, serem priorizadas nas agendas governamentais e Institucionais. Assim, as políticas públicas voltadas para os povos indígenas promoverão até o conhecimento intersetorial e a diversidade cultural, a fim de que se alcance efetivamente a integralidade e resolubilidade das ações, já que será proporcionado um atendimento diferenciado ao grupo social em questão, sem afastar a **Antropologia** das questões de Saúde da comunidade indígena.

Porém, para uma melhor compreensão sobre a realidade brasileira, é necessário que o diálogo sobre o processo saúde-doença leve em conta as especificidades culturais de cada uma das etnias presentes no país, bem como as concepções antropológicas que circundam esse processo. Dentro dessa abordagem, Minayo e Sanches (1993) consideram que os estudos etnobiológicos contribuem com a investigação qualitativa, no que se refere a valores, crenças, representações, hábitos, atitudes, opiniões. Tendo em vista que procuram aprofundar-se na

complexidade dos fenômenos, se preocupando em esclarecer como o homem compreende, interpreta e se relaciona com o mundo natural.

Por conseguinte, reiteramos a importância das Ciências Sociais, como a Antropologia, para compreensão da tríade saúde-doença-cuidado. Uma vez que os aspectos qualitativos e o conhecimento técnico-epistemológico da Saúde e das enfermidades, as ações de promoção, prevenção, tratamento, cura e planejamento em saúde devem atentar para os valores, crenças e o modo como vivem uma determinada população para desenvolver uma prática de saúde efetiva. Uma prática que seja passível de constatação, até porque alguns princípios já foram assumidos em 2001 no *Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Indígena* (BRASIL, 2001):

[...] cada povo indígena tem suas próprias concepções, valores e formas próprias de vivenciar a saúde e a doença. As ações de prevenções, promoções, proteção e recuperação da saúde devem considerar esses aspectos, ressaltando os contextos e o impacto da relação de contato Inter-étnico vivido por cada povo [...] (BRASIL, 2001, p. 1).

Laplantine (1986, p. 11) acrescenta que o próprio discurso científico também se constitui como um modelo construído socialmente a partir de uma determinada lógica de interpretação da realidade. As explicações ou concepções de doença ou saúde seriam, portanto, construções “estruturantes”, inclusive é o modelo médico-científico.

A Antropologia da Saúde teria então que perceber as necessidades da população indígena em suas dimensões socioculturais, a partir da verificação das suas representações e práticas, analisando como cada grupo social as concebem. Segundo o autor, a forma de perceber a doença poderá explicar as técnicas e os rituais terapêuticos que cada sociedade vai criar e considerar adequadas para o tratamento de doenças. Assim, diante de tal realidade, é necessário entendermos que o processo saúde-doença é parte integrante de contextos socioculturais e, portanto, deve ser abordado, no âmbito das políticas de Saúde, de forma a contemplar a participação social, a intersetorialidade, a integralidade das ações e, sobretudo, a diversidade cultural, principalmente, ao se tratar de populações indígenas.

Dentro dessa abordagem cultural, o E14, *Entre Discursos Oficiais e Vozes Indígenas sobre a Gestação e Parto no Alto do Juruá: a emergência da medicina tradicional indígena no contexto de uma política pública* (FERREIRA, 2010) analisa acordos e posições dos representantes do Estado e de comunidades indígenas nos encontros realizados no Acre, em 2006. Participam deles médicos, parteiras, pajés e

agentes indígenas de Saúde de diferentes etnias, os quais consideram que as medicinas tradicionais indígenas podem ajudar a ampliar a cobertura dos serviços de Atenção à Saúde dos povos indígenas em regiões de difícil acesso. Também podem contribuir para uma Atenção à saúde diferenciada e integral. Mas, para isso, os trabalhadores de Saúde precisam comunicar-se de forma intercultural e construir, junto com as comunidades indígenas, rotinas de cuidados que articulem saberes e práticas de horizontes epistemológicos distintos.

Para Laplatine (1986), na prática, os estudos antropológicos sobre as concepções de saúde e doença têm se dividido entre: estudos de Etnomedicina, investigando medicinas não-científicas em sociedade tradicionais; estudos de Sociomedicina ou Sociologia Médica, que estudam os sistemas adotados pela medicina científica; e estudos de Psicologia Médica, que abordam fenômenos a partir de apreensões e pontos de vista dos doentes, tanto em sociedades tradicionais, como em sociedades urbanas modernas.

Percebemos, no entanto, que tais dimensões de abordagens antropológicas sobre a condição de saúde e doença nas sociedades, em especial, as tradicionais, reforçam a importância da valorização da medicina tradicional por parte das Instâncias competentes. Visto que esses povos possuem um rol diversificado de etnias, cujos costumes e valores peculiares colocam a população indígena em perspectivas distintas à do não indígena, principalmente em relação aos vários processos da vida cotidiana, em particular, aqueles concernentes ao Cuidado (SOUZA, 2013).

A partir de uma análise da diversidade de discursos de saúde e doença existentes, Laplantine (1986) realiza a classificação dos modelos<sup>6</sup> a partir da etiologia das doenças (formulações sobre sua origem) e por modelos de cura que adota. Para o autor, o modelo de cura, serve sempre à lógica do formato etiológico, de forma a respondê-lo. Entre as explicações para doença, o autor concebe o modelo racional (ou funcional), aquele que vê a doença como desordem orgânica; o modelo endógeno, que vê a doença como produção do próprio corpo; o modelo exógeno, que vê a

---

<sup>6</sup> Tais **modelos** não seriam produtos de percepções individuais, mas coletivas, na medida em que explicitam como determinada cultura de grupo ou sub-grupo interpreta os fenômenos e transmite tais representações para seus membros. Assim, os modelos adotados pela sociedade são formatos, “normas”, interpretativas que justificam e sancionam uma “ordem social” e cuja formulação, enquanto constructo inconsciente, não é percebida pelos indivíduos; as explicações verbalizadas (“nativas”) seriam sempre repletas de vieses devido à crença de quem os expressa. A análise científica das mesmas necessita, assim, ser externa aos padrões explicativos de seu contexto cultural e examinar as estruturas de produção do pensamento e do discurso (LAPLANTINE, 1986, p. 36).

doença como algo externo e “invasor” ao corpo; e o modelo benéfico/maléfico, que vê a doença como reação de forças maléficas/benéficas que agem sobre o corpo.

Quanto aos modelos de cura, o autor classifica-os em homeopático, aquele que busca o reequilíbrio interno do corpo; substrativo, o que busca extrair o elemento causador da doença; adorcista, que vai agir contra o mal que está provocando a doença; e o excitativo, que visa estimular o corpo a responder contra a doença. Segundo Franco (2004), o discurso da concepção antropológica do processo saúde-doença-cura entrelaça diretamente com a concepção indígena desses processos, sendo o referencial simbólico sob o qual os índios atuam e constroem sua realidade social. Desta maneira, consideram a compreensão e o respeito à cultura, religiosidade e sociodiversidade do povo indígena.

Nessa direção, a Atenção à saúde indígena vem a se configurar um espaço de fronteira que produz processos de comunicação e interação intercultural que necessitam ser estudados sob diferentes perspectivas, e por isso, não devem estar dissociados das dimensões étnicas, culturais, antropológicas, sociais, biológicas e espirituais dos povos indígenas. Sendo assim, é necessário transversalizar o conhecimento científico com o modo de vida, costumes, crenças e valores tradicionais dos grupos étnicos, para que a partir daí possamos extrair a visão totalizante necessária para o delineamento de caminhos que possibilitem uma prática de saúde reflexiva, que busca trabalhar o sujeito para sua emancipação.

Assim, para Minayo (2010b), a Antropologia saiu de seu âmbito tradicional de pesquisa básica para compor, de forma interdisciplinar com a medicina social, um enfoque particular, dentro de um processo social mais abrangente, ao qual serve com seus instrumentos peculiares de apreensão da realidade, o que ampliamos para o enfoque da Saúde Coletiva.

Compreendemos, então, que, em face da sociodiversidade indígena existente no país, ao se abordar a resolubilidade do processo da produção do cuidado aos grupos étnicos, deverá ser considerado tanto o caráter singular, quanto as dimensões plurais que a envolvem. Tal visão transversaliza também pelo conhecimento ampliado da cultura do outro, o modo em que vivem os valores, crenças e atitudes, sobre a produção do cuidado para orientar as práticas e fornecer um cuidado culturalmente coerente e sensível para essas populações. Para tal, deverão ser direcionados agendas governamentais que priorizem propostas sólidas, resolutivas, equânimes e

coerentes com a diversidade e identidades dos povos indígenas para o alcance da resolubilidade da produção do cuidado.

## 2.2 Políticas de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas versus a Resolubilidade na Produção do Cuidado

A construção do modelo de atenção à saúde indígena diferenciado é uma das propostas mais inovadoras das políticas públicas no país, e considerada por muitos o embrião para reorientação da política indigenista com base em critérios geográficos e culturais adequados à realidade dos povos indígenas (BRASIL, 2002a).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) desencadeia o processo de implantação do Sistema Único de Saúde cujo lema “Saúde direito de todos, dever do Estado”, norteado por preceitos que irão governar a política setorial nos anos seguintes com as Leis 8080/90, 8.142/90 (BRASIL, 1993), o Pacto pela vida, de gestão e em defesa do SUS (BRASIL, 2006). A estrutura do SUS vai sendo delineada e papéis e funções vão surgindo em meio ao caminho tortuoso em busca da qualidade e melhoria das condições de saúde da população.

Assim, desde o final de 1999, a saúde indígena no Brasil tem sido de responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde, que baseada na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, implantou 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) no país, com o objetivo de disponibilizar ações e serviços de atenção básica nas Terras Indígenas e referenciar a média e alta complexidades para a rede do Sistema Único de Saúde. A rede básica é composta pelos postos de saúde nas Terras Indígenas e pelos Pólos-base, apoiados pelas Casas de Saúde do Índio (DIEHL; GRASSI, 2010, p. 1550).

Segundo Cunha e Cunha (2001), nesse contexto desencadeia-se o processo de descentralização política e administrativa e observa-se a progressiva municipalização do sistema e o desenvolvimento de organismos colegiados e controle social, a partir da criação do SUS, pautado em princípios como universalização do atendimento à saúde; integralidade do cuidado, considerando o indivíduo um ser integral inserido em um contexto social próprio; equidade, baseada na ideia de que todo cidadão é igual perante o SUS, portanto, com atendimento conforme suas necessidades, em qualquer nível do sistema de saúde ou seja, Atenção Primária de

Saúde (APS), com denominação de Atenção Básica no Brasil, ambulatorial ou hospitalar, definida por

[...]um conjunto de ações que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, (...) considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural (ANDRADE, 2001, p. 23).

Neste prisma, e baseado no princípio da equidade, todo cidadão no SUS deve ser atendido nas suas necessidades e especificidades. O que vem a reforçar que este sistema serviu de base para a formulação de Políticas Especiais voltadas para a saúde, e, entre elas, destacamos a *Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena* (BRASIL, 2002a), considerada como especial.

Segundo Mattos (2004), as Políticas Especiais, são especificamente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem um certo grupo populacional. Trata de atributos das respostas governamentais a certos problemas de saúde, ou às necessidades de certos grupos populacionais.

Com o objetivo de inclusão de grupos sociais minoritários e democratização do poder político, as Conferências Nacionais de Políticas Públicas segundo Pogrebinschi (2012), vêm contribuindo significativamente para a inclusão desses grupos que, historicamente, não tiveram seus interesses representados no processo político brasileiro, como negros, mulheres, índios, idosos, ciganos, portadores de AIDS, praticantes de religiões de matriz africana, judeus, árabes, quilombolas, pessoas com deficiência, crianças e adolescentes, e lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.

De acordo com Pogrebinschi (2012), as diretrizes aprovadas nessas Conferências Nacionais têm por foco a deliberação de políticas universais como a de saúde em todas as suas categorias, destacadas a seguir: saúde mental, saúde bucal, saúde do trabalhador, saúde ambiental, saúde indígena e, ao longo dos últimos anos vem contemplando mais políticas específicas destinadas à inclusão das minorias sociais e culturais, promovendo o acesso de tais minorias ao sistema nacional de educação e ao sistema único de saúde.

A iniciativa da visibilidade e valorização das políticas de saúde que contemplam as demandas de minorias que desde 1992 reforçam tais políticas com

objetivo de promover a revisão dos currículos profissionais, adequando-se às características étnico-culturais das populações, especialmente dos povos indígenas (POGREBINSCHI, 20012).

Outrossim, essas políticas sinalizam que elas podem transversalizar o seu conteúdo, nas Conferências Nacionais, espaços de deliberação de políticas específicas para determinados grupos minoritários definidos pelas suas singularidades, mas também de políticas setoriais inclusivas de caráter inerentemente transversal com vistas ao alcance da integralidade das ações.

Com esse objetivo, foi criada em 31 de agosto de 1999 a Lei 9.836 – Lei Arouca (BRASIL, 2009), que define a atenção à saúde dos povos indígenas e criou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena inserido no Sistema Único de Saúde para atender as demandas recorrentes dessa população.

De acordo com tal política, a necessidade de se criar um subsistema dentro do SUS voltado para atender a demanda de saúde da população indígena foi, principalmente, pela dificuldade de acesso às políticas públicas e ações integrais de saúde focada nessas sociedades, além das especificidades inerente dos povos que vivem nas aldeias, que moram afastados dos centros urbanos e que o sistema público de saúde não alcançava no seu processo de organização, bem como, para facilitar o diálogo entre o SUS e as comunidades indígenas.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a população indígena que vive no Brasil é estimada em aproximadamente 897mil pessoas pertencentes 400 povos falantes de mais de 170 línguas identificadas. Cada um dos povos tem sua própria maneira de entender e se organizar diante do mundo, que se manifesta nas suas diferentes formas de organização social, política, econômica e de relação com o meio ambiente e ocupação de seu território.

Contudo, para amparar e defender esse contingente de cidadãos brasileiros, no final da década de 1990 foi criada a Medida Provisória (MP) nº 1.911-8, de 29 de julho de 1999, a qual determinou a transferência da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), assim como o pessoal e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde (BRASIL, 2002b). Não obstante, para atender a demanda, pensamos que poderia ser criada, nas terras indígenas uma rede de serviços de forma a superar as deficiências de cobertura, o acesso e a aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para a população, sem desconsiderar a diversidade e a especificidade desses povos.

Tais medidas, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b), podem viabilizar e aperfeiçoar o funcionamento e adequação da capacidade do sistema, tornando factível, resolutivo e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalização, equidade, participação comunitária e controle social com o objetivo de proporcionar os serviços demandados pela população indígena de forma integral.

Porém, depois de três anos, em 2002, a gestão da atenção à saúde dos povos indígenas passou da Fundação Nacional de Saúde, para a Secretaria Especial de Saúde Indígena – (SESAI), e, na oportunidade foram estabelecidas, com o Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999 (BRASIL, 2002a), as condições para a prestação dessa assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do SUS.

Nesse mesmo ano, em 2002, foi criada a *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)*, aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002 (DOU nº 26 - Seção 1, p. 46 a 49, de 6 de fevereiro de 2002) a qual compatibilizou as determinações da Lei Orgânica da Saúde com as da Constituição Federal, reconhecendo os povos indígenas em suas especificidades étnicas, culturais e seus direitos territoriais (BRASIL, 2002a).

Segundo essa Política, o atendimento da população indígena seria delimitado por uma equipe multidisciplinar com o objetivo de firmar um vínculo entre a comunidade e o serviço de saúde, bem como favorecer um elo de comunicação entre os saberes e práticas diversos e o saber tradicional da cultura indígena.

Todavia, para efetivação e implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2002a), fazia-se necessário à implantação de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços de saúde voltados para promoção, proteção e recuperação da saúde de forma a garantir aos índios o exercício pleno de sua cidadania.

No entanto, para sua efetivação, torna-se essencial que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais dos povos indígenas. E para isto, dever-se-á desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços de saúde do sistema.

Desse modo, o propósito desta política, de acordo com (BRASIL, 2002b), é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social,

cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos aspectos que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

Outrossim, para o alcance desse propósito são estabelecidas diretrizes (BRASIL, 2002a, p. 13), para orientar a definição de instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, considerando-se,

- a organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Pólos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam,

- a preparação de pessoal para atuação em contexto intercultural;
- monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
- articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- uso racional de medicamentos;
- promoção de ações específicas em situações especiais;
- promoção da Ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
- promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
- controle social.

A atenção diferenciada deve ser, tanto diferenciada por trabalhar com povos etnicamente diferentes, como por trabalhar com a diversidade dentro da diversidade: cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), é diferente dos demais pelas etnias atendidas e suas especificidades históricas, culturais, sociais, geográficas.

De acordo com a Fundação Nacional de Saúde (BRASIL, 2002b), a compreensão das redes de transmissão e os determinantes dos processos sociais e culturais originados do contato com a sociedade envolvente, bem como as relações intergrupais, são importantes para a tomada de decisões e implementação de ações de prevenção.

Assim, a formulação de uma política que defina uma política de pessoal deverá ser sensível à contratação de trabalhadores condizentes à realidade dos povos indígenas e que atenda sua especificidade, de modo que seja possível realizar a gestão de pessoas dentro do subsistema indígena, o que torna-se um desafio, mas

que são possíveis de superação mediante a responsabilização e compromisso de práticas resolutivas da PNASPI.

Entretanto, temos outros desafios, como a falta de articulação do subsistema indígena com outros setores da sociedade, visto que os problemas que os envolvem não se restringem aos problemas do processo-saúde-doença, mas a concretude da visão ampliada da concepção de saúde, como uma questão social, abarcando educação, políticas sociais, econômicas, entre outros, e a intersectorialidade das suas ações.

Um outro desafio perceptível é a barreira do acesso às ações de saúde nos três níveis do sistema o que se constitui um 'nó crítico' que impede, muitas vezes, contemplar a diversidade dos povos indígenas de forma diferenciada numa prática resolutiva para o alcance da integralidade dos cuidados em saúde.

Além do desafio que enfrenta a Política de Atenção à Saúde Indígena a respeito da (des)articulação das ações de saúde entre atenção básica, média e alta complexidade, quando o usuário indígena necessitar de uma complementação das ações de saúde, e como a União, Estados e Municípios atenderão as demandas, em prol da resolubilidade e integralidade das ações e serviços de saúde.

Em face da singularidade do tema aqui abordado, ratificamos a necessidade de abrangência da inclusão de políticas de grupos minoritários nas agendas públicas setoriais e governamentais, como saúde e educação, entre outras, de modo a prover diretrizes condizentes com as especificidades culturais, epidemiológicas, sociais, espirituais e operacionais desses povos, traduzida aqui em relação à saúde na **Produção do Cuidado versus Resolubilidade**, discutidos a seguir.

Todavia, para entendermos Produção do Cuidado em Saúde precisamos compreender qual o entendimento sobre o **Trabalho**.

A evolução das relações de trabalho foi um processo lento, de muita luta e conquistas ao longo dos séculos. O indivíduo demorou muitos anos para chegar às condições atuais das relações de trabalho e de reconhecimento pela sua contribuição na construção econômica da sociedade da qual faz parte.

Na perspectiva de Marx (2008, p. 303), o trabalho é toda ação humana que é capaz de gerar um produto. Assim, o trabalho é "uma condição de existência do homem, independentemente de todas as formas de sociedade, eterna necessidade natural de mediação do metabolismo entre homem e natureza e, portanto, da vida humana".

Nesse sentido, a noção de trabalho surgiu há milhares de anos atrás e é bastante diferente do que se pensa hoje. Para Moreira (1998, p.10) “nos primórdios da humanidade, o homem pouco modificava a natureza, pois vivia da coleta, da caça e da pesca [...]. Nestas condições, o trabalho era encarado com absoluta naturalidade: nada exaustivo e muitas vezes prazeroso”. Esta definição é baseada no homem pré-histórico, o qual apenas coletava da natureza o que precisava para sobreviver, por isso não desperdiçava muito tempo nesta atividade.

Com a revolução neolítica, ocorrida por volta de 12.000 anos atrás, surgiu à agricultura e o homem deixou de ser nômade e passou a cultivar a terra (MOREIRA, 1998). Nesse momento o homem se apropria da natureza e começa a explorá-la de acordo com sua conveniência; fixa-se ao solo e se torna sedentário.

Daí surgem os primeiros agrupamentos e o esboço do que viria a ser mais tarde uma sociedade, constituindo-se numa comunidade que começa a se desenvolver, já se tem uma noção de divisão de trabalho, ainda que primitiva. Os homens saem para caçar enquanto que as mulheres cuidam da casa e semeiam a terra (MOREIRA, 1998).

Tempos depois mais pessoas foram se agregando a essas comunidades, o que propiciou o seu desenvolvimento, com as pessoas desempenhando papéis distintos e as relações sociais se desenvolvendo.

Segundo Cáceres (1996, p. 17),

A menor dependência do homem em relação à natureza e ao aumento da produtividade (decorrente da divisão de trabalho e a do desenvolvimento da tecnologia) favoreceram o crescimento da população nas aldeias, bem como o surgimento de um grupo de pessoas especializadas na administração da produção e na defesa da terra. Esses indivíduos eram sustentados pelo trabalho dos produtores.

Começa então o delineamento das primeiras relações de trabalho, da definição de quem trabalha e quem supervisiona. Esses últimos com o uso de sua força intelectual eram sustentados pelo trabalho braçal dos outros. Tal sustento nada mais era do que o pagamento pelo seu trabalho desenvolvido. Porém, nesse período ainda não existia moeda de troca e a subordinação de um indivíduo ao outro estava apenas começando.

Porém, segundo Cáceres (1996), o trabalho durante muitos anos sofreu influência de cunho religioso e filosófico. Ele chegou a ser visto como punição de Deus pelo pecado cometido por Adão e Eva, ao qual o homem se viu condenado a trabalhar

como conseguir seu próprio sustento. Era considerado algo que diminuía o homem e destinado aos mais rudes ou ignorantes sem pretensões na vida, enquanto que o ócio, o bom e o belo eram destinados apenas à nobreza e ao clero.

Diante da síntese sobre o surgimento do trabalho, faremos uma apresentação da evolução do trabalho, a partir de uma contextualização, para que tenhamos uma melhor compreensão do trabalho em saúde.

No período que antecedeu a revolução industrial, chamado de pré-industrial, houve predominância da escravidão na sociedade da época, que fez do trabalhador simplesmente um objeto, sem possibilidade sequer de se equiparar a sujeito de direito. O escravo não tinha, pela sua condição, direitos trabalhistas (NASCIMENTO, 2004). Portanto, esse ser humano não passava de mercadoria para o seu senhor, que era adquirido e tinha por finalidade produzir para gerar produtos e para servir os indivíduos que o compravam. Não tinham direito a salário, a liberdade ou a constituir família, viviam muitas vezes em condições subumanas, quase equiparadas a animais.

