



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO  
AMPLA COM A UNIVERSIDADE DO ESTADUAL DO PARÁ**



**RESOLUTIVIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ALDEIA  
INDÍGENA KWATÁ: PERCEPÇÃO DO INDÍGENA E DA EQUIPE DE SAÚDE**

**Bahiyyeh Ahmadpour Furtado**

ORIENTADOR: Prof. Dr. David Lopes Neto

CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. Daniel Scopel

Manaus  
2015

**Bahiyyeh Ahmadpour Furtado**

**RESOLUTIVIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ALDEIA  
INDÍGENA KWATÁ: PERCEPÇÃO DO INDÍGENA E DA EQUIPE DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas em Associação Ampla com a Universidade do Estado do Pará, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem. Linha de pesquisa: Enfermagem em Saúde Pública e Epidemiologia de Doenças na Amazônia.

ORIENTADOR: Prof. Dr. David Lopes Neto

CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. Daniel Scopel

Manaus

2015

## Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

F992r Furtado, Bahiyyeh Ahmadpour  
Resolutividade dos Serviços de Saúde na Comunidade Indígena  
Kwatá: Percepção do Indígena e da Equipe de Saúde / Bahiyyeh  
Ahmadpour Furtado. 2015  
86 f.: 31 cm.

Orientador: David Lopes Neto  
Coorientador: Daniel Scopel  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal  
do Amazonas.

1. Resolutividade . 2. Serviços de Saúde. 3. Saúde indígena. 4.  
Enfermagem. I. Lopes Neto, David II. Universidade Federal do  
Amazonas III. Título

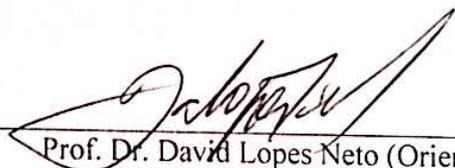
Bahiyyeh Ahmadpour Furtado

**RESOLUTIVIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA COMUNIDADE  
INDÍGENA KWATÁ: PERCEPÇÃO DO INDÍGENA E DA EQUIPE DE SAÚDE**

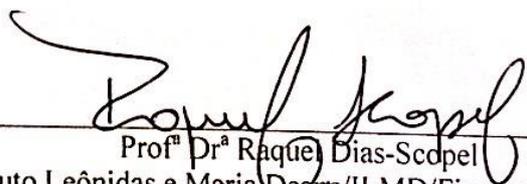
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas em Associação Ampla com a Universidade do Estado do Pará, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem. Linha de pesquisa: Enfermagem em Saúde Pública e Epidemiologia de Doenças na Amazônia.

Aprovada em 09 de dezembro de 2015.

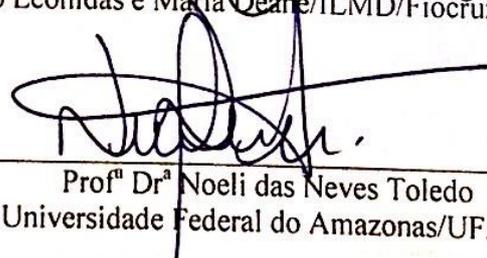
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. David Lopes Neto (Orientador)  
Universidade Federal do Amazonas/UFAM



Prof. Dr. Raquel Dias-Scdpel  
Instituto Leônidas e Maria Deane/ILMD/Fiocruz Amazônia



Prof. Dr. Noeli das Neves Toledo  
Universidade Federal do Amazonas/UFAM

Ao meu companheiro Lucas Furtado

## AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Manaus – EEM/UFAM, à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), ao meu orientador Dr. David Lopes Neto e ao meu co-orientador Dr. Daniel Scopel. Sem estas instituições e mestres, não seria possível a realização deste trabalho de pesquisa.

Ao cacique Manoel Cardoso Munduruku, por todo o apoio e colaboração para a realização desta pesquisa. Agradeço, ao seu filho, Silas, por ter me ajudado no deslocamento às aldeias e pela colaboração na pesquisa. Agradeço aos usuários do polo-base de saúde e a toda aldeia de Kwatá pela recepção calorosa e pelo interesse em contribuir com esta pesquisa.