Após esse período houve uma lenta evolução, com o surgimento da servidão pois,

[...] embora recebendo certa proteção militar e política prestada pelo senhor feudal, dono das terras, os trabalhadores também não tinham condição livre. Eram obrigados a trabalhar nas terras pertencentes aos seus senhores. Camponeses presos às glebas que cultivavam, pesava-lhes a obrigação de entregar parte da produção rural como preço pela fixação na terra e pela defesa que recebiam (NASCIMENTO, 2004, p. 45).

Para o autor, a servidão mais pareceu uma escravidão disfarçada ou suavizada. Nela o trabalhador já não passava por maus tratos físicos, nem era considerado um bem do senhor da terra. Porém a obrigação de entregar parte de sua produção e de adquirir os produtos de primeira necessidade e o material necessário para a plantação com eles faziam com que os servos sempre estivessem em dívidas e, portanto, presos aos senhores feudais. Muitas vezes o que lhes sobravam não dava para pagar a dívida já contraída.

O próximo passo da evolução trabalhista veio com as corporações de ofício que, surgidas na Idade Média trouxeram uma maior liberdade ao trabalhador.

Nas corporações de artesões agrupavam-se todos os artesões do mesmo ramo em uma localidade. Cada corporação tinha um estatuto com algumas normas disciplinando as relações de trabalho. Havia três categorias de membros das corporações: os mestres, os companheiros e os aprendizes (NASCIMENTO, 2004, p. 46).

Com o surgimento das corporações de ofício, viu-se o desenvolver dos primeiros passos do que se pode considerar uma organização. A partir da reunião de pessoas com um mesmo objetivo e da instituição de normas que disciplinaram essas relações, houve um progresso nas relações de trabalho. Os mestres eram os donos das oficinas; os companheiros trabalhavam livremente para os mestres em troca de salário e os aprendizes eram menores que aprendiam o ofício a partir dos ensinamentos dos mestres.

Com o tempo, as relações de trabalho se tornaram cada vez mais precárias com altas jornadas de trabalho, exploração do trabalho feminino e infantil, ambientes impróprios, insalubres e perigosos e a grande massa de desempregados fazia com que os salários fossem baixos. Contudo, para Nascimento (2004), a medida que o capitalismo se consolidava, a classe dos proletários se unia contra as injustiças da burguesia.

Historicamente “todas as classes anteriores que conquistaram o poder para si, procuraram assegurar a sua condição de vida já adquirida à medida que submetiam toda a sociedade às condições de sua aquisição” (MARX; ENGELS, 1848, p. 13). Foi o que aconteceu com a revolução burguesa e todas as outras que a precederam. Os burgueses, ao se tornarem classe dominante, assumiram posição conservadora e ao explorarem o proletariado se tornavam cada vez mais reacionários às suas reivindicações.

A classe proletária, fruto da burguesia e do capitalismo instaurado, ao contrário, era completamente despossuída, não tinha o que assegurar. Em meados do século XIX, a revolução proletária se tornou a primeira revolução que buscava algo completamente novo, uma reestruturação geral da sociedade existente sem classes, na qual houvesse a socialização dos meios de produção. Sua luta era pela destruição dos privilégios, da exploração e da propriedade, buscando assim, além da valorização do trabalho, salvar sua existência contra a burguesia (MARX; ENGELS, 1848, p. 7).

Segundo Nascimento (2004), essas transformações fizeram com que, sob o aspecto político, o Estado se transformasse, passando de Estado Liberal com plena liberdade contratual para Estado Neoliberal, no qual ele passa a intervir na ordem econômica e social limitando a liberdade das partes da relação de trabalho que antes era plena ao empregador.

Na atualidade o cenário e o contexto social e econômico mudaram bastante. Aspectos como a globalização, que produziu efeitos irreversíveis, rompeu as barreiras

econômicas e alterou o processo produtivo, descentralizando-o por todos os continentes. Segundo Carleial (2001), os empregos na indústria diminuíram com o avanço da tecnologia, hoje se produz mais com menos funcionários. Outro ponto é que houve a transição do trabalho braçal para o trabalho intelectual; quem detém o conhecimento e a informação é quem se destaca.

Assistimos às transformações do mundo das relações de trabalho numa sociedade que produz mais com pouca mão-de-obra. A tecnologia mostrou o seu lado mais cruel: a substituição do trabalho humano pelo software; [...] a informatização e a robótica como principais fatores do crescimento da produtividade; o aumento do desemprego e do subemprego em escala mundial; o avanço da sociedade de serviços maior do que a sociedade industrial; novas profissões; sofisticados meios de trabalho [...] (NASCIMENTO, 2004 p. 51).

Em meio às mudanças geradas com a evolução das relações sociais e econômicas, as relações de trabalho tiveram de se adaptar. Efeitos econômicos como inflação, desemprego e crises fazem com que o trabalhador busque sempre se reinventar, agregando conhecimento e habilidades para sustentar seu emprego. O mercado diversificou tanto nos últimos anos que propiciou o surgimento de novas profissões de cursos tecnológicos voltados para a prática profissional e com duração mais curta, e de novas oportunidades de trabalho (CARLEIAL, 2001).

O desafio das relações trabalhistas, frente à nova realidade, está mais voltado à manutenção e à estabilidade do vínculo empregatício, focando cada vez mais nas negociações coletivas como ferramenta que viabiliza a discussão e o acordo entre as partes no trabalho. Mas qual o conceito de Trabalho?

Conceituar a palavra Trabalho não é simples. São muitas as definições encontradas nas referências e cada uma delas varia de acordo com o autor e sua visão de mundo e com a época vivida, até qual ponto a história e a economia estavam desenvolvidas na época.

Segundo Moreira (1998), o Trabalho é mediador da relação do homem com a natureza. É por meio dela que o indivíduo transforma os recursos naturais em bens capazes de satisfazer suas necessidades, ou seja, para ele o trabalho é um “fazer produtivo”.

Notamos que tal definição é estabelecida uma relação homem x natureza, não percorrendo o campo da economia. Não vincula o trabalho ao capitalismo nem a salário ou a exploração. Enfim, para o autor, o trabalho pode ser entendido então,

como a ação, o meio que permite ao homem conseguir obter os itens da natureza que precisa para sobreviver e se satisfazer.

O trabalho significa o “dispêndio de esforço, dispêndio de energia; esforço esse que é trocado no mercado por dinheiro” (SMITH, 1990, p. 45). Neste sentido, para o autor, o trabalho humano é o ponto central para se entender a origem e o crescimento da riqueza capitalista.

É por meio do trabalho que surge o excedente e possibilita a criação de riqueza e cada vez que esse trabalho se organiza, ele poderá propiciar aumento de produtividade e produção, pois haverá economia de tempo e de esforço. Com isso, o surgimento da divisão de trabalho veio a facilitar no aprimoramento do trabalho.

Para Carleial (2001), na sociedade capitalista tudo é balizado por relações de troca e quanto mais desproporcional for esta troca, uma parte acumulará mais riqueza que a outra. O excedente, que é gerado por meio do trabalho, ao mesmo tempo em que gera a riqueza do capitalista, gera a obrigação de pagamento de salários para os trabalhadores. Ou seja, ao trabalho corresponde o salário e ao capital, o lucro. Portanto, o conflito do capitalismo resume-se em capitalistas querendo pagar o menos possível e os trabalhadores querendo receber o máximo possível.

Já para Marx (2008, p. 209), o trabalho é uma atividade destinada a um fim específico e permite que os homens produzam a si mesmos e aos outros e assim relacionem entre si, ou seja,

[...] O trabalho então é um verdadeiro exercício de liberdade, consciente, pleno. No entanto, à medida que a relação capitalista se aprofunda, e com isto se diferencia a divisão social do trabalho e se intensifica a sua divisão técnica, o trabalho se transfigura de atividade consciente em atividade alienada. O trabalho sob o capital é trabalho alienado (CARLEIAL, 2001, p. 80).

O trabalho sob o capital é trabalho alienado e essa visão provem da divisão técnica do trabalho aliena o indivíduo, ao passo em que se torna mais uma peça da grande máquina de produção. Ao ser referenciado, Marx enuncia como efeito desta divisão “a superfluidade do trabalho (...). Ou seja, o trabalho é cada vez mais dispensável ao longo dos processos de trabalho” (MORAES NETO, 1987, p. 27). O trabalho desenvolvido de forma repetitiva e mecânica, ao mesmo tempo que transforma o trabalhador em especialista naquela parte do processo, tira sua visão do todo, tornando-o substituível com mais facilidade, pois não é um profissional multifuncional.

Mas, como dar-se-á o Processo de Trabalho em Saúde?

Do mesmo modo, como nos aspectos econômicos, as práticas de trabalho no campo da saúde vêm sofrendo transformações ao longo da história das grandes civilizações.

Neste estudo, diante do seu recorte - produção do cuidado para as populações indígenas, em especial, ampliamos para outras possibilidades de caminhos que direcionem para um cuidado diferenciado e culturalmente coerente, a partir da transversalidade com os que existem.

Sobre esse aspecto, Boff (1999, p.32) teoriza sobre o cuidado ampliado na sua visão conceitual de ser humano, pois para ele

[...] O ser humano é uma manifestação do estudo de energia de fundo, um ser cósmico, parte de um universo [...], articulado em nove dimensões, formado pelos mesmos elementos físico-químicos e pelas mesmas energias que compõem todos os seres [...], morando no planeta terra. Um elo da corrente única da vida [...], portador da psique ancestral de seu corpo, lhe permitindo ser sujeito, estruturada ao redor do desejo, de arquétipos ancestrais e de várias emoções e coroado pelo espírito que é aquele momento da consciência pelo qual se sente parte de um todo, que o faz sempre aberto ao outro e ao infinito, capaz de criar e captar significados e valores e se indagar sobre o sentido derradeiro do todo, hoje em sua fase pioneira, rumo à noosfera pela qual mentes e corações convergirão numa humanidade unificada... .

A essência humana para Boff (1999) não se encontra na inteligência, na liberdade, ou na criatividade, mas basicamente no cuidado. Por isto defende que o cuidado é, na verdade, o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência. Nele se encontra o *ethos* fundamental humano. Ou seja, no cuidado são identificados os princípios, os valores e as atitudes que fazem da vida um bem viver e das ações um reto agir.

Para tanto, um cuidado integral e resolutivo, segundo Merhy (2005), é essencial para reorientar nossa prática, e alcançar a concretude do saber cuidar, envolvendo um dinamismo frente às novas tecnologias do cuidado que vislumbram novos paradigmas, e como profissionais que cuidam, se perceberem como ser dialético, capaz de promover mudanças no exercício do cuidar, considerando o permanente desenvolvimento humano, de transformações, uma auto compreensão reflexiva para possibilitar a compreensão epistemológica.

No contexto das comunidades indígenas, a integralidade do cuidado remete para uma prática capaz de promover um cuidado ampliado em saúde, considerando

suas tradições e dimensões culturais, religiosos, espirituais, biológicos, sociais e políticas que demarcam uma prática diferenciada na assistência à saúde desses povos.

Tal pensamento abre caminhos para algumas reflexões concernentes às práticas de saúde do cotidiano, como ressignificar a produção do cuidado e as práticas de saúde; as finalidades de cada ato; como se dão as relações de interação entre os que buscam e os que prestam serviços; o uso das tecnologias necessárias para o desenvolvimento desse trabalho; a resolubilidade no processo de trabalho está sendo observada na produção do cuidado em saúde para o alcance da integralidade.

No processo de trabalho a atividade que o homem efetua, mediante o meio de trabalho, deverá fazer uma transformação do objeto de trabalho pretendida desde o princípio, e, portanto, o processo extingue-se no produto, sendo ele um valor de uso; uma matéria natural adaptada às necessidades humanas mediante transformação da forma (MARX, 2008, p. 300).

Sobre tal aspecto, Campos (1992, p. 87) ressalta o uso das tecnologias em saúde, ponderando que

[...] O valor de uso de cada tecnologia de saúde é sempre definida a partir da necessidade de cada pessoa, em cada singular momento que vive. Ou seja, o diagnóstico precoce de uma hipertensão arterial, para determinada pessoa, em determinado momento de sua vida, é tão crucial quanto o acesso a um exame de cineangiocoronariografia para outro, que vive outro momento. [...] A 'hierarquia' de importância do consumo das tecnologias não a estabelecemos unicamente, mas às pessoas com suas necessidades reais.

Compreendemos assim, que além da intencionalidade do sujeito que opera o trabalho, estão envolvidos no processo os meios necessários para a transformação, os quais se configuram nos mecanismos e ferramentas que devem ser utilizados no desenvolvimento do trabalho. Além disso, não podemos deixar de considerar a subjetividade individual que cada sujeito e nesse contexto, os indígenas (usuários do serviço, os profissionais de saúde, gestores, entre outros) representam na dinâmica que envolve a tríade saúde-doença-cuidado.

Sobre este aspecto, segundo Marx (2008, p. 299), não é o que se faz, mas como, com que meios de trabalho se fazem. Os meios de trabalho não são só mediadores do grau de desenvolvimento da força de trabalho humana, mas também indicadores das condições sociais nas quais se trabalha.

De fato, os modos de produção dos serviços de saúde estão imbricados numa relação dialética dos diferentes “papeis” que desempenham os sujeitos que operam as ferramentas, como as utilizam, as atividades, e agentes, tendo e os usuários, como foco das ações e práticas cotidianas nos serviços de saúde. Contudo, ainda hoje, essa prática é hegemonicamente representada pelo modelo biomédico, justificado por Abrahão e Souza (2013) em consequência do desenvolvimento da microbiologia e a descoberta dos micro-organismos causadores das doenças. Por conseguinte, diante, desse contexto, a medicina alcançou um patamar elevado e se estruturou como prática científica, principalmente, a partir do Relatório Flexner<sup>7</sup> produzido em 1910.

Desde então, é ainda visível um movimento que estimula à especialização e às atividades de pesquisa, focalizando o conhecimento nas doenças no corpo dos indivíduos e intervenções para sua cura. As práticas médicas foram normatizadas como científicas e esses profissionais tornaram-se os “detentores” de um saber referendado na ciência e aceito exclusivamente na academia (CAMPOS, 2007).

Dessa maneira, segundo Abrahão e Souza (2013), a classe médica teve seu poder fortalecido na sociedade, levando a uma desvalorização dos outros saberes e práticas curadoras tradicionais, como, o saber popular, entre outros, tidos como “não-científico” e ineficazes.

Além do mais, o desenvolvimento da medicina científica contou ainda com o grande apoio do capital econômico, pois este continua a ter a capacidade de recuperar e manter o funcionamento do corpo dos trabalhadores - independentemente de as causas do adoecimento serem relacionada às condições de vida e de trabalho. O interesse era abafar as tensões sociais e favorecer as relações capitalistas (BRASIL, 2005).

Igualmente, os interesses econômicos e capitalistas estimularam um modelo de atenção à saúde focado no consumo de consultas médicas, procedimentos tecnológicos, medicamentos, e na oferta de uma atenção especializada e hospitalar que atendessem as “necessidades” de saúde da sociedade (CAMPOS; BACCARI, 2011).

Essa forma de processo de trabalho reforçou e / ou valorizou o modelo hegemônico do cuidado em saúde no cenário atual, configurando-se em um modelo

---

<sup>7</sup> **Relatório Flexner**, elaborado nos EUA em 1910, defendendo uma formação médica que tivesse como eixo orientador um modelo de práticas médicas centrada corpo anátomo-fisiológico e como principal referência o hospital (MENDES-GONÇALVES, 1994).

centrado no profissional, em especial no médico, com foco na queixa-conduta / biologicista, tendo o hospital o lócus da atenção, reproduzindo assim, a racionalidade médica das escolas de medicina ocidentais.

No contexto da saúde indígena no Brasil, a nossa experiência como profissional da EMSI no município de Banzaê – BA, leva-nos a compreender que o modelo hegemônico de saúde ocidental, foi sendo incorporado pelos profissionais de saúde que atuam na assistência dos povos indígenas, bem como pelos próprios usuários de tal modo, que será preciso, um esforço conjunto entre todos os sujeitos envolvidos no processo de produção do cuidado no sentido de uma maior valorização da medicina tradicional praticada por essas comunidades.

Diante dessa realidade, com a reforma sanitária brasileira no final da década de 1980, houve necessidade urgente de construção do sistema único de saúde com a premissa de defender a criação de um modelo de atenção em saúde, pautado principalmente nas ações de prevenção, promoção e vigilância em saúde, e com um novo conceito ampliado de saúde, enquanto uma questão social.

Mais de duas décadas depois, mesmo com o Sistema Único de Saúde considerado um modelo de saúde, o panorama de saúde brasileiro, apesar de muitos avanços e retrocessos Assis, Nascimento e Jorge (2010) creem em alternativas sobretudo como as diretrizes de prevenção e promoção à saúde, orientadas pelos determinantes do processo saúde-doença.

Todavia, os autores consideram que o maior desafio é promover as mudanças estruturais e romper com as práticas procedimento-centradas para a produção do cuidado, direcionado a um fazer integral, usuário centrado, corresponsável resolutivo capaz de atender as necessidades da população.

Por conseguinte, para Santos e Escobar (2001), no contexto das populações indígenas, um dos grandes desafios na implementação desse novo modelo de assistência é estruturá-lo – envolvendo centenas de milhares de usuários e agências governamentais e não governamentais – sem perder de vista a imensa sociodiversidade indígena. Tal coadunação é o denominador comum do modelo, e também uma das facetas de mais difícil implementação.

No caso da saúde, Cecílio (2001, p.2) defende que as necessidades são sociais e historicamente determinadas/construídas, e que elas só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual, até por que

[...] as necessidades de saúde estão organizadas em quatro grandes grupos: O primeiro diz respeito a ter boas condições de vida [...]; o outro conjunto fala da necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida [...]; terceiro diz respeito a insubstituível criação de vínculos (a) efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional [...]; o quarto refere-se à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida.

Para tanto, podemos concluir que todas as situações ligadas à prevenção e promoção, cura e reabilitação estão diretamente relacionadas às necessidades de saúde, as quais caracterizam a singularidade e a complexidade que circundam os problemas de saúde, bem como, a subjetividade envolvida nesse processo.

Ademais, compreendemos que o trabalho em saúde, por sua vez, para ser eficaz e resolutivo, precisa atender a uma gama complexa de necessidades e dar direcionamento para as intervenções dos problemas de saúde demandados, bem como, lançar mão das diversas tecnologias de trabalho em saúde para a produção de um cuidado integral, no sentido de chegar à resolubilidade.

Entretanto, chamamos atenção para a reestruturação produtiva no campo da saúde, que vem sendo impactada pelas inovações tecnológicas no processo de trabalho, e as alterações que o modelo médico hegemônico vem sofrendo com as mudanças determinadas pela inserção de novos equipamentos que visam os diagnósticos na área da saúde.

Contudo, Merhy e Onocko (2002) advertem que a entrada de equipamentos não anula momentos singulares do trabalho em saúde, àqueles insubstituíveis pela presença de equipamentos, como a dimensão típica da produção do cuidado no ato cuidador, ou seja, a interrelação entre o usuário e o trabalhador de saúde. Portanto, as alterações mais significativas, de acordo tais autores, ocorrerem no terreno das tecnologias não-equipamentos, o território das tecnologias leves e leve-duras, e que se expressam nos processos relacionais dos atos de saúde e nas práticas que governam os atos produtivos nos processos de trabalho e na sua capacidade de gerar novas modalidades de produção do cuidado, bem como de governá-las.

Foi a partir da apreensão dos momentos do processo de trabalho, como uma atividade orientada para uma finalidade, seu objeto e seus instrumentos, que Mendes-Gonçalves (1994) desenvolveu um raciocínio lógico e dialético para compreender as práticas em saúde, redefinindo tecnologia.

Segundo Rocha e Almeida (2000), na visão de Mendes-Gonçalves, o conceito de organização tecnológica do trabalho em saúde refere-se aos nexos estabelecidos

no interior do processo de trabalho entre a atividade operante realizada por meio de instrumentos considerados em sentido amplo, sendo o conhecimento o principal deles porque orienta todo o processo, os objetos de trabalho e a finalidade. Entendem que tecnologia não tem o significado corriqueiro de conjunto de instrumentos materiais, muitas vezes associado à maior eficácia e produtividade por avanços em suas concepções operacionais.

Comungamos com Merhy (2005, p. 50) que no campo da produção do cuidado, por mais que se avance nas inovações tecnológicas para ofertar ao usuário os mais eficazes recursos disponíveis para cura de suas enfermidades, as relações que se configuram nesse processo poderão, a partir de um conhecimento epistemológico do agir em saúde, orientar às práticas e dar sentido ao fazer profissional que se complementa no ato de suas ações.

Nesta direção, Merhy amplia as contribuições teóricas sobre o processo de trabalho de Mendes-Gonçalves com a visão de “autogoverno” dos trabalhadores de saúde ao afirmar que o trabalho em saúde expressa, de modo exclusivo, o trabalho vivo em ato. E, portanto, não pode ser englobado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados.

Destarte, a respeito da produção do cuidado e suas tecnologias, o autor classificou em três categorias as tecnologias do trabalho em saúde: tecnologias “duras” as relacionadas à máquinas e instrumentos; “leve-duras” referentes ao conhecimento técnico, por ter uma parte dura, uma “leve” que é o modo inerente em que o trabalhador aplica, podendo assumir diferentes formas; e tecnologias “leves”, refere-se às relações, consideradas importantes para produção do cuidado por envolverem a intencionalidade do cuidador, seu modo de ser e sua subjetividade, ou seja, as tecnologias leves do trabalho vivo em ato na saúde se expressam na produção de relações entre o profissional e o usuário e configuram-se por meio das práticas de acolhimento, vínculo, responsabilização, autonomia, escuta qualificada, de modo a se aproximar do outro e percebê-lo em sua totalidade.

Porém, no contexto indígena, acreditamos que as relações que se dão entre aqueles que oferecem e recebem o cuidado em saúde devem extrapolar o biológico, a doença e o corpo, para que esse ato alcance as várias dimensões operantes no processo, levando em conta a subjetividade e a singularidade, do sujeito-sujeito, a partir da transversalidade das práticas de saúde para promover um cuidado resolutivo

e equânime e que dê sentido à vida dos cidadãos indígenas e os demais usuários que o buscam.

Mediante tal perspectiva, os serviços e instituições de saúde precisam estar preparados para atenderem as necessidades demandadas dos usuários, assim como também sejam acessíveis, confiáveis e com um grau de resolubilidade que contemplem os vários níveis de atenção requeridos pelos usuários do Sistema Único de Saúde, considerando-se neste contexto os dispositivos resolubilidade versus integralidade na produção do cuidado em saúde no cotidiano da Atenção Básica.