Agradeço imensamente, a enfermeira Eliana, que facilitou e contribuiu de maneira significativa, com os dados pertinentes nesta dissertação. Agradeço profundamente as técnicas de enfermagem, especialmente, a Lene e a Lucinha, que me prestaram apoio e companhia nos dias que estive no polo-base. Agradeço aos Agentes Indígenas de Saúde de Kwatá, por terem contribuído através opiniões significativas, enriquecendo os materiais coletados. Aos demais profissionais do polo-base de saúde em Kwatá que contribuíram direta e indiretamente para a pesquisa, o meu muito obrigada.

Aos profissionais do Distrito Especial Sanitário Indígena de Manaus (DSEI-Manaus) pela colaboração das informações para o desenvolvimento desta pesquisa.

Às professoras Dra. Raquel Scopel, Dra. Noeli das Neves Toledo e Dra. Evelyne Mainbourg pela preocupação e apoio no andamento desta pesquisa no decorrer do período.

Agradeço aos meus pais, Atteza e Farhad Ahmadpour, que mesmo distantes, me ofereceram o apoio e compreensão. Agradeço às minhas amigas, Valéria Pacheco Dias e Maria Carolina Fontes, por terem ajudado a diluir a sobrecarga de trabalho acadêmico e profissional. Agradeço minhas amigas Luciana Barros de Lima e Anne Caroline Sampaio, por prestarem solidariedade e verdadeira amizade neste período do mestrado. E a todos os amigos e colegas que direta e indiretamente contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço ao Eric Barbosa, coordenador de curso de enfermagem da Faculdade Metropolitana de Manaus/FAMETRO, por ter me oferecido sua amizade e compreensão neste ano.

E nada disto poderia ter sido realizado sem as confirmações de Deus, haja vista que com a ajuda divina, fui beneficiada em ter na minha vida todas as pessoas que citei acima e, também, tive o privilégio de ter a certeza do caminho que irei trilhar: o caminho da pesquisa e docência.

*Há certos pilares que foram estabelecidos como inabaláveis sustentáculos da Fé de Deus. O mais poderoso deles é o conhecimento e o uso da mente, a expansão da consciência e a percepção das realidades do universo e dos mistérios ocultos de Deus Onipotente.*

Abdu'l-Bahá

## RESUMO

**Introdução:** A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, como parte integrante da Política Nacional de Saúde, prevê um atendimento diferenciado pelo Sistema Único de Saúde aos povos indígenas, com garantia do respeito às especificidades culturais de cada etnia indígena. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena está organizado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que se configuram como um espaço étnico-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo para o alcance da resolução das necessidades e problemas de saúde das populações indígenas. **Objetivo:** Analisar a resolutividade dos serviços de saúde na aldeia indígena Kwatá, por meio do ponto de vista dos profissionais de saúde e dos indígenas Munduruku. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo, embasado nos pressupostos etnográficos. A coleta de dados foi realizada nos meses de junho e setembro de 2015, totalizando vinte dias de permanência na aldeia. As técnicas para coleta de dados foram entrevista semiestruturada e observação participante com anotações em diário de campo. Participaram desta pesquisa: quinze profissionais da saúde e cinco usuários do polo-base de Kwatá. Os dados foram organizados e tratados por meio da análise de conteúdo. **Resultados:** O estudo revelou que a busca da resolutividade dos problemas de saúde dos índios Munduruku está relacionada a educação permanente dos Agentes Indígenas de Saúde, segurança no transporte fluvial dos pacientes, investimentos em recursos materiais e humanos, diálogo enfermagem-indígenas sobre o processo saúde-doença-cuidar. O estudo mostrou que há processos de trabalho que são facilitadores e resolutivos na saúde indígena, como as ações de enfermagem no polo-base de Kwatá e processos e situações que fragilizam a prática de resolução dos problemas, como a distância da localidade da aldeia até a Casa de Apoio a Saúde do Índio e ao hospital situado na sede do município mais próximo, tendo em vista a necessidade de encaminhamento do paciente para atendimento e tratamento em níveis assistenciais de saúde mais complexos. **Conclusões:** Sob o ponto de vista dos indígenas e da equipe de saúde, prevaleceram algumas categorias associados à resolutividade dos problemas de saúde, porém na prática, alguns aspectos não foram encontrados. Um destes aspectos relevantes tratou-se de fatores que vão para além das ações da equipe de saúde, como desafios no uso do transporte fluvial, a falta de recursos materiais e humanos e os entraves no itinerário terapêutico. Por outro lado, há fatores que demonstraram ser possíveis para o alcance da resolutividade através de ações da equipe de saúde, como a valorização dos saberes tradicionais indígenas no planejamento das ações de saúde. O estabelecimento da competência cultural, proposta pela antropologia e que inspirou a Enfermagem Transcultural, é um caminho coerente para o alcance da resolutividade num contexto diferenciado, como é a saúde indígena. O elo entre o Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus, os profissionais da Casa de Apoio à Saúde do Índio, os profissionais de saúde do polo-base de saúde e os indígenas Munduruku, torna-se essencial para a busca de soluções dos problemas relacionados à saúde, e estes podem ser compartilhados e aprendidos com vistas a construção de um diálogo entre estes atores sociais, tendo a finalidade de garantir a resolução de problemas de saúde para os indivíduos e a aldeia.

**DESCRITORES:** Saúde indígena; Resolução de Problemas; Serviços de saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** The National Policy for Health Care of Indigenous Peoples, as part of the Brazilian National Health, provides a differentiated service by the Brazilian Unified Health System to indigenous peoples, to guarantee respect for the cultural specificities of each indigenous group. The Subsystem of Attention the Indigenous Health is organized into 34 Special Districts Indigenous Health, which are configured as a dynamic ethno-cultural space, geographic, population and administrative framework for the scope of the resolution of the health needs and problems of indigenous peoples. **Objective:** To analyze the solving of health services in Kwata indigenous community, through the perspective of health professionals and Munduruku Indians. **Methodology:** This is a qualitative and descriptive study, based on ethnographic assumptions. Data collection was carried out in June and September 2015, totaling twenty days of stay in the village. The techniques for data collection were semi-structured interviews and participant observation with notes in a field diary. Participated in this research: Fifteen health professionals and five users of the polo-base Kwata. The data were organized and processed through content analysis. **Results:** The study revealed that the pursuit of solving the health problems of the Munduruku Indians is related to continuing education for Indigenous Health Agents, safety in inland waterway transport of patients, investment in physical and human resources, nursing-Indian dialogue on the health process -doença-care. The study showed that there are work processes that are facilitators and resolving capacity in indigenous health, such as nursing actions polo-base Kwata and processes and situations that weaken the practice of solving the problems, such as distance from the village location to House of Support for Indigenous Health and the hospital in the nearest county seat, given the need for referencing the patient for care and treatment in healthcare levels of more complex health. **Conclusions:** From the point of view of indigenous and health team, prevailed some categories associated with solving health problems, but in practice, some aspects were not found. One of these important aspects treated factors that go beyond the health team actions, as challenges in the use of river transport, lack of material and human resources and barriers in the therapeutic itinerary. On the other hand, there are factors that have proven to be possible to achieve the solving through health team actions, such as the appreciation of indigenous traditional knowledge in the planning of health actions. The establishment of cultural competence, proposed by the anthropology and that inspired the Transcultural Nursing, it is a consistent way to the scope of problem solving in a different context, as is the indigenous health. The link between the Special Indigenous Sanitary District of Manaus, the professionals of the House of Support for Indigenous Health, professional health health polo-base and Munduruku Indians, it is essential to the search for solutions to the problems related to health, and these can be shared and learned with a view to building a dialogue between these stakeholders, with a view to ensuring the resolution of health problems for individuals and the community.