Ao contextualizarmos o modelo de atenção à saúde regido pelo sistema de saúde brasileiro vemos ainda não ter uma possibilidade operante necessária para suplantar o modelo biomédico que, por sua vez, foi construído focado na figura do médico, centrada na produção de procedimentos e equipamentos de alta tecnologias, de forma desarticulada e sem levar em consideração a subjetividade dos sujeitos trabalhadores e usuários envolvidos neste processo.

Neste sentido, segundo Campos (2007), não existe um modelo único considerado ideal para o SUS, visto que este pode ser construído baseado nas especificidades locais e nos problemas que circundam o seu contexto. Entretanto, considera algumas dimensões importantes para sua construção como a busca de maior eficácia<sup>8</sup> e eficiência<sup>9</sup>, estabelecendo contratos e compromissos entre gestores e trabalhadores com possibilidade de menor risco possível, com o objetivo de favorecer aos usuários a autonomização do seu cuidado.

No entanto, compreendemos que produzir mudanças do modelo de atenção à saúde, requer um esforço por parte de todos envolvidos nessa luta, ou seja, os gestores, intelectuais (reformadores), trabalhadores e usuários dos serviços de saúde empenhados em tentar superar as dificuldades do modelo flexneriano e alcançar, na prática do cotidiano, as conquistas instituídas no Arcabouço Legal do Sistema Único de Saúde.

Campos (1992) já vislumbrava que para haver mudança significativa no modelo de atenção à saúde é necessário identificar a possibilidade de se instaurar uma série de alterações dos mecanismos de gestão e dos processos de trabalho em

---

<sup>8</sup> **Eficácia:** é a capacidade para alcançar as metas estabelecidas ou os resultados propostos (DAVOK, 2007, p. 510).

<sup>9</sup> **Eficiência:** é a capacidade de produzir o máximo de resultados com o dispêndio mínimo de recursos, energia e tempo (DAVOK, 2007).

saúde (alterações estruturais) que atendessem tanto as necessidades de saúde da população quanto as possibilidades de realização profissional dos trabalhadores de saúde.

Porém, Merhy e Onocko (2002, p. 132) complementam ao referirem as mudanças no nível da “micropolítica”, isto é, nos espaços onde ocorrem as relações entre profissional e usuários, visto que, é no campo das práticas, no “trabalho vivo em ato” que se desenvolve a produção do cuidado, e neste encontro, movido por uma certa “autonomia” é que se percebe se o que foi planejado ou pactuado anteriormente, vai alcançar o resultado esperado nas ações de saúde.

Sobre tais aspectos Merhy (2005, p. 51) reforça que é no encontro do trabalho vivo em ato com o usuário que se expressam alguns componentes vitais da tecnologia leve do trabalho em saúde, configuradas, por meio das práticas de escuta, acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomia.

Daí, compreendermos a vital relevância de se adotar uma concepção ampliada sobre saúde-doença-cuidado, articulada à participação dos gestores/trabalhadores das instituições de saúde vinculadas ao SUS e ao subsistema de saúde indígena PNASPI, para dar respostas às necessidades demandadas pelos usuários do sistema de saúde, tendo como objetivo final o alcance da **Resolubilidade** da produção do cuidado.

Mas qual (ais) os significados de Resolubilidade e Integralidade que defendemos na dimensão das ações de saúde, visto que, é utilizado em outras áreas do conhecimento?

Para Costa e Jorge (2014), a Resolubilidade/qualidade de resolúvel voltada para a dimensão da saúde, diz respeito a combinação dos graus de eficácia e eficiência das ações de saúde, e tem relação com a resolução de problemas demandados nos vários níveis do sistema de saúde. Consideram ainda, que a resolutividade é a resposta satisfatória que o serviço fornece ao usuário quando busca atendimento às suas necessidades de saúde. E, tal resposta não compreende, exclusivamente, a cura de doenças, mas, também, o alívio ou a minimização do sofrimento, a promoção e a manutenção da saúde.

Tais significados nos remetem à sua amplitude que não é apenas resolução; resolver determinado problema imposto pela sociedade, porque não adianta o Sistema Único de Saúde ser universal, igualitário, integral, descentralizado e

regionalizado se não houver resolubilidade no cotidiano das práticas de saúde frente aos usuários.

Mas, segundo Turrini e Lebrão (2008), a Resolubilidade pode ser avaliada em dois aspectos: 1) no próprio serviço, quanto à capacidade de atender a demanda e 2) no encaminhamento dos casos que necessitam de atendimentos mais especializados dentro do sistema de saúde, que se estendem desde a consulta inicial, os exames e o tratamento do usuário no serviço de APS até a solução de seu problema em outros níveis de atenção.

Apesar de algumas singularidades sobre resolubilidade aqui analisadas, neste estudo, demarcamos a sua compreensão a partir de Santos e Assis (2006) e Assis, Nascimento e Lima (2010) a seguir.

Para Santos e Assis (2006) a Resolubilidade é uma resposta aos problemas de saúde, de forma a garantir ao usuário o acesso ao atendimento com acolhimento, vínculo e responsabilização, com vistas à produção de um cuidado integral, ou seja, uma utopia a ser seguida na prática. Complementando tal concepção, para Assis, Nascimento e Lima (2010, p. 18), a Resolubilidade envolve aspectos relacionados à responsabilidade técnica e de gestão dos serviços a partir da integração da equipe de saúde/usuário, tendo em vista a **Integralidade** das ações e serviços de saúde.

Já o dispositivo Integralidade na dimensão da saúde, tem sido usada, para designar um dos princípios do Sistema Único de Saúde. Segundo Mattos (2004), a Integralidade tem funcionado como uma imagem-objetivo, ou seja, como uma forma de indicar, ainda que de modo sintético, características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas.

Para Mattos seria equivocado esperar um conceito unívoco para cuidado integral, posto que perderíamos sua totalidade e incorreríamos na possibilidade de restringir alguns de seus sentidos ainda inacabados e potenciais vetores de transformação das práticas no SUS.

Uma realidade que, de acordo Santos e Assis (2006, p. 54), nos faz refletir sobre as diferentes formas de compreensão da Integralidade, pois, eles reforçam que aglutinam diferentes dispositivos, como acesso aos serviços, acolhimento, vínculo, responsabilização e Resolubilidade, na construção das linhas de cuidado, para tentar garantir e facilitar o percurso das pessoas a todos os serviços da rede de atenção à saúde.

Entretanto, nos dias atuais, observamos muitas discussões em torno do termo “integral e cuidado integral”, porém pouco se faz para alcançar as mudanças necessárias. Muito embora, o que observamos em nossa prática diária, é que em busca de suprir suas carências, os usuários recorrem as unidades de saúde com o objetivo buscar além da resolubilidade de um problema de saúde, um suporte por parte dos trabalhadores para suas iniquidades sociais, ou apenas, querem ser ouvidos, amparados e acolhidos.

Além disso, ao procurarem esses serviços, os usuários, segundo Bastos, Assis, Nascimento e Oliveira (2011) muitas vezes, se deparam com situações adversas, entre as quais longas filas, ausência de trabalhadores de saúde especializados para o atendimento; unidades fechadas; falta de materiais para realização de procedimentos; desarticulação das práticas na produção do cuidado; desresponsabilização dos profissionais que prestam assistência; consultas com tempo restrito; escuta desqualificada; deshumanização; não referência e contrarreferência, burocratização dos serviços, entre outros, que inviabilizam a resolubilidade e integralidade das ações de saúde.

Tal cenário, infelizmente, é a realidade da maioria das unidades de saúde espalhadas no nosso país, divulgado, quase diariamente, na mídia e redes sociais, entre outros, que circulam no Brasil. Além disso, no cotidiano da nossa prática como trabalhadora do serviço público de saúde, observamos que tais situações, muitas vezes, não respondem às necessidades de saúde do indivíduo, família e grupos da comunidade no sistema de saúde atual, e vai de encontro aos princípios de universalização do acesso, equidade e integralidade, proposto pelo SUS e garantido na Carta Magna de 1988 (BRASIL, 1988).

Concretamente, existe uma lacuna entre o marco normativo e a efetivação desses direitos constituídos, explicitado no estudo *Integralidade do Cuidado de Pacientes com Diabetes Mellitus em um centro de saúde na Bahia* (BASTOS; ASSIS; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2011, p. 1419).

[...] O acesso restrito, focalizado em consultas e medicações, sendo excludente para especialidades médicas e procedimentos de média e alta complexidade. Outro aspecto se prende às dificuldades envolvendo o acolhimento e o vínculo entre os sujeitos que produzem o cuidado, encontrados distantes da integralidade e da corresponsabilização. No que se refere à formação da equipe, a pesquisa evidencia impasses relacionados à (des)construção dos sujeitos que atuam no cotidiano das práticas na atenção às pessoas com DM, um desafio visível em relação à dinâmica do cuidado. Ou seja, a prática ainda é individualista, curativa e médico-procedimento-centrada, mostrando que a integralidade da atenção ainda necessita ser

conquistada, construída, uma vez que a fragmentação é a tônica dessas ações.

Diante dessa realidade, há uma necessidade de reestruturação do sistema de saúde brasileiro a partir da reorganização das práticas da Atenção Básica, como proposto inicialmente no arranjo organizacional do SUS, visto que, é uma das “portas de entrada” do usuário do sistema, resgatando os ideais propostos na Reforma Sanitária para assim contemplar um cuidado resolutivo e integral nos três níveis de complexidade da atenção ao usuário individual/coletivo, assegurado nas Leis Orgânicas de Saúde (8080/90 e 80142/90) (BRASIL, 1990).

Assim, esperamos que ao necessitar de um cuidado, o usuário tenha na sua demanda de saúde não só garantido o acesso aos demais níveis de atenção, conforme preconizado, como também resolvido nos espaços tecnológicos adequados, e desta forma, se alcance a resolubilidade e integralidade dos cuidados em saúde.

Nesta linha de pensamento Cecílio (1997) propõe pensar o sistema como um círculo, com múltiplas alternativas de entrada e saída, e que cada entrada seja marcada por um atendimento humanizado, responsável, com acolhimento, reconhecimento de grupos vulneráveis e garantia do acesso às tecnologias adequadas à saúde.

O sistema em círculo proposto por Cecílio pode possibilitar a ampliação de “portas de entrada”, por exemplo: escolas, pronto socorro, hospitais, unidades básicas, creches, farmácias, entre outros, que estejam qualificadas e mais próximas do usuário e que seja capaz de direcionar o atendimento de cada caso, garantindo-lhe o acesso adequado.

Tal situação, se alinha com nossa experiência profissional com os indígenas de Banzaê no ano 2013, visto que, na maioria das vezes, as “portas de entrada” (escolas, posto de saúde, varanda de residências, no ar livre), constituíam o único meio de acesso aos serviços de saúde para a comunidade indígena.

Por outro lado, para Costa e Jorge (2014), a garantia do acesso a serviços assistenciais não implica a efetivação do cuidado em saúde. A integralidade preconiza que, além de atividades de promoção, prevenção e tratamentos, as formas como as práticas de cuidado são realizadas nos serviços de saúde também é fundamental para o alcance da resolubilidade do atendimento.

Por conseguinte, entendemos que as ações de saúde podem ser realizadas de forma humanizada, ou seja, os profissionais terão que perceber o usuário como um todo indissociável, um sujeito com suas subjetividades, independente da raça, cor, religião, cultura, status sociais, e econômicos, além da capacidade de gerir o sistema de maneira para que ele seja factível para o atendimento às demandas com Resolubilidade e Integralidade para os usuários e suas famílias.

Mediante tal abordagem, Campos (1992) afirma que é na “gestão” do cotidiano que se constrói essa ou aquela subjetividade, sujeitos autônomos ou sujeitados, daí inferir que

[...] Na saúde, a revolução do cotidiano, passa pela reforma dos modos de fazer a clínica, a saúde pública, pelos modos de gerir e de distribuir o poder nas instituições, pela delegação/instituição de novas cotas de responsabilidade e de autonomia. Passa pela redefinição dos critérios de cura, do papel dos serviços de saúde – coloca-los à serviço da vida. Envolve novas formas de acolhimento do sujeito individual ou coletivo que necessita de atenção específica, pressupõe responsabilização, formação de vínculos entre equipe e usuário, família, e coletividade (CAMPOS, 1992, p. 94).

Diante disso, a Atenção Básica, deveria ser o disparador da reforma, pois é nela que poderá se configurar a “porta de entrada” preferencial para os serviços de saúde e assim garantir o acesso dos usuários a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde e dar respostas resolutivas às demandas de saúde de maneira que alcance a Integralidade.

A Resolubilidade pode ser compreendida com a ação realizada por uma equipe multiprofissional, com produção de vínculo e autonomia no processo de trabalho. No entanto, a precarização dos vínculos trabalhista, a centralidade no trabalho médico e a insuficiente utilização da referência e contrarreferência no fluxo de serviços são entraves no cotidiano da atenção primária, evidenciando uma baixa resolubilidade do sistema de saúde atual.

No contexto da saúde indígena, a Resolubilidade nos serviços de saúde ainda é mais limitada, principalmente, pela não formação dos trabalhadores de saúde em uma visão que contemple as várias dimensões que envolvem as especificidades de grupos minoritário em situação de vulnerabilidade, além da falta de reestruturação do modelo clínico atual que vem sendo praticado com a medicina ocidental e não tem se mostrado efetivo para uma produção de cuidado integral que atenda às demandas específicas dessa nação.

Este processo de trabalho, baseado em intervenções individuais e curativas, não permite espaços de diálogos e construção de práticas coletivas, o que dificulta a articulação com os saberes e práticas locais indígenas de saúde de forma diferenciada, base da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no Brasil.

Por fim, entendemos que a Resolubilidade deve ser a finalidade de todas as práticas que envolvem o cuidado em saúde e, desse modo, todos os trabalhadores envolvidos se constituem sujeitos participes do processo e por isso primar para alcançar, de maneira direta ou indireta, a garantia de um sistema justo, solidário, equânime e universal a todos os cidadãos.

### 3 CAMINHOS DO PENSAMENTO NO EXERCÍCIO DA PRÁTICA DE ABORDAGEM DA REALIDADE

Para esta pesquisa, a metodologia de investigação surgiu da necessidade de se apresentar uma resolução para a problemática em questão: como reproduzir a realidade do cotidiano indígena no Brasil, em se tratando da Resolubilidade na Produção do Cuidado em Saúde, e sua prática entre os povos indígenas. Sendo assim, com base em Ciribelli (2003), precisaríamos, inicialmente, traduzir a situação-problema num produto de capacidades e competências, para depois propormos a elaboração de projetos exequíveis para a esta realidade.

Por essa razão, como afirma Santana (2010, p. 87), preocupamo-nos com a escolha de uma metodologia que nos orientasse nessa busca do conhecimento da realidade. Contudo, salientamos que não pretendemos “embaçar” nossa criatividade e talentos, por também consideramos estes elementos uma condição *sine qua non* para a evolução da própria metodologia selecionada. Visto que não se deve estagnar-se diante de uma determinada realidade, mas, adaptarmo-nos às mudanças que se mostrem necessárias durante todo o processo de pesquisa.

#### 3.1 Natureza do Estudo

Trata-se de um estudo bibliográfico com abordagem qualitativa, dentro de uma perspectiva que nos permitiu reconhecer a subjetividade como parte integrante do fenômeno social investigado. Para tal, atentamos para a necessidade de um aprofundamento da realidade do público-alvo e sua interface com o campo da Saúde Coletiva.

Além do mais, de acordo Minayo (2010a), o método qualitativo busca descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados. Com isso, torna-se possível traduzi-los em forma de categorias científicas, por meio das quais expressamos o sentido de fenômenos do mundo social com o qual convivemos.

Assim, compreendemos que, numa pesquisa qualitativa, existe uma relação dialógica entre o mundo real e o sujeito, entre o mundo objetivo e o subjetivo de forma indissociável, a ponto de não ser passível de serem caracterizados em dados

numéricos. Por conseguinte, para Triviños (2009), os processos e significados são de maior relevância, em detrimento do resultado.

O autor ainda destaca que, na pesquisa qualitativa, dado a visão subjetiva, a expressão dos resultados surgirá com a totalidade de uma especulação, a partir de uma base coerente, lógica e consistente. Também ressalta o importante papel da descrição, que intenta captar não só a aparência do fenômeno, como também sua essência.

Corroboram nesta visão Assis e Jorge (2010), ao trazerem o debate da pesquisa qualitativa para o campo Saúde. Para eles, imensa é a demanda de conhecimentos distintos e de abrangência interdisciplinar, com diversos saberes teóricos e práticos sobre o processo saúde-doença, o processo de trabalho, as políticas e as avaliações de serviços e programas de Saúde.

Nesta abordagem, entendemos que a pesquisa bibliográfica não se configura uma repetição de um tema que foi escrito ou publicado. Antes, possibilita a visão desse tema sob um novo olhar ou, numa outra abordagem, o que poderá levar a resultados e soluções transformadoras de uma dada realidade.

### 3.2 Procedimento para sistematização do estudo

Assim, após **definirmos o tema** deste estudo – *Resolubilidade da Produção do Cuidado na, na Estratégia Saúde da Família na Atenção à Saúde Indígena no Brasil: uma (in) visibilidade na prática?* Fizemos o recorte deste objeto de estudo, com destaque para à Atenção à Saúde Indígena. Consideramos as bases de dados da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), visto que inclui as bases Bireme<sup>10</sup>, Lilacs<sup>11</sup> e Scielo<sup>12</sup>, que reúnem as revistas da área de Saúde Coletiva e o Portal de Periódicos

---

<sup>10</sup> **Bireme:** (Biblioteca Regional de Medicina) - Centro Latino Americano e do Caribe em Informação em Ciências à Saúde. É um centro especializado da OPAS, em colaboração com o Ministério da Saúde, Ministério da Educação e a Universidade Federal de São Paulo.

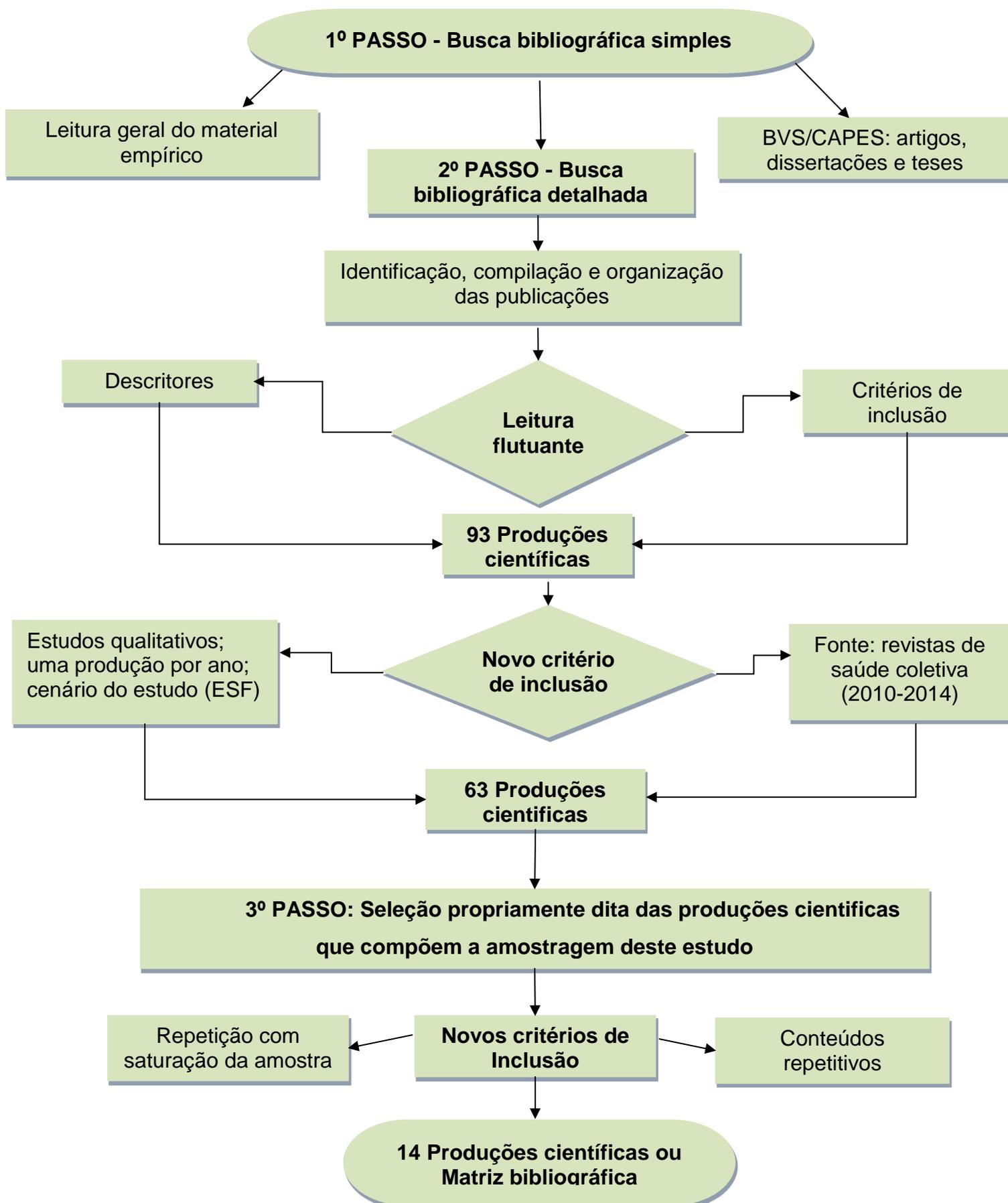
<sup>11</sup> **Lilacs:** é uma base de dados cooperativa da Rede BVS que compreende a literatura relativa às ciências da Saúde, publicada nos países da América Latina e Caribe, a partir de 1982. Atinge mais de 400.000 mil registros e contém artigos de cerca de 1.300 revistas das mais conceituadas da área da saúde, das quais aproximadamente 730 continuam sendo atualmente indexadas e também possui outros documentos, tais como: teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais.

<sup>12</sup> **Scielo - Scientific Electronic Library Online** é um projeto consolidado de publicação eletrônica de periódicos científicos, que disponibiliza de modo gratuito, na Internet, os textos completos de artigos de mais de 290 revistas científicas do Brasil, Chile, Cuba, da Espanha, Venezuela e de outros países da

da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Nele se concentram as dissertações e teses que já foram realizadas a respeito do tema proposto, e que faz parte do presente estudo.

Inicialmente, fizemos um levantamento preliminar nos periódicos nacionais e internacionais com sede no Brasil, todos da área de Saúde Coletiva nas bases de dados já referidas com seus respectivos descritores: Resolubilidade, Produção do cuidado em Saúde, Saúde da População Indígena, Processo do cuidar/Produção do cuidado, Saúde da Família, Estratégia Saúde da Família e Saúde Indígena, compreendidos no período de 2010 a 2014. A partir desse levantamento encontramos teses de doutorados, dissertações, artigos, livros eletrônicos e editoriais que apresentaram relevância com o tema. Em seguida, desenvolvemos uma metodologia, de acordo o recorte abordado neste estudo, seguindo os critérios de inclusão e exclusão do detalhamento de dados que fariam parte da pesquisa em questão, como se pode verificar a seguir.

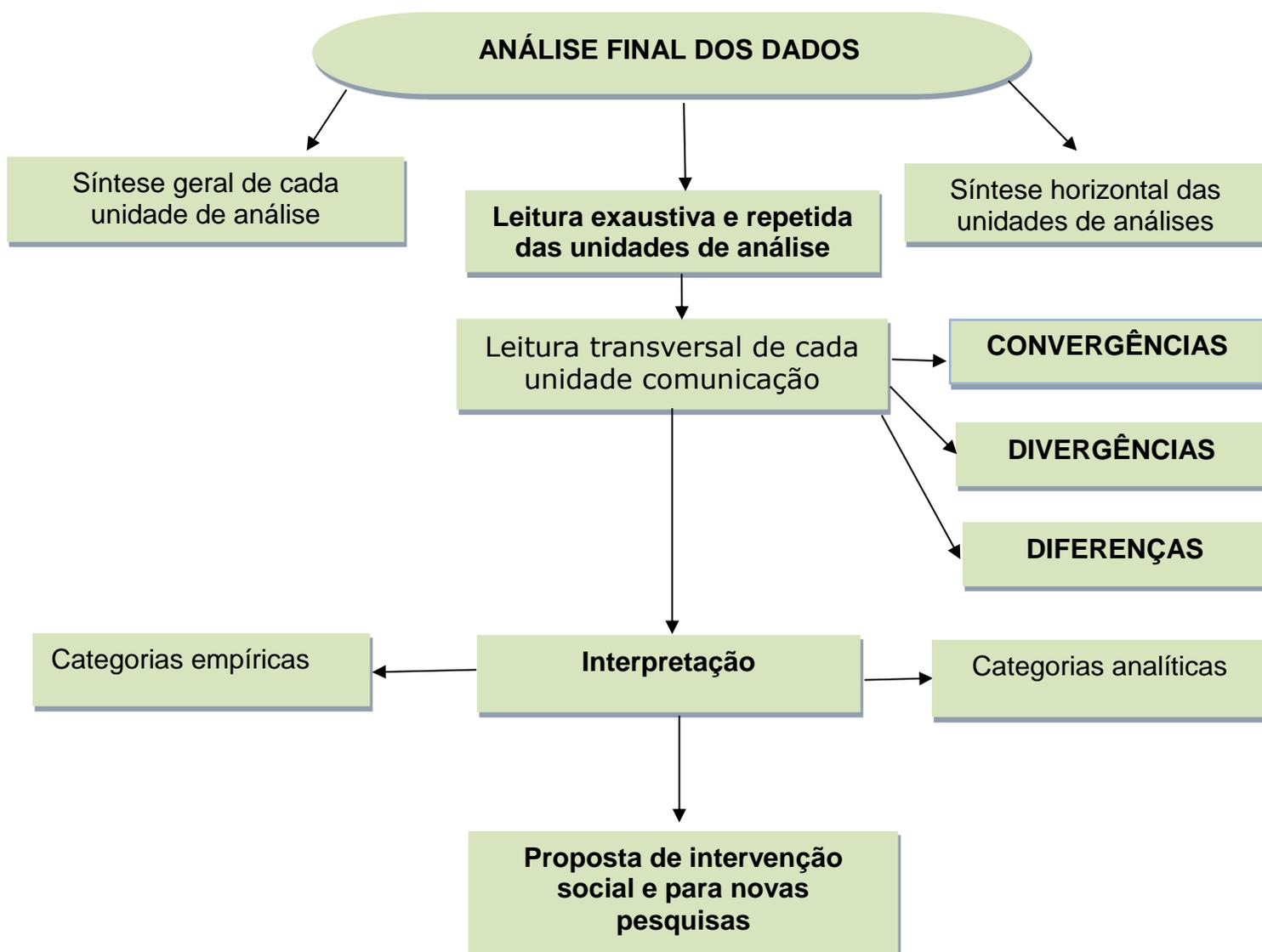
**FLUXOGRAMA 1**  
**DESENVOLVIMENTO DA METODOLOGIA DA PESQUISA**



## 3.3 Método de Análise dos Dados

## FLUXOGRAMA 2

## DESENVOLVIMENTO DA METODOLOGIA DA PESQUISA



FONTE: A autora.

### 3.4 Questões Éticas

Segundo Schramm e Kottow (2000), os Comitês de Ética em Pesquisa surgem com a tarefa de considerar as condições de incertezas no desenvolvimento das pesquisas, ponderando os conflitos de maneira imparcial, sem deixar de proteger a parte mais frágil, que é quase sempre o sujeito ou população investigada. Porém, isso pode também não ocorrer, devido à postura do próprio pesquisador que, pressionado por agências financiadoras das pesquisas, pela estrutura competitiva da pesquisa e por outros valores imperantes, acaba não agindo com imparcialidade, coerência e justiça.

Por isso, mesmo sendo um estudo bibliográfico, procuramos resguardar e respeitar os conteúdos dos estudos envolvidos nesta pesquisa, sem deturpá-los, seguindo os princípios de ética na pesquisa em Saúde, tais como: autonomia, justiça, não maleficência, beneficência, equidade, dentre outros. Assim procedemos em respeito à comunidade científica e ao Estado, de acordo com o que é proposto pela Resolução de nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), mesmo não sendo uma pesquisa com seres humanos.

Enfim, este presente estudo respeitou os princípios da ética em pesquisa, no sentido de não mutilar as informações contidas nas produções pesquisadas, conforme o contido nas publicações dos dados nacionais e internacionais já mencionadas neste estudo.

#### 4 RESOLUBILIDADE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE DO POVO INDÍGENA NA ESF: o descompasso entre a política oficial e a prática



Figura 5 – Menino *watebremi* comendo arroz.  
Fonte: (DELUCI; PORTELA, 2013).

**Não pretendo negar a existência de conflitos na luta pela hegemonia da medicina acadêmica ou da medicina popular, mas que é preciso admitir a existência de um espaço para que grupos não hegemônicos se manifestem (agentes populares de cura), comportando identidades, crenças, valores e linguagem própria, sem, contudo, cair no viés romântico e populista (NASCIMENTO, 1997, p. 105).**

#### 4 Análise e Discussão dos Resultados

A Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena no Brasil é permeada pelos dilemas e desafios de uma Produção de Cuidado, considerando sua complexidade na busca da resolubilidade da Atenção no âmbito do SUS. Com base na análise dessa Política, é indiscutível a necessidade de se verificar como esse subsistema tem atuado para ofertar uma Atenção Diferenciada, cujo objetivo-fim é a resolubilidade. Com isso, somos levados a contemplar os diversos aspectos que permeiam essas discussões, considerando as concepções de saúde e doença na perspectiva da medicina tradicional praticada por estes povos.

De maneira geral, os povos indígenas concebem a doença como a intervenção de alguma força da natureza, seja como reação da própria natureza ou, fruto de uma ação provocadora por pajés, xamãs ou benzedeiros (LUCIANO, 2006, p. 175). Sendo assim, como implementar uma prática de Saúde, com plena resolubilidade e, com uma aceitação para uma população indígena, a qual atribui o estado de saúde e doenças às diversas forças intrínsecas da natureza?

Para os povos indígenas, existem duas maneiras de se contrair doença: por provocação de pessoas (ou seja, a doença é como um feitiço) ou, pela provocação da natureza<sup>13</sup> (isto é, uma reação a males causados por uma determinada força da natureza). Isto é muito importante porque, para os povos indígenas, não existe doença natural, biológica ou hereditária. Ela é sempre adquirida, provocada e merecida, ora por um fator moral, ora, por um espiritual. A saúde, sim, é natural, na cultura indígena. Pois é a própria vida, uma dádiva da natureza. Mas, sua manutenção depende de permanente vigilância e cuidado, diante dos chamados espíritos maus da natureza. Portanto, a doença propriamente dita tem sua origem na natureza, seja como uma reação dela mesma ou, quando é provocada ou manipulada pelos homens. Nesse ínterim, destaca-se o papel do pajé<sup>14</sup> como profundo conhecedor dos segredos e das capacidades da natureza (LUCIANO, 2006, p. 173).

---

<sup>13</sup> **A concepção indígena de natureza**, é substancialmente dualista, composta por seres naturais e sobrenaturais, formando um todo único. Assim, todos os seres vivos ou não-vivos, reais e materiais possuem também suas dimensões espirituais. Uma planta, por mais simples que seja, possui seu espírito, geralmente conhecido como “mãe”, uma espécie de ancestral protetor. Deste modo, quando uma pedra sagrada é violada por alguma pessoa, a ‘mãe’ ou o ‘espírito’ dessa pedra reagirá vingando tal violação, provocando doença e/ou morte da pessoa (LUCIANO, 2006, p. 173).

<sup>14</sup> **O pajé** é uma espécie de intermediário entre os seres naturais e os sobrenaturais, desde a criação do mundo, quando os seres humanos e os não humanos violaram as primeiras regras da natureza, da qual eles faziam parte, por se comportarem de forma distinta ou superior a ela. Por esta razão, o pajé

Outrossim, compreendemos que a Saúde, no contexto indígena, não se constitui como espaço autônomo ou isolado, mas, refere-se às questões mais gerais das relações sociais com a natureza, da cosmologia, da organização social, do exercício do poder, dentre outros. Corroborando com tal assertiva, Minayo (2010 b, p. 123), ao sinalizar que, do ponto de vista marxista, as análises sobre o campo da saúde e da doença precisam se fundamentar historicamente, defende que

O campo da medicina e da saúde coletiva constitui-se de instâncias de poder econômico, político e ideológico. Na sociedade contemporânea, altamente tecnicizada, a ciência e a tecnologia desenvolvidas na área se transformaram em motores potentes de desenvolvimento e espaços de disputas de poder e de interesses econômicos. Saúde e doença, portanto, precisam ser tratadas como processos fundamentados na base material de sua produção, além de se levar em conta as características biológicas e culturais em que se manifestam.

Corroborando com tal assertiva, Franco (2004, p. 13) afirma que o referencial simbólico sob o qual os índios atuam e constroem a realidade social deve ser considerado, principalmente quando se trata das concepções de saúde e doença. A produção do cuidado nessas comunidades pressupõe a compreensão e o respeito à sua cultura e religiosidade, sendo os ritos xamânicos<sup>15</sup> muitas vezes considerados dispositivos terapêuticos. Nesta perspectiva, Deleuze e Guattari (2010, p. 150) sugerem a esquizo-análise para a compreensão desses fenômenos.

[Definem] a esquizoanálise por dois aspectos: a destruição das pseudo-formas expressivas do inconsciente e a descoberta dos investimentos inconscientes do campo social pelo desejo. É dentro deste ponto de vista que é preciso considerar muitas curas primitivas: elas são a esquizoanálise em acto.

---

tanto tem o poder de curar doenças, como forma de restabelecer o equilíbrio das coisas, quanto pode provocar doenças ou morte, com a mesma finalidade de estabelecer o equilíbrio natural. Nesse sentido, o papel do pajé vai além daquele que pode curar ou provocar doenças, porque ele também exerce a função de ser o protetor da natureza (LUCIANO, 2006, p. 173).

<sup>15</sup> **Os ritos xamânicos** são a expressão do inconsciente coletivo, que acessa e opera um nível simbólico de significação da realidade. Eles servem como dispositivo para a cura de muitos males que afetam a saúde dos índios, segundo Deleuze; Guattari (2010). Os rituais são uma forma de operar diversos canais de representação simbólica, que significam a ação esquizoanalítica e têm o objetivo de liberar sua energia criativa, criadora e produtiva, recuperando para os índios bens simbólicos, como autoestima, afirmação como sujeito, domínio sobre a realidade que o cerca, construção de novas subjetividades, poder de atuar sobre o mundo. Isto é altamente terapêutico (FRANCO, 2004, p. 13 e 14).

Para esses autores, o desejo dos sujeitos individuais e coletivos é um grande propulsor para a construção do campo social. Na visão de Franco (2004), o desejo se encontra em nível do inconsciente, mas atua fortemente sobre a realidade. Por exemplo: implementar um novo modelo assistencial à saúde, que seja produtor do Cuidado, depende da ação desejante dos diversos atores implicados na questão indígena, além de gestores, técnicos, dos próprios índios. Isto é, vai muito além da prática do mero conhecimento técnico necessário. Portanto, a mudança está vinculada à subjetividade, que se expressa no ato de desejar e, efetivamente, atuar na transformação da realidade.

Assim, de posse destes conceitos do processo de saúde e doença na dimensão da concepção indígena, iniciaremos a análise de um artigo, um estudo de Franco (2004), intitulado *Modelo Assistencial para Saúde Indígena: DSEI/MG/ES*. Neste trabalho, explica-se que, para se construir um modelo de produção do cuidado aos índios Maxakali, em especial, é necessário primeiramente desmontar as “máquinas de morte” presentes em suas populações, que são a desnutrição e o alcoolismo. O termo “máquinas de morte” nos chama atenção por se tratar de uma forte expressão que é utilizada para sinalizar os índices de Morbidade entre os índios da área de abrangência do DSEI-MG/ES, distribuídas por grupo de doenças, conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID10).

Assim, por considerar que a resolubilidade é uma resposta efetiva para os problemas de saúde demandados da população indígena, com vistas à produção de um cuidado literalmente integral, decidimos por utilizar as dimensões de análises da produção do cuidado em saúde elaboradas por Assis, Nascimento e Lima (2010, p. 31). Elas servirão como parâmetro nas análises e, conseqüentemente, para melhor subsidiá-las. Para tanto, destacamos, a seguir, os seis dispositivos dimensionais da produção do Cuidado que serão discutidos nas análises e nos resultados deste trabalho. São eles: acesso aos serviços de Saúde; acolhimento; vínculo; coordenação ou responsabilização pela produção do cuidado; formação profissional para o SUS; e resolubilidade.

Considerando-se tais dimensões, vimos nos estudos sobre a produção do Cuidado no contexto indígena que há um consenso por parte dos estudiosos no assunto, em se tratando das ações de Saúde que lhe são ofertadas. O E3, *Representações sociais do cuidado entre trabalhadores que atuam em contextos de interculturalidade na Atenção à Saúde Indígena* (FALKENBERG, 2014) e o E6, *Saúde*

*e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual* (CARDOSO, 2014), referem-se às dificuldades dos trabalhadores de Saúde não indígenas para trabalharem com sua diversidade cultural, repercutindo, inclusive, na “pouca resolubilidade das ações de saúde”, como se observa nos fragmentos a seguir.

As **dificuldades dos trabalhadores não indígenas para trabalharem com a diversidade** fazem refletir sobre a necessidade de modificações nas rotinas de trabalho, **devido às distâncias das aldeias**, pouco tempo para aprofundar relações que favoreceriam a **formação de vínculos** (grifos nossos) entre profissionais e comunidades (E3).

A **baixa resolubilidade das ações em saúde** nos distritos sanitários indígenas, marcadas por **carências de profissionais habilitados** para atender à população local; alta rotatividade dos profissionais em área; **falta de recursos** (grifos nossos) de infraestrutura e equipamentos para as ações operados pelos DSEI (E6).

Como se pode concluir, em ambos os fragmentos dos referidos estudos apresentam-se convergências sobre a fragilidade e a inadequação do modelo de Saúde ofertado aos povos indígenas. Visto que sua prática não contempla, entre outros aspectos, as diversidades culturais inerentes aos povos indígenas, enquanto usuários dos serviços de Saúde, especificamente falando, das unidades Saúde da Família (USF). Como consequência, temos uma prática de Saúde descontextualizada e com baixa resolubilidade nas ações e nos serviços prestados à população indígena.

Desse modo, Bandeira e Gomes (2012) defendem que valorizar e promover práticas de Saúde tradicionais, seja por questões, culturais, econômicas ou, pela dificuldade de acesso à medicina convencional, é de extrema importância para tais comunidades. Além disso, tais conhecimentos devem ser registrados e valorizados. Mas, sobretudo, é necessário que sejam considerados nas políticas públicas de Saúde que são dirigidas a essas populações.

Retornando ao conteúdo no excerto do estudo E3, ressalta-se que uma das dificuldades encontradas pelos trabalhadores não indígenas é a questão do acesso geográfico que, inclusive, até interfere na descontinuidade do vínculo trabalhador – usuário – serviço. Consequentemente, limitam-se ações e/ou serviços de Saúde, representando, portanto, um dos nós críticos para o alcance da resolubilidade das necessidades de Saúde dos usuários indígenas nesses contextos.

Como vimos, os E3 e E6 fazem referência à carência de profissionais habilitados para atender os povos indígenas. Sobre essa questão, no E9, *Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de*

*trabalhadores para atuação em contextos interculturais* de Diehl e Pellegrini (2014), reforça-se o fato de que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) falam genericamente sobre a formação humanista, não priorizando aspectos que envolvem a diversidade étnica. Assim,

**A formação [profissional de saúde] em nível de Graduação está longe de contribuir para a atuação em contextos interétnicos e interculturais.** As DCN's falam genericamente de formação humanista, não priorizando aspectos que envolvem a diversidade étnica, **o que resulta na não preparação para o trabalho com os povos indígenas** (grifos nossos) (E9).

No entanto, entendemos que essa realidade da formação do profissional de saúde é realmente um nó crítico na Atenção à saúde dos povos indígenas, uma vez que é urgente uma formação profissional que seja capaz de contemplar saberes e práticas que valorizem os saberes da medicina popular praticadas nos contextos indígenas. Contudo, respeitando-se sua cultura, as crenças, os costumes, valores, dentre outros aspectos.

Em Brasil (2002a) reitera-se que as instituições de ensino e pesquisa precisam ser estimuladas a produzir conhecimentos e tecnologias adequadas para a solução dos problemas de interesse das diversas comunidades, incluindo as indígenas. Também apresenta quais são as alterações necessárias à reformulação do currículo regular.

Ademais, considerando a análise dimensional do dispositivo Formação Profissional para o SUS, proposta por Assis, Nascimento e Lima (2010), significa dizer que se faz necessário compreender a Atenção Básica como uma área que requer formação específica e capacitação da equipe de Saúde. Uma vez que somente assim serão desempenhadas a contento suas funções na produção do Cuidado em Saúde. Portanto, a formação profissional é considerada fundamental e precisa ser articulada ao processo de educação permanente dos profissionais que atuam na ESF, buscando-se a reorientação de um modelo de Atenção que exige transformações importantes no processo de formação e no trabalho dos agentes envolvidos.

No entanto, apesar da relevância da formação e educação permanente dos profissionais de Saúde, segundo esses autores, é preciso que haja de fato uma assistência diferenciada no contexto das comunidades indígenas, e, neste caso, deve-se levar em consideração o protagonismo do Agente Indígena de Saúde (AIS) desde sua formação, incorporação e participação como mediador entre a equipe de saúde e os usuários indígenas.

Contudo, muitas vezes o AIS se mostra conflituoso, ambíguo e contraditório no que se refere à finalidade de seu processo de trabalho, como foi explicitado no E1, *Processo de Trabalho do Agente Indígena de Saúde: inter-relação étnica e cultural na Atenção Básica de Saúde no contexto Kiriri* (BASTOS, 2012) e no E5, *Contribuição dos Agentes Indígenas de Saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros* (DIEHL; LANGDON; DIAS-SCOPEL, 2012). Para eles,

**O AIS, ao vivenciar conflitos devido a sua posição de 'fronteira'** (grifos nossos), ele deve tomar decisões embasadas em uma visão cultural que também é sua. No entanto, nesta posição, será também cobrado o seu posicionamento direcionado ao ponto de vista biomédico (E1).

Em que pese a **importância dada ao papel do AIS**, esta análise demonstra um conjunto de ambiguidades e contradições que dificulta o seu desempenho e uma contribuição maior para a **atenção diferenciada** (grifos nossos) (E5).

Nos fragmentos desses estudos há também uma convergência em se tratando da visão dos autores quanto à atuação do Agente Indígena de Saúde como sendo um integrante da Equipe Multidisciplinar Saúde Indígena (EMSI). Visto que a posição que o AIS ocupa poderá evidenciar o lugar social com valor político. Por ele pertencer àquela etnia, seja a pessoa mais competente para intermediar as relações com sua comunidade e os demais profissionais de Saúde, numa interação que poderia valorizar o seu processo de trabalho.

Entretanto, diante das contradições e conflitos dos AIS como trabalhador da ESF, questionamos como foi a sua formação para trabalhar numa outra lógica, a de gerir a Saúde com uma visão de mundo diferentes da sua cultura. Apesar de entendermos a importância do AIS, a realidade no contexto da Saúde Indígena no Brasil, em alguns Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), o trabalho dos AIS tem se limitado à distribuição de medicamentos e, à intermediação (tradução) das demandas de suas comunidades, o que está referenciado nos estudos E1 e E5. Citando o conteúdo no E5, *Contribuição dos Agentes Indígenas de Saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros* (DIEHL; LANGDON; DIAS-SCOPEL, 2012), os pesquisadores ratificam que

A incorporação dos AIS na atenção primária indígena é caracterizada, sobretudo, pela possibilidade de acesso e **distribuição de medicamento e pela função de comunicação com a comunidade** (grifos nossos) (E5).

Percebemos então que, infelizmente, agentes indígenas de Saúde acabam também sendo 'cooptados' pelo modelo biomédico, e muitos deles o incorporam e o valorizam, desconsiderando os saberes, práticas e valores culturais para o atendimento diferenciado à sua gente. Não obstante, contrapondo-se a tal realidade, no E1, *Processo de Trabalho do Agente Indígena de Saúde: inter-relação étnica e cultural na Atenção Básica de Saúde no contexto Kiriri* (BASTOS, 2012), defende-se a necessidade de ressignificação do trabalho do AIS, de forma a contemplar todos os sujeitos envolvidos no processo saúde-doença (gestores, profissionais da EMSI, usuários e AIS). O objetivo é formar Redes Rizomáticas entre sujeitos ímpares, com desejos e visões de mundo diversas, mas, com a finalidade de se prestar um atendimento diferenciado aos povos indígenas.