**KEYWORDS:** Indigenous Health; Troubleshooting; Health Services.

## RESUMEN

**Introducción:** La Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas, como parte de la Política Nacional de Salud, ofrece un servicio diferenciado por el Sistema Único de Salud para los pueblos indígenas, para garantizar el respeto de las especificidades culturales de cada grupo indígena. El Subsistema de Atención a la Salud Indígena está organizado en 34 Distritos Sanitarios Especiales Indígenas, que se configuran como un espacio dinámico étnico-cultural, geográfica, la población y el marco administrativo para el alcance de la resolución de las necesidades y problemas de los pueblos indígenas de salud. **Objetivo:** Analizar la solución de servicios de salud en Kwata comunidad indígena, a través de la perspectiva de los profesionales de la salud y los indios Munduruku. **Metodología:** Se trata de un estudio cualitativo y descriptivo, basado en supuestos etnográficos. La recolección de datos se llevó a cabo en junio y septiembre de 2015, por un total de veinte días de estancia en el pueblo. Las técnicas de recolección de datos fueron entrevistas semiestructuradas y observación participante con notas en un diario de campo. Participaron en esta investigación: Quince profesionales de la salud y cinco usuarios de la Kwata basada en el polo. Los datos fueron organizados y procesados a través de análisis de contenido. **Resultados:** El estudio reveló que la búsqueda de la solución de los problemas de salud de los indios Munduruku está relacionado con la educación continua para los agentes indígenas de salud, la seguridad en el transporte por vías navegables de los pacientes, la inversión en recursos físicos y humanos, el diálogo-enfermería indio en el proceso de salud de atención-enfermedad. El estudio mostró que existen procesos de trabajo que son facilitadores y capacidad resolutive en salud indígena, como Kwata y los procesos y situaciones basadas polo-acciones de enfermería que debilitan la práctica de la solución de los problemas, como la distancia desde la ubicación del pueblo de Casa de Apoyo a la Salud Indígena y el hospital en la cabecera municipal más cercano, dada la necesidad de hacer referencia a la paciente para la atención y tratamiento de los dispositivos asistenciales de salud más complejo. **Conclusiones:** Desde el punto de vista del equipo indígena y la salud, se impusieron algunas categorías asociadas a la resolución de problemas de salud, pero en la práctica, no se encontraron algunos aspectos. Uno de estos aspectos importantes factores que van más allá de las acciones del equipo de salud, como los desafíos en el uso del transporte fluvial, la falta de recursos materiales y humanos y las barreras en el itinerario terapéutico tratar. Por otro lado, hay factores que han demostrado que es posible lograr la solución a través de acciones del equipo de salud, como la apreciación de los conocimientos tradicionales indígenas en la planificación de las acciones de salud. El establecimiento de la competencia cultural, propuesto por la antropología y que inspiró la Enfermería Transcultural, es una manera consistente con el alcance de la resolución de problemas en un contexto diferente, como es la salud de los indígenas. El vínculo entre el Distrito Sanitario Especial Indígena de Manaus, los profesionales de la Casa de Apoyo a la Salud Indígena, la salud profesional de la salud basada polo-base y los indios Munduruku, es esencial para la búsqueda de soluciones a los problemas relacionados con la salud, y estos pueden ser compartidos y aprendieron con miras a la construcción de un diálogo entre estos grupos de interés, con el fin de garantizar la solución de los problemas de salud para los individuos y la comunidad.