Nessa visão, Deleuze e Guattari, (2010) compreende Redes Rizomáticas como um sistema conceitual aberto da estrutura do conhecimento que não estabelece começo nem fim para o saber. Nesse sistema, a multiplicidade surge como linhas independentes que representam dimensões, territórios do real, modos inventados e reinventados de se construir realidades, que podem ser desconstruídos, desterritorializados.

Além disso, oficialmente, os serviços de Atenção Básica da população indígena devem ser realizados na aldeia – por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde -, nas unidades de saúde, pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). Esses serviços devem ocorrer periodicamente, conforme o planejamento das suas ações (BRASIL, 2002 a). Todavia, concretamente, nesses contextos, encontramos nos estudos analisados inúmeras dificuldades do acesso geográfico até o organizacional, em se tratando de serviços básicos, como consultas, exames, procedimentos ambulatoriais e demais especialidades, conforme destacados nos estudos E3 e E6. Na prática, também se confirmou a falta de profissionais habilitados para trabalhar a diversidade cultural (E3, E5, E6, E9), o que reforça a importância do trabalho dos AIS, contribuindo na resolução de problemas de suas comunidades.

Mas, se compararmos o dispositivo Acesso, com base na dimensão de análise da produção do Cuidado em Saúde proposta por Assis, Nascimento e Lima (2010), sendo esse Cuidado caracterizado como acesso geográfico, é imprescindível a localização de uma unidade de Saúde próxima da população. Assim, o chamado acesso organizacional / funcional atenderá nos horários e dias em que estará aberta para auxiliar os usuários. Também ocorrerá, como afirma Starfield (2004), um controle

e, um certo grau de tolerância para as consultas não agendadas, e, com isso, a população perceberá as resolubilidades dessas demandas de Acesso. Porém, percebemos uma contradição na realidade social no contexto indígena dos estudos analisados, evidenciando um grande descompasso entre a aplicabilidade da política oficial indigenista e sua prática.

Quanto à produção do Cuidado, nos estudos analisados, as questões vinculadas ao contexto da Saúde Indígena demarcam uma possibilidade de se congregarem em si, por se tratarem de preocupações inerentes às relações estabelecidas entre os profissionais de Saúde, indígenas e familiares. Bem como a sua realidade diante da estrutura disponível, as condições de acessibilidade e a forma de condução da própria assistência. Diante da realidade caracterizada, quanto à produção do Cuidado em Saúde, a respeito dos dispositivos *acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização e formação de profissional para o SUS*, vemos como são fundamentais para um Cuidado culturalmente coerente com as necessidades de Saúde das sociedades plurais, como as indígenas. E, principalmente, que se alcance um grau de *resolubilidade* desejável para seus usuários.

Nesta perspectiva, segundo Merhy (2002), o trabalho em Saúde difere de outros processos laborais, porque ele é centrado no trabalho vivo em ato. Além disso, a depender da tecnologia que se utilize para este fim (leve, leveduras ou duras<sup>16</sup>), o profissional realizará diferentes modos de produção do Cuidado. Isto é, esse Cuidado terá baixa ou alta resolubilidade como resposta às demandas de Saúde.

Da mesma forma, pautadas nestas concepções, no Brasil, o modelo de Saúde vigente ainda é hegemonicamente biologicista e muitas vezes não contempla as necessidades inerentes dos povos indígenas. Visto que não há espaços para a construção de conhecimentos e práticas conjuntas, como se propõe no modelo de Atenção à Saúde Indígena Diferenciada pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), em vigor. Seu propósito é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral, à saúde, de acordo com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural,

---

<sup>16</sup> As **tecnologias do trabalho em Saúde** são classificadas em três categorias: **tecnologias leves** - aquelas referentes às relações entre o profissional de Saúde e o usuário; ou seja, é o trabalho vivo em ato que se expressa por meio das práticas de acolhimento, vínculo, responsabilização, autonomia, escuta qualificada, cuidado ampliado em saúde; **tecnologias leve duras** - referentes ao conhecimento técnico, por ter uma parte dura, uma leve, que é o modo inerente em que o trabalhador aplica, podendo assumir diferentes formas; **tecnologias duras** - são as tecnologias relacionadas a máquinas e instrumentos (MERHY, 2005, p.50).

geográfica, histórica e política. Também deve favorecer a superação dos aspectos que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (BRASIL, 2002 b, p. 13).

No E4, intitulado *Política e intermedialidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena* (NOVO, 2011), faz-se uma referência a um modelo de Atenção Diferenciada ineficaz. Isso porque afirma que

É possível notar, então, que os conflitos existentes entre as lideranças e os AIS e os órgãos responsáveis pela gestão de Saúde não se localizam na coexistência de distintos sistemas terapêuticos, mas sim, na formulação de um **modelo de Atenção Diferenciada** pouco clara e que muitas vezes não contempla as **demandas específicas dos agrupamentos indígenas** (grifos nossos) (E4).

Este estudo se coaduna com a nossa atuação profissional com os indígenas de Banzaê-BA, no ano de 2013. Pois, no decorrer do exercício de nossas atividades profissionais, era frequente vivenciarmos situações que dificultavam a prestação da assistência e o planejamento das ações de Saúde necessárias aos cuidados indígenas. Quer uma consulta com um especialista, quer encaminhamentos para os serviços de Saúde de média e alta complexidade, as dificuldades sempre surgiam. Ademais, trazemos também o exemplo das campanhas de vacinas nas aldeias quando, mesmo sendo feito o planejamento das ações antecipadamente, com agendamento de carros, motoristas, capacitação dos profissionais e articulação com outros setores, comumente enfrentamos obstáculos para realização desse trabalho de campo.

Ressaltamos que, por serem as aldeias distantes da zona urbana onde se localizava o Polo-Base de Ribeira do Pombal, a equipe percorria em média 100 Km ou, 60 minutos de carro, até chegar ao local do trabalho. E, se o tempo estivesse chuvoso, não tínhamos condições de chegar às localidades mais distantes, devido, principalmente, às péssimas condições de acesso geográfico – que, nesse caso, eram intransponíveis para o carro de ‘passeio’ que tínhamos à nossa disposição.

Muitas das ações planejadas não eram operacionalizadas no dia a dia de nosso processo de trabalho, devido a determinantes que diziam respeito às demandas de Saúde dessas comunidades indígenas. Logo, a prática de uma Atenção diferenciada, resolutiva, integral e igualitária, como propõe a PNASI, sempre era um desafio. Compreendemos, portanto, que o acesso aos serviços de Saúde, mais uma

vez, se constitui uma barreira que engessa o subsistema responsável pela atenção à Saúde desses povos.

Assim, o Ministério da Saúde/MS (BRASIL, 2002 a) preconiza, de acordo com a PNASPI, que os Polos-base são a primeira referência para as EMSI que atuam nas aldeias. Os polos podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência. A maioria dos agravos à Saúde deverá ser resolvida nesse âmbito geográfico-institucional.

Todavia, segundo o MS, as demandas que não forem atendidas em termos de resolutividade pelos Polos-base devem ser referenciadas para a rede de serviços do SUS, que deve estar articulada, atuando como incentivadora para a prestação de serviços. Isso, de acordo com a realidade de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). As redes de média e alta complexidade do SUS devem servir de retaguarda para os problemas de Saúde que, eventualmente, não forem solucionados pelas EMSI em nível de cada DSEI. Os procedimentos de referência e contrarreferência devem ser instituídos no sentido de garantir a plena articulação entre o subsistema e, o SUS. Entretanto, no E10, de Errico (2011), *Acesso e utilização dos serviços de saúde da População da etnia Xakriabá, norte de Minas Gerais*, reitera que

**A resolutividade dos serviços pode ser medida pelo acesso ao tratamento medicamentoso**, cujo suprimento e disponibilização representam o resultado de um conjunto de ações **que privilegiam as ações curativas** (grifos nossos) como prática assistencial, semelhante à realidade da assistência à Saúde oferecida a outros grupos populacionais, em diferentes contextos sociais (E10).

Em contraste com essa realidade, Oliveira (2009) defende que a resolubilidade de um serviço de Saúde está implicada com a capacidade do serviço em assegurar o atendimento em direção ao cuidado integral, através de respostas efetivas ao conjunto de necessidades de saúde dos usuários. Seja por meio de ações diretas das equipes de Saúde, a partir de uma atuação interdisciplinar, seja em relação à capacidade de propor alianças, tendo em vista a intersetorialidade, o usuário deve ser atendido em todas as suas necessidades.

Porém, para isso, a autora sugere o uso de estratégias julgadas necessárias, tais como: acolher, integrar, aprofundar e reinventar os saberes e práticas no campo da Saúde. Bem como atuar de modo contextualizado, com a prática da valorização da Atenção Básica, a partir das ações de promoção e de prevenção e articulação com os serviços de maior complexidade. Da mesma forma, para Assis, Villa e Nascimento

(2003), o acesso assume seus contornos quando amplia suas dimensões ao entendimento do contexto histórico-social, das condições socioeconômicas, da educação e cultura. Tudo isso se traduz nas dimensões geográfica, econômica, funcional, cultural e comunicacional.

Outrossim, defendemos uma produção do Cuidado à Saúde dos povos indígenas de forma que esse acesso oportunize uma assistência comprometida com as suas necessidades de Saúde, na medida em que a organização dos serviços seja estruturada e capaz de possibilitar aos seus usuários o direito de serem assistidos. Sem esquecer o respeito a suas particularidades e singularidades.

Tais preocupações são levantadas por Bastos, Assis, Nascimento e Oliveira (2011) quanto à necessidade de reflexão sobre as práticas em Saúde, principalmente, no que concerne à busca de se dar maior espaço à realização de ações conjuntas, que não concentrem esforços paralelos entre os diferentes integrantes das equipes de Saúde. Também não se deve vislumbrar um atendimento apenas centrado em consultas e prescrição. Nesse sentido, segundo Franco (2004), a resolubilidade adentra nesse contexto como uma ferramenta de imprescindível valor para análise da qualidade do Cuidado prestado à população. Entretanto, a ocorrência qualitativa dependerá de um equilíbrio entre essas forças, que são responsáveis pelas garantias das ações em Saúde, tendo em vista que os modelos de atendimento, as equipes e a própria visão do Cuidado são alvo de reflexões.

De modo geral, percebemos que o acesso é discutido nos serviços e práticas demandados. Ou seja, analisa-se qual foi o seu grau de atendimento e, de que forma os usuários são integrados a esses serviços. Um ponto importante que, para Campos (2007), não envolve apenas a evidenciação dos investimentos disponibilizados para atendimento às demandas envolvidas, tem a ver, principalmente, com o tipo de atendimento que de fato lhe está sendo prestado, e como as equipes de Saúde estão preparadas para garantir a efetividade desse atendimento.

Desta maneira, nos deparamos com o desafio atual de fomentar uma produção do Cuidado em Saúde que promova a Atenção Diferenciada e que transversalize os diferentes aspectos da vida dos usuários indígenas. Para isso, faz-se necessário reestruturar os serviços e definir as ações de Saúde em consonância com as necessidades e demandas apresentadas pelos povos indígenas, tendo em vista a iminente necessidade de uma Resolubilidade da Produção do Cuidado em Saúde.

Por outro lado, baseado na dimensão de análise proposta no início desta pesquisa, e, levando-se em consideração o dispositivo *resolubilidade*, entendemos que o modelo de Atenção à Saúde Indígena não deve ser igual ao da população urbana. Isso porque deve se adequar à cultura, à tradição do público-alvo em questão e, a todas as suas especificidades para alcançar a chamada *resolubilidade*, numa Atenção efetivamente diferenciada, como mostra o E7 – *O modelo de atenção à saúde bucal no Médio e Baixo Xingu: parcerias, processos e perspectivas* (LEMOS; HIROOKA; NUNES, 2010).

O modelo de Atenção não introduziu apenas novas tecnologias para o tratamento das doenças cárie e periodontal, mas sim, uma nova filosofia e conceitos: **as ações de promoção são descentralizadas e multiplicativas, uma vez que são compartilhadas com agentes indígenas de Saúde, professores, pajés, pais e outros, (...)**. As parcerias possibilitaram a horizontalização das ações de saúde bucal e sua integração com outras áreas da Saúde. A integralidade na atenção não se limitou ao simples atendimento à demanda espontânea, **mas desenvolveu meios de sensibilizar no indivíduo a importância das ações coletivas de ampla resolução** (grifos nossos) (E7).

No E7, o êxito da Equipe de Saúde Bucal da ESF é justificado devido ao trabalho desenvolvido pela equipe, porque as ações de Saúde aconteceram de modo coerente com a realidade cultural da comunidade indígena. Além disso, o fato de ter havido parceria com os AIS e a introdução de novas tecnologias para o tratamento da saúde bucal. Os autores, Lemos, Hirooka e Nunes (2010), citam algumas das ações desenvolvidas, como: adequação da prática de controle de infecção bucal nas aldeias; desenvolvimento de ações coletivas; organização da demanda assistencial a partir do levantamento de necessidades e da utilização de diversos espaços sociais; consolidação da prática efetiva de discussão local sobre as ações desenvolvidas com a população indígena.

Entendemos, portanto, que o modo como forem implementadas tais ações e os serviços de Saúde poderá trazer impactos de indicadores positivos, principalmente, pelo empenho da Equipe de Saúde Bucal em adaptar o seu processo de trabalho à cultura, tradição e às singularidades desses povos. Ademais, perceberemos a convergência desse estudo com o modelo de Saúde defendido por Franco (2004). Para ele, precisamos empoderar os povos indígenas para que eles próprios possam, com o tempo, virem a ser protagonistas da produção de sua própria Saúde. Com isso, tornar-se-ão sujeitos plenos, individuais e coletivos, o que romperá com um centenário ciclo de relações que os tornam meros sujeitados.

Todavia, se continuarmos a reproduzir ações impetradas pelo modelo de Saúde capitalista ocidental, e que tem orientado a produção do Cuidado dos profissionais de Saúde na atual conjuntura, totalmente descontextualizado da medicina tradicional praticada pelos indígenas, só aumentará as lacunas já existentes entre uma Atenção dita Diferenciada e uma Atenção à Saúde Formal. Esse fato fora reforçado no E8 – *Cultura, interculturalidade e processo saúde-doença: (des)caminhos na Atenção à Saúde dos Guaranis Mbyá, de Aracruz, Espírito Santo* (PELLON; VARGAS, 2010). Segundo os autores,

Os impactos da **imposição do modelo assistencial** que universaliza e padroniza as práticas em função de regulamentos e protocolos, **desconsiderando a influência cultural diante da enfermidade** (grifos nossos), merece considerações, pois vem sendo registrado em diferentes momentos da permanência dos Mbyá na região (E8).

Nesse estudo, defende-se a importância de um Cuidado no processo Saúde-doença culturalmente coerente com a visão de mundo de cada cultura, de modo a se adotar o conceito ampliado de saúde<sup>17</sup> e os determinantes sociais de Saúde<sup>18</sup>, doença e Cuidado, ancorados nos princípios do SUS de equidade, universalização e integralidade da assistência.

No entanto, do ponto de vista das sociedades plurais, Luciano (2006) entende que um dos desafios e dificuldades enfrentadas pelas comunidades indígenas é lidar com o modelo burocrático de organização social, política, econômica e de Saúde do não índio. Por serem obrigados a adotar nas suas comunidades o modelo de Saúde no formato atual, institucionalizado, não se respeitando o jeito de ser e de fazer dos povos indígenas. Assim o fazem para garantirem seus direitos de cidadania, assim como o acesso a recursos financeiros, tecnológicos e de Saúde.

Esta é uma realidade caracterizada pelos dilemas e anseios vivenciados pelos indígenas diante da estrutura atual, responsável pela produção do Cuidado à Saúde destes povos. Contudo, defendemos a prática de um diálogo intersetorial entre as equipes de Saúde, os gestores, as comunidades, lideranças (pajés, caciques, conselheiros), para a formação de uma rede de apoiadores com ações

---

<sup>17</sup> **Conceito ampliado de Saúde** – envolve o sujeito e suas relações com o ambiente e a sociedade e, a formulação de políticas compreendendo a atenção a grupos específicos (MATTOS, 2004).

<sup>18</sup> **Determinantes Sociais da Saúde**, segundo concepção da Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de Saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI, 2007, p. 78).

interdisciplinares conjuntas, de modo a articular os saberes e práticas tradicionais com a medicina ocidental. Dessa forma se resguardará a identidade étnica e poderão superar as barreiras culturais para o alcance de um Cuidado à Saúde realmente diferenciado, com uma resolubilidade e que contemple a diversidade inerente a este contingente social.

Nos estudos analisados vimos convergências quanto à intersubjetividade relacionada ao acolhimento, constituindo um dispositivo necessário para se garantir o fortalecimento das ações de Saúde. Tendo em vista que o acolhimento é um dispositivo capaz de (re)estruturar o cuidado integral em Saúde, transpondo os conceitos de patologia e de diagnóstico da doença (JORGE; PINTO; QUINDERÉ, 2011).

Tal perspectiva reforça a necessidade de o Estado ser capaz de conceber, por meio de seus modelos de assistência em Saúde, possibilidades de garantia de qualidade de vida, recuperabilidade e atendimento às necessidades dos usuários. No entanto, nem sempre essa realidade corresponde ao que é vivenciado pelas populações indígenas no Brasil, que convivem, muitas vezes, com a precariedade do atendimento de suas demandas.

O E6, *Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual* (CARDOSO, 2014), revela a coerência da apresentação do dispositivo acolhimento como um elemento dimensional de análises da produção do Cuidado, proposto no início deste estudo, visto que o autor defende uma escuta qualificada dos usuários que necessitam de atendimento a suas demandas, para se direcionar as ações. Estas são comunicacionais, sinônimas de atos de receber e ouvir as populações, dando-lhes uma resposta adequada a cada demanda, em todo o percurso da busca (recepção, clínica, encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta) (SANTOS; ASSIS; RODRIGUES; NASCIMENTO; JORGE, 2007).

Assim, compreendemos que, no contexto indígena, esse dispositivo poderá se tornar um diferencial na atuação dos profissionais, já que, em tese, são os interlocutores entre as necessidades de Saúde dos usuários e os serviços prestados, em busca da Resolubilidade das necessidades de Saúde da população. Nesse sentido, Oliveira (2009) concorda com tais estudos, ao afirmar que, para aumentar a resolubilidade das ações desenvolvidas na ESF, depender-se-á, em parte, de uma mudança de atitude profissional diante do usuário, numa postura de acolhimento com

esse usuário, compreendendo-se melhor as suas necessidades. Somente assim a capacidade de intervenção na realidade local poderia ser potencializada.

Para Pinheiro e Luz, (2003), o debate institucional sobre as formas mais adequadas de organização dos serviços de Saúde é que eles têm sido tratados apenas como campo de aplicação ou verificação de ideias, propostas ou modelos, geralmente sendo idealizados por planejadores ou gerentes, que querem fazê-lo acontecer, materializar ou concretizar, por meio de regras ou normas previamente estabelecidas. Sendo assim, os trabalhadores da Saúde parecem se perder em meio às rotinas, normas e, aos formulários para preenchimento de dados que alimentam sistemas de informação. Entretanto, todo esse aparato poderá limitar ou dificultar a realização do Cuidado com resolubilidade integral, humanizado, com acolhimento e, acima de tudo, aprofundado em termos de vínculos afetivos duradouros com os usuários.

Enfim, nos estudos analisados no contexto das sociedades indígenas fica notório que a cobrança pela qualidade dos serviços, muitas vezes, não traz consigo uma discussão e materialização sobre as realidades sociais das populações atendidas e sua diversidade cultural. Fala-se de realidade invisível nos conteúdos dos estudos analisados, deixando transparecer, muitas vezes, como parte de um “pacote econômico” de assistência que, ao invés de congregar as necessidades de sua demanda social, limita-se à prestação de serviços. Mas, generalistas, que fogem a dinâmica de um Cuidado resolutivo, integral e singularizado às necessidades dos seus usuários, fica-se preso a protocolos e ao frio imediatismo do modelo biomédico ocidental.

Dando prosseguimento às análises e discussões com base nos dispositivos dimensionais da produção do Cuidado assumidos neste estudo, citamos o E4, *Política e intermedialidade no Alto Xingu: do modelo à prática de Atenção à Saúde Indígena* (NOVO, 2011). Nele se defende que o modelo de atenção à Saúde Indígena no Brasil tem como fundamentos a atenção integral à saúde, associada à noção de atenção diferenciada, e prevê o respeito à diversidade cultural, buscando a incorporação de práticas terapêuticas tradicionais nos serviços de saúde destinados a atender essas populações. No entanto, a realidade aqui documentada mostra-nos uma dicotomia entre esse discurso, na teoria e na prática.

Concebemos o modelo assistencial de Saúde como uma organização dos serviços e práticas de Saúde para a produção do Cuidado a partir de determinadas

tecnologias assistenciais da área. Ressaltamos que essas práticas são implementadas dentro de um contexto social, político, ambiental e subjetivo, para responder às necessidades de saúde individual / coletiva dos usuários dos serviços de Saúde. Entretanto, não podemos ignorar que os cuidados de Saúde praticados pelos indígenas envolvem práticas diversas, como o uso de plantas medicinais e de diferentes rituais de cura, que refletem as concepções de Saúde envolvidas em sistemas de Saúde denominados Medicinas Tradicionais, conforme fora referido no E3, *Representações sociais do cuidado entre trabalhadores que atuam em contextos de interculturalidade na Atenção à Saúde Indígena* (FALKENBERG, 2014).

Considerando tais prerrogativas, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi criada com o objetivo central de atender as necessidades de Saúde específica das populações indígenas e direcionar as equipes multidisciplinares de Saúde para atuarem de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS. Contudo, o estudo de Cardoso (2014), *Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual* (E6), concluiu que essa articulação com o SUS ainda não alavancou na prática:

Observou-se **é que essa articulação ainda não foi promovida**, a não ser por meio de projetos ou iniciativas localizadas, mas tem sido uma fonte constante de **controvérsias sobre seu real significado e os desdobramentos subsequentes para sua efetiva implantação no contexto do SUS** (grifos nossos) (E6).

Vemos aqui que a proposição apresentada pelo autor diverge do que é preconizado pelo SUS e contraria as diretrizes da PNASI, que defende a articulação do sistema tradicional indígena de Saúde ao Sistema de Saúde Nacional. Assim como no E7, *O modelo de atenção à saúde bucal no Médio e Baixo Xingu: parcerias, processos e perspectivas*, de Lemos, Irooka e Nunes (2010), diverge do E6, e vem reforçar as diretrizes da PNASPI, pois, em quatro anos, o Programa de Saúde Bucal alcançou as metas estabelecidas pela equipe de Saúde. Entre elas, o acesso da população indígena aos procedimentos coletivos e individuais em locais onde não havia consultório odontológico.

Pela observação dos indicadores, já se torna perceptível a assimilação das comunidades indígenas ao recente modelo de Atenção Básica à Saúde Bucal, que a cada dia está sendo adaptado à cultura, à tradição e às singularidades desses povos (E7).

As divergências nos estudos E6 e E7, quanto à implantação do subsistema indígena e sua articulação com o SUS, é visível. O estudo E7 apresenta o êxito do

serviço ao adequar as práticas assistenciais à realidade cultural de sua população. Já no E6, as ações são pontuais e descontextualizadas da realidade local, o que dificulta a efetiva implementação do subsistema indígena e sua articulação com o SUS. No E2 *O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil* de Pontes, Rego e Carmelo (2014), eles analisaram a implementação do modelo de Atenção da Política Nacional de Saúde Indígena (PNASPI) no Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro, e concluiu-se que

A análise dos modelos a partir do ponto de vista dos sujeitos e grupos sociais, **tendo a autoatenção como foco**, possibilitou visualizar o pluralismo médico e articulação entre formas de atenção nos DSEI/RN. Considera-se que a análise da **autoatenção é o espaço privilegiado para se refletir** (grifos nossos) sobre essas características no subsistema de Saúde Indígena (E2).

Para os autores, essa forma de Atenção é um espaço privilegiado para a reflexão da efetividade das ações de promoção da Saúde. Perceberam ainda que, na prática, a produção do Cuidado passa por diversos atores, até chegar ao atendimento ideal, ajustando-se às formas de assistência à realidade cultural e às práticas dos usuários. Porém, questionamos: até que ponto seguir essa linha é caminhar na direção de um modelo racional para a produção do Cuidado resolutivo em saúde Esta questão é levantada pelos autores que, embora apoiem o dinamismo da assistência realizada, criticam, por outro lado, suas fragilidades. Isso porque, na visão deles, esse pluralismo médico existente nos territórios indígenas não se dá de forma homogênea, pondo em cheque o próprio modelo direcionado a esta população. Um primeiro aspecto a ser considerado talvez seja a 'ausência' dentro da própria PNASPI em se definir como realmente poderia ser chamado de Atenção Diferenciada. Tal aspecto assemelha-se com os achados no E8, de Pellon e Vargas (2010), que analisaram as tensões interculturais e os impactos no processo saúde- -doença na população Guarani Mbyá, do município de Aracruz, Espírito Santo. Segundo eles,

Os impactos da imposição do modelo assistencial que universaliza e padroniza as práticas em função de regulamentos e protocolos, desconsiderando a influência cultural diante da enfermidade, merece considerações, pois vem sendo registrado em diferentes momentos da permanência dos Mbyá na região (E8).

Esses autores perceberam a ausência de direcionamentos nas ações de saúde na busca da resolubilidade do cuidado integral à população, o que torna, portanto, a produção do cuidado invisível na prática. Contudo, de acordo com a

PNASPI (BRASIL, 2002 a), a qual define o Distrito Sanitário Indígena como um modelo de organização de serviços, orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visa a medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à Saúde.

Mas isso só ocorrerá com a reordenação da rede de Saúde e das práticas sanitárias, além do desenvolvimento de atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência com um controle social. Porém, observamos nos estudos analisados que, na prática, ainda existe o descompasso entre o que é preconizado no modelo de organização do subsistema indígena e a implementação efetiva dos serviços de Saúde recebidos por estes usuários. Nessa perspectiva, no E3, de Falkenberg (2014, p. 18), reitera-se a complexidade do trabalho em Saúde em contextos de interculturalidade:

Quando se trata do Subsistema de a Saúde Indígena, onde as práticas de atenção primária à saúde se dão no interior das comunidades indígenas, por meio das EMSI, há que se aprofundar ainda mais a reflexão sobre os encontros entre diferentes culturas e, conseqüentemente, diferentes concepções de saúde, doença e cuidados (E3).

Quanto à questão sobre a integralidade na assistência em Saúde às populações indígenas, envolve-se uma análise sobre a interculturalidade. Tal aspecto é reforçado pela PNASPI, ao reconhecer a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura. Para tanto, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a, p. 13), as diretrizes dessa caracterização são assinaladas na “preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural” e a “articulação dos sistemas tradicionais indígenas”, como forma de garantir o acesso dos povos indígenas a esta atenção integral. Entretanto, a realidade traduzida nos estudos E3, E6 e E9 são divergentes, em relação ao preconizado pelo Ministério da Saúde a respeito da preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural. O estudo de Falkenberg (2014) analisou as representações sociais do Cuidado em Saúde entre trabalhadores que atuam em equipes multidisciplinares no DSEI Litoral Sul/RS, junto à etnia *Mbyá-Guarani*, em três contextos:

[...] nesse âmbito foram identificados [contextos]: a **cultura**, a **família** e o **trabalho**. A **cultura** foi visualizada como a diretriz que evidencia a percepção de ‘mundo’ dos sujeitos, a diferenciação entre o homem ocidental e o indígena; a **família** é o primeiro elo de apoio das práticas do cuidado dessa população, e envolve não apenas aqueles com que estes possuem laços consanguíneos, mas, numa perspectiva de comunidade. A **categoria**

**trabalho** (grifos nossos) revelou as tensões existentes nos cotidianos das práticas de Cuidado, advindas das discrepâncias entre ‘modelos ideais’ e ‘modelos reais’ de organização dos serviços. O Cuidado em Saúde na perspectiva da integralidade fica prejudicado em função deste descompasso, que impede, principalmente, o estabelecimento de vínculos afetivos e efetivos entre os integrantes das EMSI e destes com seus usuários (E3).

Portanto, compreendemos que a produção do Cuidado na Saúde indígena poderá buscar a promoção da qualidade de vida do grupo como um todo. Já que, para ele, não importa apenas a qualidade de vida individual de seus usuários, como estamos acostumados a ver no modelo biomédico. Outrossim, no contexto do processo de trabalho, não podemos desconsiderar as tensões influenciadas pelos aspectos culturais demarcadas pelas práticas tradicionais dos povos indígenas em relação às biomédicas, em virtude também da complexidade inerente prestada ao povo indígena. No E2, *Atenção diferenciada e o trabalho do agente indígena de saúde na implementação da Política de Saúde Indígena* de (PONTES, 2013), critica-se os atuais mecanismos brasileiros para a garantia de assistência das populações ditas “marginalizadas”, reforçando que essa prática é ainda um paradoxo. Porque o sistema não está preparado para atender, em sua integralidade, os diferentes povos, respeitando inclusive a sua cultura. Até porque vários aspectos vêm acompanhados de concepções preconceituosas, que contribuem para o descaso e a desvalorização de sua realidade durante a implementação da assistência em Saúde.

Concretamente, pensamos que um dos embates envolvendo o processo de produção do Cuidado à população indígena poderá também ser representada por fragilidades evidenciadas pela PNASPI, diante de sua trajetória, sem articulação efetiva das ações necessárias para o atendimento das diversas demandas sociais e de Saúde. Assim, defendemos que a produção do Cuidado deve lograr em todo processo a resolubilidade dos problemas de Saúde dos indígenas, de modo a solucionar as suas necessidades de saúde e promover a diferenciação da assistência nesses contextos. Reforçando tal análise, vimos no E12, de Pontes (2013), e no E1, de Bastos (2012), a importância da efetividade dessa prática diferenciada, para dar resolubilidade às necessidades dos usuários indígenas. Já que a produção do Cuidado nesse contexto, apesar da atuação dos AIS, não está sendo respeitada ou desenvolvida efetivamente na perspectiva da PNASPI, fato explicitado nos E1 e E12:

[...], a articulação entre os sistemas biomédico e tradicional é comprometida, pois, diante da rotatividade profissional e da falta de **formação para o trabalho em um grupo permeado de especificidades**, os profissionais de Saúde tendem a não conseguir uma aproximação aos princípios da **Atenção**

**Diferenciada**, pondo uma **Atenção baseada nos conceitos biomédicos adquiridos no seu processo de formação profissional, sem adaptações ao contexto cultural indígena**. Esta situação pode pôr em risco a valorização pela comunidade dos seus processos tradicionais de cura e cuidado, além de favorecer a hegemonia do saber biomédico (grifos nossos) (E1)

Constatamos que a **proposta da Atenção Diferenciada** baseia-se na **adequação das tecnologias e da atuação dos profissionais à realidade indígena** (grifos nossos), e sua operacionalização está fortemente assentada na atuação do Agente Indígena de Saúde. [...]; identificamos que as adequações culturais desenvolvidas se referem principalmente aos modos de gerir essas tecnologias (E12).

Contudo, faz-se uma crítica aos estudos E6, de Cardoso (2014), Aguiar (2013) e Arce, Sousa e Lima (2011), quanto à qualidade dessa proposta de “atenção diferenciada” que não deve ser caracterizada apenas para o atendimento de alguns tipos de serviços e, de modo subjetivo e superficial. A proposta deveria estar concretizada em todas as instâncias e em todos os níveis da assistência terapêutica e da organização dos serviços em Saúde. Além disto, o E13, de Martins (2013), *Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena*, reforça tal entendimento, o de que o subsistema de Atenção à Saúde Indígena implementado, até então, não avançou naquilo para que foi proposto.

O modelo de atenção à saúde implementada, até então, não tem conseguido lograr êxito na resolução dos principais problemas de saúde da população indígena. A mortalidade infantil ainda é o dobro da média nacional, e a maior parte desses óbitos tem ocorrido no período pós- neonatal (28 e 264 dias), e, por causas possivelmente evitáveis. Doenças transmissíveis, como Tuberculose e Malária, apresentam-se com índices elevados e afetam, especialmente, os indígenas que vivem na região Amazônica (E13).

Diante desta realidade, é perceptível que, nos contextos indígenas, as iniquidades em Saúde são deveras impactantes, quando comparadas diante de outros grupos populacionais. Isso exige dos profissionais de Saúde que atuam nessas comunidades, não apenas, imbuir-se de compromisso ético, social e político, mas também inserir uma prática de Saúde ampliada em ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, reabilitação e cura no processo de produção do Cuidado. Os profissionais de Saúde precisam adotar uma prática conjunta e diferenciada de abordagem em Saúde para com os usuários indígenas, por meio da pedagogia de problematização (FREIRE, 1996). Nessa parceria, atuarão de forma mais dinâmica junto às diferentes realidades, sendo capazes de, no âmbito de suas competências, articularem ações de assistência em Saúde que levem à transformação da realidade

de seus usuários. Tendo em vista que será respeitada a diversidade cultural, sendo garantido aos usuários o acesso aos serviços e às práticas de Saúde. Com isso, ocorrerá a resolubilidade e, conseqüentemente, a integralidade, compondo-se a sustentabilidade da produção do Cuidado.

Outro aspecto acerca da produção do Cuidado que merece destaque, influenciando diretamente todo esse processo desejado (produção do cuidado / resolubilidade / integralidade dos indígenas são as atividades desempenhadas pelos profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem dentro da EMSI. Além disso, a incorporação das práticas influenciadas pelo modelo de Saúde capitalista e que engessa esse subsistema, referenciados no E11, intitulado *Indígenas como trabalhadores da enfermagem: o papel de técnicos e auxiliares no modelo de atenção à saúde indígena* (FOLLMANN, 2011), e no E4, *Política e intermedialidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena* (NOVO, 2011).

**As atividades realizadas por auxiliares e técnicos indígenas de enfermagem não diferem na prática: são as mesmas atividades exigidas do profissional não indígena da mesma categoria** (grifos nossos). Porém, eles assumem ainda a função de facilitador, tradutor, interlocutor entre a equipe de saúde e a comunidade. A equipe o percebe como interlocutor das recomendações médicas, curativas, bem como dos anseios e medos dos pacientes que não querem realizar algum procedimento médico [...], a comunidade, por sua vez, geralmente busca o atendimento dos profissionais indígenas, porque “sendo índios, entendem índio”. Os resultados indicam a dificuldade de articulação entre os conhecimentos tradicionais e o modelo biomédico, visto que os auxiliares indígenas exercem suas técnicas com base na sua formação biomédica, restando pouco ou nenhum espaço no contexto dos postos de saúde para outras práticas, como o uso de plantas e remédios caseiros (E11).

A atuação dos profissionais de saúde e demais representantes da medicina oficial nem sempre condiz com a multiplicidade de possibilidades de escolha e de expectativas, não havendo espaços para a construção de conhecimentos e de práticas conjuntas, como se propõe no modelo de Atenção à Saúde Indígena em vigor [...]; É preciso, então, que se faça uma reavaliação criteriosa dos impactos desse modelo de atendimento à saúde, considerando as demandas e necessidades específicas dessas populações, bem como seus reflexos na cultura e na organização sociopolítica das aldeias (E4).

Vemos assim, nesses estudos, convergências de uma realidade da produção do Cuidado no processo de trabalho desses profissionais de Saúde (indígena ou não), o que requer a necessidade dos sistemas terapêuticos tradicionais e ocidentais se localizarem e se articularem para a construção de espaços distintos, que favoreçam as práticas milenares da cultura indígena. Nesse ínterim, estão o uso de plantas, remédios caseiros, rezas, rituais de cura, imprescindíveis à tradição e às singularidades desses povos. No entanto, compreendemos que, para isso, será

preciso uma mudança, num trabalho de parceria com os gestores, trabalhadores da Saúde, os usuários indígenas e os demais setores da sociedade. Para que possam defender/acreditar, e assim, incorporarem outra forma de pensar e fazer Saúde com a efetiva prática de uma atenção diferenciada nos contextos interculturais.

Outrossim, é importante que os serviços de saúde contemplem os saberes e as práticas indígenas, no sentido de garantir a integralidade do Cuidado que, para Merhy e Onoco-Campos (2002), constitui uma importante ferramenta de apoio estratégico para a garantia de resolubilidade das ações de Saúde. No âmbito da integralidade, a promoção do Cuidado com resolubilidade seria aquela capaz de alinhar as demandas por serviços de Saúde à realidade das populações, sem necessariamente fugir do modelo biomédico. Mas, a promoção do Cuidado seria integrada, ocorreria de forma mais dinâmica, no contexto da assistência, na medida em que fosse possível o estabelecimento de práticas que não apenas deem respeito às necessidades de saúde da população atendida, mas também respeitem sua diversidade cultural.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após as considerações aqui trazidas neste estudo, reiteramos que um dos entraves que ainda se instaura no modelo de Atenção à Saúde Indígena é que a sua dimensão cultural, por vezes, é desconsiderada, sem a devida valorização da articulação entre serviço-usuário e trabalhador-usuário. É notório, apesar da massificação dos costumes urbanos, em particular, práticas de saúde acadêmicas impostas, sem que se atente para os valores, os costumes e as tradições desses povos. Pois nem sempre são respeitados ou compreendidos.

Assim, apesar de a PNASPI representar um avanço significativo para a promoção da saúde junto às populações indígenas, ainda vemos os limites / as dificuldades para sua efetiva implementação. Para tanto, gestores, trabalhadores da Saúde, usuários e grupos da comunidade têm que se organizar / mobilizar, num trabalho de parceria, em defesa dos direitos constitucionais garantidos à população indígena, em particular, no direito à Saúde. No Brasil, a articulação da Assistência à Saúde Indígena na Atenção Básica, em particular na ESF, caminha ainda distante da PNASPI. Assim dizemos já que não há respostas para a resolubilidade diante das necessidades de Saúde do povo indígena. Porém, entendemos que um dos seus limites, ainda considerado crítico, é o acesso aos serviços e às práticas de Saúde. Tendo em vista que elas quase sempre não garantem a integralidade da produção de um *cuidado* resolutivo, principalmente diante da complexidade de acesso aos demais níveis da assistência.

Por sua vez, a ausência ou a fragilidade do preparo dos profissionais de Saúde para atuarem com os povos indígenas traduz uma dicotomia ou, no mínimo, uma desarticulação entre os modelos de assistência, a cultura e a singularidade dessas populações. Na verdade, a assistência vem sendo caracterizada por uma produção de cuidado fragmentada, descontextualizada, inclusive pela fragilidade de um protagonismo dos AIS, em defesa dos seus saberes e práticas de Saúde inerentes à cultura do povo indígena. Dessa forma os tornam invisíveis enquanto atores do processo de *cuidado*, cabendo, assim, reflexões sobre as relações de vínculo, acolhimento, responsabilização, resolubilidade e integralidade da produção do cuidado.

Um aspecto importante, contemplado nos estudos analisados, que dificulta a inter-relação entre os profissionais de Saúde e os Usuários diz respeito a uma

formação e capacitação profissional que, muitas vezes, não os prepara para a promoção do cuidado à Saúde, para atuarem com a população indígena. Essa realidade nos leva a uma preocupação, além de um outro fato que surge, quanto ao acesso comunicacional, uma vez que ocorrem constantemente barreiras de comunicação por causa do não entendimento da linguagem e da cultura indígenas. Conseqüentemente, essa não compreensão do processo saúde-doença que os usuários vivenciam, acabam confirmando as demandas de ações no âmbito da Saúde que existem neste caso em questão.

Apesar de estudos publicados no período entre 2010 e 2014, vemos ainda que há um árduo caminho para que o cuidado em Saúde às populações indígenas alcance a sua resolubilidade. Isso, com as características que defendemos (cuidado diferenciado, culturalmente coerente com as dimensões sociais, políticas, orientações religiosas e espirituais respeitando-se as crenças, valores e práticas da medicina tradicional sendo revistos no processo saúde-doença) dos Usuários indígenas no Brasil

Portanto, é preciso assegurar e garantir na prática ações proativas de um trabalho em equipe, para que realmente sejam minimizadas, ou até mesmo banidas, algumas barreiras que vêm dificultando sua efetividade. Ora, se no campo político já se tem a previsão de ações integradas à realidade dos seus usuários, cabe à gestão de Saúde uma condução de trabalho sensível e competente por parte de seus atores. Mas, será que estamos desejosos e / ou motivados para operacionalizá-las, aprendermos a fazermos o necessário, de forma que as ações sejam resolutivas? Outrossim, fica claro que é preciso comprometimento, responsabilidade e vontade política para se buscar as transformações dessa realidade. Porque a invisibilidade do processo do trabalho dos profissionais de Saúde, na produção do *cuidado* ao povo indígena, parece mais uma realidade.

Historicamente, no Brasil, o Sistema de Saúde enquanto política de governo, tem dado prioridades a certos grupos, deixando de lado outros, quer pela sua “marginalização”, quer por serem considerados “minorias”, acabando sendo vítimas do “descaso social e político” quanto ao acesso aos seus direitos. Por outro lado, não podemos deixar de mencionar que há uma política do SUS, defendida desde a década passada, acerca de uma atenção diferenciada, preconizada pela PNASPI, (BRASIL, 2001; 2002a; 2002b; 2009; 2010; 2013), a qual deveria estar também concretizada em todas as instâncias e nos níveis da assistência terapêutica e da organização dos

serviços prestados aos indígenas. Assim garantir-se-ão a legitimidade e a manutenção do próprio Subsistema de Saúde indígena, ora já constituído e legalizado.

Consideramos que a diversidade cultural e étnica dos povos indígenas apresenta-se como um campo aberto ao conhecimento, a desafios e práticas no âmbito da Assistência em Saúde, particularmente na Atenção Básica, demarcada na Estratégia Saúde da Família. Contudo, compreendemos que tal realidade precisa ter profissionais com desenvolvimento de competências culturais, no compartilhamento e na troca de conhecimentos intersetoriais e interdisciplinares com esses usuários, familiares e comunidades indígenas, vislumbrando-se o tecer de subsídios que contribuam para a ampliação de uma produção do cuidado em saúde. Contudo, necessariamente, correspondendo às necessidades de Saúde, aos anseios e aos interesses dos cidadãos indígenas.

Acreditamos, sem sermos ingênuos, que há perspectivas positivas para a transformação desta realidade entre os profissionais de Saúde e os demais sujeitos, como os índios, para se tornar pelo menos viável e oportuna a construção de novos espaços para o debate sobre os modelos de assistência disponibilizados à população indígena. Entretanto, temos clareza de que isso só ocorrerá a partir da construção de uma conscientização junto a toda a sociedade, mostrando-se a necessidade de se garantir que os modelos de Saúde sejam capazes de atender às demandas de seus usuários. Além disso, tudo dependerá da real compreensão de que o respeito à diversidade cultural não deve ser visualizado como uma política de exclusão, mas, de reforço ao dinamismo, que deve contemplar o processo de produção do *cuidado* do ser humano.

Este estudo não tem um fim em si mesmo, e, diante da abordagem apresentada, sugerimos que outros pesquisadores possam complementar as análises aqui colocadas, bem como abrir novas “pistas” em torno de outras interpretações e práticas vinculadas à produção do Cuidado à Saúde indígena no Brasil. Assim, oferecerá sua visibilidade, o que poderá levar a reflexões e discussões dos setores e profissionais acerca da Estratégia Saúde da Família e, por parte dos próprios Usuários, sobre a necessidade de Atenção à Saúde indígena.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L.; SOUZA, R. F. O Trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: aspectos da prática promocional em saúde. **Rene**. 2013; v.14, n.4, p. 740- - 747. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article>. Acesso em: 29 de junho de 2015, às 23h10min.

ANDRADE, M. C. A Problemática da Utilização Econômica da Caatinga. **Anais do Simpósio sobre Caatinga e sua Exploração Racional**. Brasília: EMBRAPA, DDT, 1986, 361p.

ASSIS, M.M.A; JORGE, M.S.B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J.S.S.; NASCIMENTO, M.A.A (Org.). **Pesquisa: Métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS Editora; 2010, p.139- - 159.

ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A. A. FRANCO, T. B.; JORGE, M. S. B. (Org.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010. 182 p.

ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A. A. LIMA, W. C. M. B. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A. A.; FRANCO, T. B.; JORGE, M. S. B. (Org.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010. 182 p.

AYRES, J. E. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, supl. 2, p. 11-23, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000600003>. Acesso em: 21 de junho de 2015, às 00h04min.

BANDEIRA, F. P. S. F.; GOMES, T. B. Uso e diversidade de plantas medicinais em uma comunidade quilombola no Raso da Catarina, Bahia. *Acta bot. bras.* vol. 26, n. 4, p. 796-809. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abb/v26n4/09.pdf>.

\_\_\_\_\_, F. P. S. F. Um estudo em perspectiva: Etnopedologia e Etno-ecografia do Grupo Indígena Pankararé. **Caderno de Geociências**, v. 5, p. 107- 128, 1996, portalseer.ufba.br. Acesso em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/cadgeoc/article/download/4437/3546>. Acesso em: abr, 2016.

BASTOS, G. S. **Processo de Trabalho do Agente Indígena de Saúde: inter-relação étnica e cultural na Atenção Básica de Saúde no contexto Kiriri**. Mestrado (Dissertação) Universidade Estadual de Feira de Santana, PPGSC, 2012. 204 f.: il. **[Estudo 1]**.

BASTOS, L. S.; ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A. A.; OLIVEIRA, L. C. F. Construção da integralidade no cuidar de pessoas com diabetes mellitus em um centro de saúde em Feira de Santana (BA). **Ciências & Saúde Coletiva**, v.16, supl.1. Rio de

Janeiro, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700077>. Acesso em: 22 de Jul, 2015, às 08h55min.

BIREME; OPAS; OMS. Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde Organização Pan-Americana da Saúde Organização Mundial da Saúde. **Manual de Descrição Bibliográfica**. São Paulo, Julho 2008. 150 p. Disponível em: <http://metodologia.lilacs.bvsalud.org/download/P/LILACS-2-ManualDescricao-pt.pdf>. Acesso em: 23 de março de 2016, às 04:47.

BRASIL. Ministério da Justiça. Fundação Nacional do Índio - FUNAI. **Índios no Brasil: quem são?** Disponível em: <http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/quem-sao>. Acesso em: janeiro 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 dezembro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde. Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991. Ministério de Estado da Saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Política Nacional de Atenção Básica, texto de revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 out. 2011. p.154. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488deoutubrode2011.html>. Acesso em 19 de junho de 2015 as 18h15min.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE**, 2010. Disponível em: <http://indigenas.ibge.gov.br/>. Acesso em: 16 de outubro de 2015, às 22h01min.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAK/politica-saude-indigena>. Acesso em: 12 de agosto de 2015, às 22h20min. Fundação Nacional de Saúde, 2010. 40p.

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. **Lei Arouca**: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena / Fundação Nacional de Saúde. - Brasília: Funasa, 2009. 112 p.

\_\_\_\_\_. 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: Ministério da Saúde, 2006. 42p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. / Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. FIOCRUZ, 2005. 104p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cartilha da Política Nacional de Humanização**: acolhimento com classificação de risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 157 p.

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. – 2. ed., - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002a. 40 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 1. ed., Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAK/politica-saude-indigena>. Acesso em: 18 de agosto de 2014 às 09h20min. Fundação Nacional de Saúde, 2002b. 40p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Indígena**. IN: Relatório Final Conforme aprovado no Conselho Nacional de Saúde, na reunião Ordinária de Julho de 2001. Luziânia, GO, de 14 a 18 de maio de 2001. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>. Acesso em: 09 de Abril de 2015, às 15h35min.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Descentralização das ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei**. Portaria Nº 545, de 20 de Maio de 1993, Brasília: Leis e Decretos do Ministério da Saúde. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html). Acesso em: 25 de julho, 2015, às 13h01min.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm).

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 1988.

BOFF, L. **Saber cuidar. Ética do humano** - compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro, 1999. 199 p. Disponível em: <http://www.vozes.com.br>. Acesso em: 18 de junho, 2015, às 01h15min.

CÁCERES, F. **História Geral**. 4. ed., Revista e ampliada. São Paulo: Moderna, 1996.

CAMPOS, R. O.; BACCARI, I. P. A intersubjetividade no cuidado à Saúde Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2051-2058, 2011.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**. 3. ed., São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOUND JUNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec: – ed. Fiocruz, 2006, 871 p.

\_\_\_\_\_, G.W.S. Sobre a peleja dos sujeitos da reforma, ou da reforma dos sujeitos em peleja. **Rev. Saúde soc.** v.1, n. 2, p. 79-95. São Paulo, 1992. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901992000200005>. Acesso em: 10 de abril, 2015, às 22h08min.

CARDOSO, M. D. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 860-866, abr. 2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000400860&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400860&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 maio 2015. **[Estudo 6]**.

CARLEIAL, L. M. F. Ciência Econômica e Trabalho. **Revista da Faculdade de Direito da UFPR**. V. 36, p. 73-85, 2001.

\_\_\_\_\_, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde In: PINHERO, R.; MATTOS, R. A (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ. ABRASCO; 2001. p. 113-126.

\_\_\_\_\_, L.C.O. Modelos técnico-assistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**: Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, 469-478 p. jul-set, 1997.

CIRIBELLI, M. C. **Como elaborar uma dissertação de mestrado através da pesquisa científica**. Rio de Janeiro: 7 Letras; 2003, 222 p.

COIMBRA JR, C. E. A.; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v.5, n. 1 125-132p., 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100011>. Acesso em: 22 de Junho, 2015, às 15h22min.

COSTA, J. P.; JORGE, M. S. B. (Org.) Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, out-dez. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140067>. Acesso em: 28 de julho de 2015, às 16h19min.

CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 285-304, 2001.

DAVOK, D. F. Qualidade em Educação. **Avaliação, Campinas**; Sorocaba, SP, v. 12, n. 3, p. 505-513, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/aval/v12n3/a07v12n3.pdf>.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Saúde para todos no ano 2000. **Conferência internacional sobre Cuidados de Saúde Primários 12 de Setembro de 1978**.

DIEHL, E. E.; FOLLMANN, H. B.C. Indígenas como Trabalhadores de Enfermagem: a participação de técnicos e auxiliares nos serviços de Atenção à Saúde Indígena. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.23, n. 2, p. 451-459, Abr-Jun, 2014.

DIEHL, E. E.; PELLEGRINI, M. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. **Cad. Saúde Pública**, v.30, n.4, abr, 2014, p. 867-874. **[Estudo 9]**.

DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J.; DIAS-SCOPEL, R. P. Contribuição dos Agentes Indígenas de Saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, vol.28, n.5, Rio de Janeiro, May 2012. **[Estudo 5]**.

DIEHL, E. E; GRASSI, F. Uso de medicamentos em uma aldeia Guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, 8, p.1549-1560, ago, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000800009> Acesso em: 23/05/2015.

ECHER, I. C. A revisão de literatura na construção do trabalho científico. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 5-20, jul. 2000.

ERRICO, L. S. P. **Acesso e utilização dos serviços de saúde da População da etnia Xakriabá, norte de minas gerais**. Tese (Doutorado) Apresentada na Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem para obtenção do grau de Doutor. Belo Horizonte, 2011. 124 p. ilus. **[Estudo 10]**.

FALKENBERG, M. B. **Representações sociais do cuidado entre trabalhadores que atuam em contextos de interculturalidade na Atenção à Saúde Indígena**. Dissertação (mestrado) Universidade de Brasília (UNB) - Faculdade de Ciências da Saúde Departamento de Saúde Coletiva Programa de Pós-Graduação Em Saúde Coletiva, 2014. **[Estudo 3]**.

FERREIRA, L. O. **Entre Discursos Oficiais e Vozes Indígenas sobre a Gestaçã o e Parto no Alto do Juruá: a emergência da medicina tradicional indígena no contexto de uma política pública**. Tese (Doutorado) - Universidade Federal - SC Florianópolis, 2010. **[Estudo 14]**.

FOLLMANN, H. B. C. **Indígenas como trabalhadores da enfermagem: o papel de técnicos e auxiliares no modelo de atenção à saúde indígena**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2011. 139 p.: il. **[Estudo 11]**.

FRANCO, T. B. **Modelo Assistencial para a Saúde Indígena: DSEI-Mg/Es**. Instituto de Saúde da Comunidade. Universidade Federal Fluminense – UFF. DSEI-MG/ES. Belo Horizonte, 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GARFIELD, S. **A luta indígena no coração do Brasil**. Política Indigenista, a marcha para o Oeste e os índios Xavante (1937-1988). Trad. Claudia Sant'Ana Martins. São Paulo: Editora Unesp, 2011.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7.ed., São Paulo: Atlas, 2010, p.297.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da Doença**. 4. ed., São Paulo: Martins Fontes, 1986, 274p.

LEMOS, P. N.; HIROOKA, L. B.; NUNES, S. A. C; *et al.*, O modelo de atenção à saúde bucal no Médio e Baixo Xingu: parcerias, processos e perspectivas. **Ciênc. & Saúde Coletiva** v.15. supl.1, Rio de Janeiro, Jun 2010. **[Estudo 7]**.

MANZO, A. J. **Manual para Preparación de Monografias**: una guia para apresentar informes y Tesis. Buenos Aires: Humanitas, 1971. Capítulo 2. Disponível em: <http://www.bnm.me.gov.ar/cgi-bin/wxis.exe/opac/>. Acesso em: 16 de Agosto, 2015, às 22h15min.

MARX, K, 1818-1883. **O capital**: critica da economia política. 26. Ed, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

MARK, k.; ENGELS, F. **Manifesto do Partido Comunista**. Livro de Domínio Público Fonte Digital: Rokat. Edition, 1999. [html://www.jahr.org](http://www.jahr.org). Versão Eletrônica. Ed. Ridendo Castigat Mores. 1. Ed., Londres, Fev, 1848. 68p. Disponível em: <http://lelivros.site/book/download-manifesto-comunista->. Acesso em: 16 de Agosto de 2015, às 01h26min.

MARTINE, G. A globalização inacabada migrações internacionais e pobreza no século 21. **Perspec.** v.19 n.3. São Paulo July/Sept. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392005000300001>.

MARTINS, A. L. **Política de saúde indígena no Brasil**: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Dissertação (Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro; 2013. 126 p. illus. **[Estudo 13]**.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, set-out, 2004, p. 1411-1416.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec. ABRASCO, 1994. 277 p.

MENDES, E. V. **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde**: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: OPAS; 2012. 512 p.: il. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf). Acesso em: 22/04/2015.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2. ed., São Paulo: Hucitec, 2005. 189 p.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. 2. ed., São Paulo: Hucitec, 2002. 385p.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed., Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes, 2010a.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed., São Paulo: **Hucitec**, 2010b. 393p.

MINAYO, M. C. De S.; SANCHES, O.; Qualitativo-quantitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de saúde pública**, v. 9, n. 3, p. 239-262.

MOREIRA, I. **O Espaço Geográfico**. Geografia Geral e do Brasil. São Paulo: Ática, 1998.

MORAES NETO, B. R. A organização do trabalho sob o capitalismo e a "redoma de vidro" **Rev. Adm. Empres.** v.27, n.4. São Paulo Oct./Dec. 1987. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75901987000400004>. Acesso em: 18 de agosto, 2015, às 04h25min.

NASCIMENTO, M. A. A. **Corrente do Pensamento na Pesquisa Social: Positivismo, Fenomenologia e Dialética**. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. (Org.). Pesquisa: Métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2010. 203 p.

NASCIMENTO, A. M. **Iniciação ao Direito do Trabalho**. São Paulo: LTR, 2004.

NOVO, M. P. Política e intermedialidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena. **Cad. Saúde Pública**. v.27, n.7, 2011. p. 1362-1370. **[Estudo 4]**.

OLIVEIRA, L. H.; MATTOS, R. A.; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n. 5. Rio de Janeiro Nov/Dez 2009, 1929-1938. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500035>. Acesso em: 10 de março de 2015, às 15h09min.

OLIVEIRA, S. S. **Produção do cuidado das equipes de saúde da família em busca da resolubilidade da atenção à saúde**. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, 2009. 208 f. il.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Atenção Primária em Saúde: agora mais do que nunca**. Relatório Mundial de Saúde 2008, 156p. Portugal, 2008. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2015, às 04h40min.

PELLON, L. H. C; VARGAS, L. A. Cultura, interculturalidade e processo saúde-doença: (des) caminhos na atenção à saúde dos Guarani Mbyá de Aracruz, Espírito Santo. **Physis** v.20, n.4 - Rio de Janeiro, Dez, 2010. **[Estudo 8]**.

POGREBINSCHI, T. **Conferencias Nacionais de Políticas Públicas para grupos minoritários**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. jun de 2012. Disponível em:

[http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/td\\_1741.pdf](http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/td_1741.pdf). Acesso em: 30 de julho de 2015, às 06h34min.

PONTES, A. L. de M. **Atenção diferenciada e o trabalho do agente indígena de saúde na implementação da Política de Saúde Indígena**. Tese (Doutorado) apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2013, 190p b. [Estudo 12].

PONTES, A. L. de M; REGO, S; GARMELO, L. **O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas**: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.20, n.10, 2014, p. 30199 – 3210. [Estudo 2].

QUEIROZ, M.S. **Representações sobre Saúde e Doença** - agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS. Campinas: Ed. da UNICAMP, 1986.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. Tese de Doutorado. **Rev. latino-am. enfermagem** - Ribeirão Preto - v. 8, n. 6, p. 96-101– dez. 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692000000600014>. Acesso em: 26 de julho de 2015, às 12h21min.

SANTANA, J. S. S.; Percurso metodológico. In: SANTANA, J. S. S; NASCIMENTO, M. A. A. (Org.). **Pesquisa**: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: UEFS Editora; 2010, 203 p.

SANTOS, M S Dos S. **A relação entre a História e a Antropologia**: breves considerações, 2009. Disponível em: <http://www.debatesculturais.com.br/a-relacao-entre-a-historia-e-a-antropologia-breves-consideracoes/>.

SANTOS, A. M; ASSIS, M. M. A; RODRIGUES, A. A. A. O; NASCIMENTO, M. A. A; JORGE, M. S. B. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, jan, 2007.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M.A. da fragmentação à integralidade: Construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, 2006, p. 53-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29448.pdf>. Acesso em: 03 de Junho, 2015, às 12h23min.

SANTOS, F. L. **Da catequese à civilização**: colonização e povos indígenas na Bahia. Universidade Federal do Recôncavo Baiano. Cruz das Almas/BA, 2014. p. 288

SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. E. Saúde dos povos indígenas no Brasil: perspectivas atuais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 258-259, mar-abr, 2001.

SCHRAMM F.R.; KOTTOW, M. Nuevos desafios para los Comités de Bioética en investigación. **Cuad. Méd. soc.** Santiago do Chile, v. 41, n. 1-2, p. 19-26, jan-jun, 2000.

SILVA, J. M. S. G. **Plano de integração de novos enfermeiros do serviço de urgência geral de um hospital** – Dissertação de Mestrado do Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde, Jun, 2013. Lisboa – Portugal. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/4757>. Acesso em: 06 de abril de 2015, às 12h05min.

SILVA, L. F. V e. Organizador. Ministério Justiça: **Fundação Nacional do Índio – FUNAI**. Coletânea da Legislação Indigenista Brasileira. Brasília, CGDTI/FUNAI 2008. 808 p.

SILVA, N. C.; GONÇALVES, M. J. F.; DAVID, L. N. Enfermagem em saúde indígena: aplicando as Diretrizes Curriculares. **Revista Brasileira Enfermagem**. Brasília (DF), Jul/ago. v. 56, 388-391 p., 2003.

SMITH, R. **Propriedade da terra e transição**. Estudo da formação da propriedade privada da terra e transição para o capitalismo no Brasil. São Paulo, Brasiliense, 1990.

SOUZA, M. L. P. De. (Org.). **Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013. 252 p.: il. (Coleção Saúde dos Povos Indígenas).

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo**. São Paulo: Atlas, 2009. 175p.

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L. (Org.). Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, mar, 2008, p. 663-674.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A****BUSCA BIBLIOGRÁFICA SIMPLES****Quadro 4 Busca bibliográfica simples das produções científicas publicadas na BVS (BIREME / LILACS / MEDLINE / SCIELO), Brasil, 2010 - 2014.**

Trabalho e Processo de Trabalho	30.624 artigos
Processo de trabalho	32.322 artigos
Produção do cuidado	1.348 artigos
Atenção à Saúde da População Indígena	415 artigos
Saúde da Família	126.029 artigos
Resolubilidade da Produção do Cuidado	7 artigos
Resolubilidade do Cuidado	42 artigos

**APÊNDICE B****BUSCA BIBLIOGRÁFICA SIMPLES****Quadro 5 Busca bibliográfica simples das produções científicas publicadas na CAPES (Dissertações e teses), Brasil, 2010 - 2014.**

Trabalho/Processo de trabalho	2.303
Produção do cuidado	515
Atenção à Saúde da População Indígena	21
Saúde da Família	5.304
Resolubilidade da Produção do Cuidado/Resolubilidade do Cuidado	23

Neste quadro 5, vê-se um total de 8.166 periódicos publicados no Portal da CAPES, entre 2010 – 2014.

## APÊNDICE C

**BUSCA BIBLIOGRÁFICA DETALHADA****Quadro 6 Busca bibliográfica detalhada das produções científicas publicadas na BVS (BIREME / LILACS / MEDLINE / SCIELO), Brasil, 2010 - 2014.**

Saúde Indígena / Estratégia Saúde da Família / Saúde Indígena e o Programa Saúde da Família	23 artigos
Processo de Trabalho em Saúde e a Saúde Indígena	34 artigos

No quadro 6, catalogamos 57 artigos na busca bibliográfica detalhada, publicados na BVS (BIREME / LILACS / SCIELO), Brasil, 2010 – 2014.

## APÊNDICE D

**BUSCA BIBLIOGRÁFICA DETALHADA****Quadro 7 Busca bibliográfica detalhada das produções científicas publicadas na CAPES (Dissertações e teses), Brasil, 2010 - 2014.**

Processo de Trabalho em Saúde e a Saúde Indígena	20
Resolubilidade da Produção do Cuidado e Saúde Indígena	2
Saúde Indígena <i>and</i> Saúde da Família	14

No quadro 7, catalogamos 36 periódicos através da **busca bibliográfica detalhada do portal da CAPES**, considerando os seguintes descritores: Processo de Trabalho em Saúde e a Saúde Indígena, Resolubilidade da Produção do Cuidado e Saúde Indígena, Saúde Indígena *and* Saúde da Família.

## APÊNDICE E

**Tabela 1** Quantitativo Geral da Produção Científica sobre a Resolubilidade da Produção do Cuidado na ESF, segundo as Publicações BVS e CAPES, Brasil, 2010 – 2014.

Fontes - Publicações Área Saúde Pública / Saúde Coletiva	ANOS					
	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
Ciência & Saúde Coletiva	5	5	5	1	3	19
Caderno de Saúde Pública	2	1	2	---	2	7
Revista de Saúde Coletiva	3	1	-	1	1	6
Revista de Saúde Pública da USP	----	---	2	1	2	5
Revista Brasileira de Saúde Ocupacional	----	----	---	1	---	1
Portal da Capes	6	5	5	5	4	25
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>63</b>

Fonte: Elaborado pela autora (2016)

## APÊNDICE F

**Quadro 2 Matriz Bibliográfica: Sínteses das Produções Científicas, sobre a Resolubilidade da Produção do Cuidado na ESF na Atenção à Saúde Indígena no Brasil - 2010 / 2014.**

Nº	ESTUDO	SÍNTESE		
		OBJETIVO(S)	RESULTADOS	CONSIDERAÇÕES FINAIS
1	<p>BASTOS, G. S. <b>Processo de Trabalho do Agente Indígena de Saúde: inter-relação étnica e cultural na Atenção Básica de Saúde no contexto Kiriri.</b> Mestrado (Dissertação) Universidade Estadual de Feira de Santana, PPGSC, 2012. 204 f. : il.</p>	<p><b>Analisar</b> o processo de trabalho dos AIS na Atenção Básica dentro da EMSI.</p>	<p>Os AIS, ao vivenciarem conflitos devido a sua posição de 'fronteira', eles devem tomar decisões embasadas em uma visão cultural que respeite os usuários indígenas. No entanto, também precisa considerar o ponto de vista biomédico.</p> <p>Os seus depoimentos revelaram que estão cientes de que a <b>comunidade indígena</b> precisa ser atendida numa perspectiva coletiva. Contudo, alguns deles consideram o índio como objeto de trabalho, porém, numa perspectiva individual, desconsiderando a família como foco de suas ações.</p> <p>No que se refere às finalidades do processo de trabalho, muitas falas dos AIS convergem sobre as necessidades coletivas do grupo indígena. Apesar disso, em geral predomina a perspectiva voltada para o indivíduo apenas, sem aliar-se a ao trabalho em coletividade.</p>	<p>O Processo de trabalho do AIS no Kiriri segue uma lógica tecnocrática, pautada na realização de procedimentos e distante do referencial de promoção da Saúde, seguindo a concepção de saúde como sinônimo de ausência de doenças.</p> <p>Diante desta conjuntura, há necessidade de uma ressignificação da categoria Trabalho no Contexto Kiriri, de forma a contemplar todos os sujeitos envolvidos no processo Saúde-Doença (gestores, profissionais da EMSI, usuários e AIS).</p> <p>Pois, segundo afirma Franco (2006), o trabalho em Saúde ocorre a partir de encontros entre trabalhadores e os usuários, que formam uma intrincada rede de relações, a partir da qual os produtos referentes ao Cuidado ganham materialidade e condições de consumo</p> <p>Portanto se faz necessária a formação de redes rizomáticas entre sujeitos que não são pares, mas, ímpares, com desejos, aspirações e visões de mundo diversas. Entretanto, devem se inclinar a uma finalidade comum: a defesa da vida. Porque somente assim podemos vislumbrar a atenção diferenciada ao povo indígena</p>

2	<p>PONTES, A. L. de M; REGO, S; GARMELO, L. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. <b>Ciência &amp; Saúde Coletiva</b>, v.20, n.10, 2014, p. 30199 – 3210.</p>	<p><b>Identificar</b> os itinerários terapêuticos – aqui entendidos como os caminhos percorridos pelas pessoas, em busca por Cuidados de Saúde.</p>	<p>Com base na análise da PNASPI, distinguiram-se três princípios, que direcionaram a Atenção diferenciada na organização do Modelo de Atenção do subsistema de Saúde Indígena.</p> <p>São eles: 1. adequação de tecnologias; 2. qualificação dos profissionais para o contexto intercultural; 3. participação indígena.</p> <p>Incorporou-se a perspectiva antropológica de Menéndez, para problematizar a formulação e a implementação dessa diretriz.</p>	<p>A análise dos Modelos, a partir do ponto de vista dos sujeitos e grupos sociais, tendo a autoatenção como foco, possibilitou visualizar o pluralismo médico e a articulação entre formas de Atenção no DSEIRN.</p> <p>Considera-se que a análise da autoatenção é o espaço privilegiado para refletir sobre essas características no subsistema de Saúde Indígena.</p>
3	<p>FALKENBERG, M. B. <b>Representações sociais do cuidado entre trabalhadores que atuam em contextos de interculturalidade na Atenção à Saúde Indígena.</b> Dissertação (mestrado) Universidade de Brasília - Faculdade de Ciências da Saúde Departamento de Saúde Coletiva Programa de Pós-Graduação Em Saúde Coletiva, 2014.</p>	<p><b>Analisar</b> as representações sociais do Cuidado em Saúde entre trabalhadores que atuam em equipes multidisciplinares no DSEI Litoral Sul/RS, junto à etnia Mbyá-Guarani.</p>	<p>Houve dificuldades dos trabalhadores não indígenas para atuarem com a diversidade, em meio a um modelo de organização de serviço “ideal”, verticalizado e homogêneo a todos os DSEI.</p> <p>Com isso, refletiu-se sobre a necessidade de modificações nas rotinas de trabalho, devido às distâncias entre as aldeias e o pouco tempo para aprofundar relações que favoreceriam a formação de vínculos entre profissionais e comunidades.</p>	<p>A ancoragem das representações sociais do Cuidado na categoria Trabalho reiterou a complexidade dessa atividade em Saúde, no que se refere a contextos de interculturalidade, em especial, na Atenção à Saúde Indígena.</p> <p>São muitas as dificuldades que os trabalhadores de Saúde enfrentam “na ponta”, no trabalho diário, nos contextos de interculturalidade “reais”.</p> <p>Os modelos “ideais” de organização dos serviços que impõem rotinas, protocolos, jornadas, etc. tiram o foco do Trabalho, em prol do Cuidado integral. Com isso, acaba-se limitando-os ao Cuidado descontextualizado, desumanizado, puramente técnico e infeliz.</p>

4	<p>NOVO, M. P. Política e intermedicinalidade no Alto Xingu: do modelo à prática de Atenção à Saúde Indígena. <b>Cad. Saúde Pública</b>. v.27, n.7, 2011. p. 1362-1370.</p>	<p><b>Entender de que forma</b> é possível conciliar o acesso universal aos bens e serviços de Saúde a uma Atenção que garanta a diferenciação, sem interferir, no entanto, na qualidade dos serviços ofertados.</p>	<p>A atuação dos profissionais de Saúde e demais representantes da medicina oficial nem sempre condiz com as múltiplas possibilidades de escolha e de expectativas, não havendo espaços para a construção de conhecimentos e de práticas conjuntas, como se propõe no Modelo de Atenção à Saúde Indígena em vigor.</p> <p>Então, os conflitos existentes entre as lideranças indígenas e os órgãos responsáveis pela gestão de Saúde não se justificam propriamente dito pela coexistência de distintos sistemas terapêuticos. O que se confirma é a formulação de um modelo de Atenção diferenciada pouco claro e que, muitas vezes, não contempla as demandas específicas dos agrupamentos indígenas.</p>	<p>É preciso que se faça uma reavaliação criteriosa dos impactos desse modelo de atendimento à Saúde, levando-se em consideração as demandas e as necessidades específicas dessas populações indígenas.</p> <p>Também se faz necessário verificar como se refletem na cultura e na organização sociopolítica das aldeias. E, certamente, isso será preciso não apenas naquelas localizadas na região do Alto Xingu.</p> <p>Isso porque não estão sendo consideradas as distintas concepções e utilizações deste espaço eminentemente político. Além disso, a prática não tem respeitado o que a legislação estabelece acerca das ações de Saúde.</p>
---	---	--	---	--

5	<p>DIEHL, E. E; LANGDON, E. J; DIAS-SCOPEL, R. P. Contribuição dos Agentes Indígenas de Saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. <b>Cad. Saúde Pública</b>, vol. 28, n.5, Rio de Janeiro, May 2012.</p>	<p><b>Analisar</b> o papel do AIS por meio da sua incorporação, formação e participação nas equipes de saúde em diferentes contextos no país.</p>	<p>Após a implantação dos DSEI, e, apesar da proposta político-sanitária sobre o papel dos AIS, o trabalho de campo aponta que o papel de mediador dos profissionais de Saúde é marcado por conflitos e ambiguidades. A incorporação dos AIS na Atenção Primária é caracterizada, sobretudo, pela possibilidade de acesso a medicamentos, incluindo sua distribuição. Além disso, comunicar-se com a comunidade indígena.</p>	<p>Em que pese a importância dada ao papel do AIS, esta análise demonstra um conjunto de ambiguidades e contradições que dificulta o desempenho destes profissionais de Saúde. Principalmente porque é notória uma contribuição maior para a Atenção diferenciada.</p> <p>Torna-se evidente também que o processo de trabalho segue estruturado segundo a lógica da organização de serviços de Saúde pautados pelo modo capitalista de produção. Assim como pela racionalidade burocrática e pela hegemonia do saber biomédico, além da hierarquia de cargos legitimados por um sistema de treinamento formal. Nesse contexto, o AIS ocupa uma posição subalterna.</p>
---	---	---	---	--

6	<p>CARDOSO, M. D. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. <b>Cad. Saúde Pública</b> v.30n. 4, Rio de Janeiro, 2014.</p>	<p><b>Analisar</b> as Políticas de Saúde para os Povos Indígenas no Brasil, tendo como marco a Constituição Federal de 1988 e os seus desdobramentos para o atendimento médico-assistencial destas populações.</p>	<p>Constatou-se que o problema da Saúde indígena esbarra na questão organizacional (e, por isto também assistencial). Talvez por essa razão a questão organizacional tem precedido a assistencial do ponto de vista dos gestores, particularmente no que concerne à baixa resolutividade das ações em Saúde nos distritos sanitários indígenas.</p> <p>Vale ressaltar também a carência de profissionais habilitados para atender à população local. Talvez por causa da alta rotatividade dos profissionais da área. Sem contar a falta de recursos de infraestrutura e equipamentos para as ações operadas pelos DSEI.</p>	<p>Observou-se que a articulação entre o sistema organizacional e a efetiva prática assistencial ainda não foi promovida. Acreditamos que, por meio de projetos ou iniciativas localizadas isso se tornará possível.</p> <p>Essa questão tem sido uma fonte constante de controvérsias sobre a prática da Saúde e os desdobramentos subsequentes para a sua efetiva implantação no contexto do SUS.</p> <p>A “atenção diferenciada” deveria estar concretizada em todas as instâncias e níveis da assistência terapêutica e da organização dos serviços de Saúde. Desta forma a prestação dessa Atenção Diferenciada ocorreria, tal como está previsto não só na Constituição Federal Brasileira, mas também em diversas leis e resoluções, além dos decretos que estabelecem e compõem o conjunto das diretrizes para a execução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.</p>
---	--	--	--	--

7	<p>LEMOS, P. N; HIROOKA, L. B; NUNES, S. A. C; <i>et al.</i>, O modelo de atenção à saúde bucal no Médio e Baixo Xingu: parcerias, processos e perspectivas <b>Ciênc. &amp; Saúde Coletiva</b>, v.15 supl.1, Rio de Janeiro, Jun/2010.</p>	<p><b>Apresentar</b> as ações desenvolvidas na construção do Modelo de Atenção em Saúde no Distrito Especial Indígena do Xingu (DSEI-Xingu), na área de Saúde Bucal.</p>	<p>Em quatro anos, o Programa de Saúde Bucal alcançou as seguintes metas: propiciou a incorporação de procedimentos coletivos e individuais em locais onde não há consultórios odontológicos; adequou a prática de controle de infecção intrabucal nas aldeias; propiciou uma ação integrada com as áreas afins à Saúde e a utilização de diversos espaços sociais para o desenvolvimento de ações coletivas de saúde bucal; consolidou a prática efetiva de discussão local com a população indígena sobre as ações desenvolvidas; utilizou a epidemiologia como instrumento organizador da Atenção; atuou em plena consonância com os AIS (Agente Indígena de Saúde), buscando a melhoria da qualidade e do acesso em se tratando das atividades em saúde bucal; organizou a demanda assistencial, a partir do levantamento de necessidades (programação).</p>	<p>Pela observação dos indicadores, já se torna perceptível a assimilação das comunidades indígenas ao recente modelo de Atenção Básica à Saúde Bucal que, a cada dia, está sendo adaptado à cultura, à tradição e às singularidades desses povos indígenas.</p> <p>O Modelo de Atenção não introduziu apenas novas tecnologias para o tratamento da doença Cárie e da Doença Periodontal. Visto que foi incluída uma nova filosofia e outros conceitos.</p> <p>Com isso, as ações de promoção de saúde são descentralizadas e multiplicativas, uma vez que são compartilhadas com Agentes Indígenas de Saúde, professores, pajés, pais e outros, sob a responsabilidade e a orientação da equipe. As parcerias possibilitaram a horizontalização das ações de Saúde Bucal e a sua integração com outras áreas da saúde.</p> <p>A integralidade na atenção não se limitou ao simples atendimento à demanda espontânea. Também desenvolveu meios de sensibilizar no indivíduo a importância das ações coletivas de ampla resolução.</p>
---	--	--	--	--

8	<p>PELLON, L. H. C; VARGAS, L. A. Cultura, interculturalidade e processo saúde-doença: (des) caminhos na atenção à saúde dos Guarani - Mbyá, de Aracruz, Espírito Santo. <b>Physis</b> v.20, n .4 - Rio de Janeiro, Dez 2 010.</p>	<p><b>Identificar</b> a noção de cultura dos Guaranis Mbya; e</p> <p><b>Analisar</b> as tensões interculturais que surgem a partir do atendimento aos membros dessa comunidade, na rede de serviços de saúde local.</p>	<p>Observou-se indefinição conceitual e metodológica a respeito da promoção da Saúde, apresentada por objetos e finalidades contraditórios.</p> <p>As práticas se diferiram quanto à dimensão, disseminação e oportunidade de acesso, e, em relação também à articulação intersetorial e ao investimento político e financeiro.</p>	<p>Os impactos da imposição do modelo assistencial que universaliza e padroniza as práticas em função de regulamentos e protocolos, desconsiderando a influência cultural diante da enfermidade, mais uma vez se evidenciou. Pois é o que vem sendo constatado em diferentes momentos da permanência dos Mbya na região.</p> <p>Vale destacar que, com os Guaranis Mbyá, foram evidenciadas múltiplas possibilidades de atendimento à saúde, através da construção de modelos institucionais que foram capazes de ofertar serviços que atendessem às suas reais necessidades.</p> <p>Ou seja, foram aplicados os elementos constitutivos do conceito ampliado de Saúde que tanto inspirou a idealização de um sistema sanitário pautado nos princípios de equidade, universalidade e integralidade da assistência médica. Isso porque fora constituído com ampla participação e controle social.</p>
---	--	---	---	--

9	<p>DIEHL, E. L; PELLEGRINI, M. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. <b>Cad. Saúde Pública</b>, v.30, n.4, abr, 2014, p.867-874.</p>	<p><b>Refletir</b> sobre a formação e a educação permanente de trabalhadores da (e para) a saúde indígena, uma das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (embora seja considerada atrasada e inconclusa na agenda oficial).</p>	<p>Constatou-se que a formação na área de Saúde, em nível de Graduação, está longe de contribuir para a atuação dos profissionais desta área em contextos interétnicos e interculturais.</p> <p>As DCN até falam genericamente sobre a formação humanista. Porém, não prioriza aspectos que envolvem a diversidade étnica, o que resulta numa não preparação para o trabalho com os povos indígenas.</p> <p>Também se confirmou que experiências de inserção precoce de estudantes em Terras Indígenas são raras, a exemplo do Projeto Xingu.</p>	<p>Ao se relacionar com comunidades indígenas, o Sistema de Saúde se depara com a dimensão intercultural, o que remete diretamente à discussão sobre a adequação ética e cultural das práticas sanitárias ocidentais e sua relação com os sistemas indígenas de saúde. Por isso se indagar sobre a potencialidade desse encontro, em relação à biomedicina e as formas de conceber e organizar os serviços de uma maneira mais ampla.</p> <p>Como espaço coletivo, a educação permanente em Saúde deve-se privilegiar a comunidade e suas perspectivas sobre a Saúde e sobre os serviços afetos a ela. Também se faz necessário investir mais em processos de educação em Saúde e formação de conselheiros e agentes indígenas na referida área.</p> <p>Precisa-se também de uma rede de apoiadores. Ressaltando que a educação permanente em Saúde Indígena deve privilegiar um contínuo processo de diálogo público e de negociação.</p>
---	---	--	---	--

10	<p>ERRICO, L. S. P. <b>Acesso e utilização dos serviços de saúde da População da etnia Xakriabá, norte de Minas Gerais.</b> Tese (Doutorado) Apresentada na UFMG - Escola de Enfermagem, para obtenção do grau de Doutor. Belo Horizonte; s.n; 2011. 124 p. tab, ilus, mapas.</p>	<p><b>Avaliar</b> o acesso e a utilização dos serviços de Saúde pelos indígenas Xakriabá, moradores da Terra Indígena Xakriabá, norte de Minas Gerais, identificando a influência dos fatores demográficos, socioeconômicos e as condições de saúde em sua magnitude.</p>	<p>Os resultados demonstraram que há diferenças no acesso à Saúde, diferenças essas que são susceptíveis aos efeitos de ações intersetoriais nas áreas educacional e econômica.</p> <p>Por exemplo, ações que organizem a oferta de serviços públicos de transporte na Terra Indígena.</p> <p>Em complemento, os profissionais devem estar atentos às necessidades de saúde de todos os membros da comunidade, apresentando medidas que ampliem o acesso dos indivíduos de mais idade aos serviços de Saúde.</p>	<p>A resolutividade dos serviços pode ser medida indiretamente, não só pelo número de consultas realizadas, mas também pelo acesso ao tratamento medicamentoso.</p> <p>O suprimento e a disponibilidade dos medicamentos representam o resultado de um conjunto de ações que também se associa com uma prática assistencial que privilegia as ações curativas. O mesmo sistema operacional que ocorre na assistência à saúde oferecida a outros grupos populacionais, em diferentes contextos sociais.</p> <p>No geral, os resultados propiciaram a identificação da influência de alguns dos fatores já conhecidos (demográficos e socioeconômicos) sobre o acesso e a utilização dos serviços.</p> <p>Todavia, destacam-se neste estudo as possíveis relações entre o acesso e a utilização dos serviços de Saúde com os aspectos essencialmente culturais, que subsidiam o quadro geral da percepção do estado de saúde, além da capacidade de avaliação das reais necessidades de atendimento.</p>
----	---	---	--	--

11	<p>FOLLMANN, H. B. C. <b>Indígenas como trabalhadores da enfermagem: o papel de técnicos e auxiliares no modelo de Atenção à Saúde Indígena.</b> Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2011.</p>	<p><b>Investigar</b> o papel do auxiliar/técnico de enfermagem que é indígena, a partir do modelo de Atenção à Saúde Indígena, identificando o perfil, a formação e as atividades desses profissionais.</p>	<p>As atividades realizadas por auxiliares e técnicos de enfermagem que são indígenas não se diferenciam na prática. Isso porque as atividades exigidas do profissional não indígena são as mesmas dos outros colegas da mesma categoria.</p> <p>Porém, os que são nativos assumem ainda a função de facilitador, tradutor e interlocutor entre a equipe de Saúde e a comunidade. A equipe o percebe como o interlocutor das recomendações médicas, curativas, bem como dos relatos dos anseios e medos dos pacientes que não querem realizar algum procedimento médico.</p> <p>O técnico e/ou auxiliar de enfermagem que é indígena intervém de modo a fazer com que o paciente e/ou seu cuidador aceite e cumpra a recomendação biomédica.</p> <p>A comunidade, por sua vez, geralmente busca o atendimento dos profissionais indígenas, porque, "[...] sendo índio, entendem índio".</p>	<p>Os dados indicam a dificuldade de articulação entre os conhecimentos locais de Saúde e o modelo biomédico, visto que os técnicos e auxiliares que são indígenas exercem suas atividades técnicas com base em sua formação biomédica, restando pouco ou nenhum espaço no contexto dos postos de saúde para outras práticas. Por exemplo, o uso de plantas e remédios caseiros.</p> <p>Isso ocorre porque os cursos de formação mantêm uma base curricular biomédica, com pouca carga horária destinada aos conhecimentos locais e estudos regionais.</p> <p>Realmente é um desafio reestruturar os currículos e os serviços de Saúde, a fim de contemplar os saberes e as práticas Kaingáng em Saúde.</p>
----	--	---	---	---

12	<p>PONTES, A. L. De M. <b>Atenção diferenciada e o trabalho do agente indígena de saúde na implementação da Política de Saúde Indígena.</b> Tese (Doutorado) apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, s.n, 2013, 190p b.</p>	<p><b>Discutir</b> a organização do modelo de Atenção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) a partir da experiência do DSEI, Alto Rio Negro (DSEIRN), com ênfase na implementação de uma Atenção Diferenciada e, no trabalho do AIS.</p>	<p>Constatou-se que a proposta da Atenção Diferenciada baseia-se na adequação das tecnologias e da atuação dos profissionais à realidade indígena. Também observa-se a operacionalização está fortemente assentada na atuação do AIS.</p> <p>Entretanto, fora verificado que o trabalho desenvolvido pelo AIS está centrado no uso e distribuição de tecnologias biomédicas, não executando a diferenciação da Atenção.</p> <p>A partir da análise do manejo de tecnologias em Saúde no trabalho do AIS, as adequações culturais desenvolvidas se referem principalmente aos modos de gerir essas tecnologias.</p>	<p>Os agentes possuem atribuições desproporcionais ao nível de sua qualificação (geralmente baixa), e de supervisão.</p> <p>Por outro lado, nas comunidades indígenas, coexistem diferentes formas de Atenção, como a biomédica, a tradicional e a Autoatenção, o que aponta a diversidade de recursos e fluxos utilizados nos itinerários terapêuticos.</p> <p>Também foram discutidas situações de conflito moral identificados pelos usuários indígenas que emergem do Cuidado tecnicamente padronizado, existente nos serviços de Saúde.</p>
----	--	--	--	--

13	<p>MARTINS, A. L. <b>Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.</b> Dissertação (Mestrado) Apresentada na Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, para obtenção do grau de Mestre. Rio de Janeiro; s.n; 2013. 126 p. ilus.</p>	<p><b>Apresentar</b> o processo de implementação do Subsistema de Atenção de Saúde Indígena no Brasil, no período de 1999 a 2010, destacando as estratégias e os arranjos adotados, os avanços, bem como os principais problemas enfrentados.</p>	<p>O modelo de Atenção à Saúde implementado, até então, não havia conseguido lograr êxito na resolução dos principais problemas de saúde da população indígena.</p> <p>Mesmo porque a mortalidade infantil ainda é o dobro da média nacional. Vale ressaltar que a maior parte desses óbitos tem ocorrido no período pós-neonatal (morte entre 28 e 264 dias), e, por causas, possivelmente, evitáveis.</p> <p>Doenças transmissíveis como Tuberculose e Malária apresentam-se com índices elevados e afetam fortemente as populações indígenas, especialmente, as que vivem na região Amazônica.</p>	<p>A criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena representa um avanço no campo da garantia do direito à Saúde para os povos indígenas.</p> <p>As frequentes insatisfações da atuação da Funasa na condução da Política de Saúde Indígena acabaram por gerar um movimento reivindicatório, criando-se a SESAI.</p> <p>Logo, as ações de Saúde Indígena da Funasa foram para essa Secretaria. Desse modo, o Estado brasileiro deveria sinalizar para a população indígena quais são as estratégias prioritárias para o fortalecimento do subsistema.</p> <p>Como decorrência, o próprio Estado deveria escolher como ponto central o objetivo de fortalecimento da capacidade de oferta e melhoria da qualidade das ações e serviços de Saúde aos indígenas.</p>
----	--	---	---	---

14	<p><b>FERREIRA, L. O</b>  <b>Entre discursos oficiais e vozes indígenas sobre</b>  <b>Gestação e parto no alto jurua: a emergência da medicina tradicional indígena no contexto de uma política pública.</b>  Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2010. 261 p. ilus.</p>	<p><b>Analisar</b> como a medicina tradicional indígena irrompe nos distintos locais que compõem o campo das políticas públicas da saúde indígena, assumindo sentidos e definições diferentes em cada uma dessas localidades.</p>	<p>Reconhecer oficialmente as medicinas tradicionais significa validá-las cientificamente, torná-las seguras e eficazes, transformá-las em universais. Não se valida uma prática por ela ser tradicional. Para que ela seja reconhecida, é necessário submetê-la ao escrutínio da ciência. Portanto, a tradição que qualifica os objetos das políticas públicas precisa ser forjada por estas mesmas políticas, o que não deixa de ser um fenômeno característico da modernidade: a tradição como objeto de políticas públicas é um constructo moderno instituído pelas organizações características da modernidade, por excelência – tanto os organismos internacionais quanto o Estado-Nação</p>	<p>Os processos de validação científica e qualificação profissional dos praticantes das MTs têm a virtude de deslocar conhecimentos, práticas e agentes sociais de seus contextos locais, reencaixando-os no espaço das políticas públicas, no qual eles adquirem sentidos e valores diferentes do que possuíam originalmente.</p> <p>Agora, são associados à ideia de inclusão social e cidadania constitutiva do moderno Estado brasileiro. Neste caso, para reconhecer/valorizar/validar a tradição, que organiza o <i>mundo da vida</i> dos povos e comunidades tradicionais, é preciso transformá-la em objetos deslocados de políticas públicas.</p> <p>Ora, esses objetos deslocados são os híbridos culturais, que emergem com o processo de ocidentalização instaurado pelo Estado ao cientificizar as medicinas, os conhecimentos, os povos e as comunidades tradicionais, tratados como assuntos de interesse nacional e de preocupações internacionais.</p> <p>Desta forma, os discursos oficiais constroem objetos híbridos de políticas públicas, sustentados sobre a retórica da tradicionalidade.</p>
----	--	---	--	---

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

## APÊNDICE G

**Quadro 3 Matriz de Classificação dos dados: síntese das produções científicas sobre resolubilidade da produção do cuidado na ESF no contexto indígena – 2010 / 2014.**

<b>Núcleos de Sentido</b>	<b>E.1</b>	<b>E.2</b>	<b>E.6</b>	<b>...</b>	<b>E.13</b>	<b>Síntese Horizontal*</b>
Trabalho dos AIS						
Acesso						
Processo de trabalho						
Interculturalidade						
Acolhimento						
Vínculo						
Integralidade						
Modelo de atenção						
Atenção diferenciada						
Concepção de Saúde						
Visão Biomédica						
<b>Síntese Vertical**</b>						

\*Na síntese horizontal, de acordo com o método *análise de conteúdo*, identificamos, no coletivo dos estudos, considerando-se cada núcleo de sentido, o predomínio das ideias convergentes e diferentes. Mas também atentamos para as ideias divergentes e/ou complementares, sem desprezá-las.

\*\*Na síntese vertical, conforme este método, identificamos a ideia global de cada elemento de análise, considerando-se o conjunto de cada grupo representativo.

## ANEXO A

## MAPA DE DISTRIBUIÇÃO DO DSEI-BA



Figura 2: Mapa de Distribuição do DSEI Bahia. Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).