**PALABRAS CLAVE:** Salud Indígena; Solución de problemas; Servicios de salud.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

APS – Atenção Primária à Saúde

AIS – Agente Indígena de Saúde

CASAI – Casa de Apoio à Saúde do Índio

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

FUNAI – Fundação Nacional do Índio

PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....</b>	<b>13</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
<b>3. MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>17</b>
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>20</b>
4.1 Resolutividade dos serviços de Saúde: Revisão Integrativa de Literatura.....	20
4.2 A Percepção do usuário e o papel da enfermagem na resolutividade dos serviços de saúde em Kwatá, Amazonas.....	32
4.3 Práticas de enfermagem na resolução dos problemas de saúde na aldeia indígena de Kwatá, Amazonas.....	58
<b>5. CONDIRERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>84</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	
<b>ANEXOS.....</b>	
<b>APÊNDICE.....</b>	

## 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta dissertação versa sobre a resolutividade dos serviços de saúde sob a ótica dos indígenas Munduruku e dos profissionais de saúde que atuam no polo-base de saúde na aldeia indígena de Kwatá, município de Borba, estado do Amazonas. Esta aldeia faz parte da Terra indígena Kwatá-Laranjal, sendo Kwatá uma área que envolve 19 aldeias e dispõe de uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), que atende toda a população indígena, que era de, aproximadamente, duas mil pessoas.

O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) responsável por esta área que abrange a aldeia de Kwatá é o DSEI-Manaus. O polo-base de saúde localiza-se na aldeia de Kwatá, que é a aldeia central e a mais populosa, então quando há algum indígena enfermo, o Agente Indígena de Saúde (AIS) é responsável por encaminhar e acompanhar o usuário para o polo-base. O município amazonense mais próximo de Kwatá é Nova Olinda do Norte, para onde são encaminhados os casos de pacientes indígenas que estão fora do alcance resolutivo do polo-base. Nova Olinda do Norte dispõe de uma Casa de Apoio à Saúde do Índio (CASAI), que serve de apoio aos pacientes indígenas para o atendimento no hospital do município.

Com base nessa realidade de saúde da aldeia Kwatá, foi realizado um trabalho fundamentado nos pressupostos etnográficos, do qual resultou três capítulos sob a estrutura de artigos científicos. O primeiro artigo é uma revisão integrativa da literatura sobre a resolutividade no contexto nacional. Tal revisão proporcionou um conhecimento prévio sobre a realidade nas diversas localidades, sobre os facilitadores e entraves na busca da resolutividade dos problemas de saúde. O segundo artigo, verificou as características do contexto da saúde indígena em Kwatá, analisando sob o ponto de vista dos indígenas usuários e dos profissionais de saúde, os fatores que contribuíram para o alcance da resolutividade e os desafios a serem considerados pela população indígena. O terceiro artigo, descreveu o trabalho da enfermagem no contexto da saúde indígena em Kwatá e as suas práticas de cuidar para o alcance da resolutividade.

A resolutividade em saúde é um tema que exige uma abordagem interdisciplinar, neste sentido, fez-se um esforço para articular os estudos da Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas (PNASPI) com os estudos sobre a atenção diferenciada da autora Esther Jean Langdon, conceitos oriundos da Enfermagem Transcultural, criados por Madeleine Leininger e os estudos sobre a saúde indígena da autora Luíza Garnelo, os quais serviram de bases teóricas para as referências deste estudo.

A Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas (PNASPI) foi implementada em 2002 com base na Lei Orgânica de Saúde, reconhecendo as especificidades étnicas e culturais e os direitos territoriais dos povos indígenas nos campos das ações voltadas para a proteção, promoção e recuperação da saúde.<sup>1</sup> Para tanto, é imprescindível ressaltar que a adoção dos princípios e diretrizes que caracterizam o Sistema Único de Saúde (SUS) como a universalidade, equidade, participação comunitária e o controle social são vitais para a realização de estudos, de quaisquer naturezas com populações indígenas.

Além disso, a PNASPI reconheceu em 2002, a necessidade de redes de serviços de saúde nas terras indígenas superando desta maneira as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do SUS para os povos indígenas. Nesse sentido, a PNASPI tem como propósito:

Garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral, 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 super-ação dos fatores 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.<sup>1</sup>

A PNASPI é integrada aos princípios que regem o SUS, de maneira que se possa atingir a resolutividade dos problemas de saúde nas aldeias indígenas em todo território nacional. Desta forma, a resolutividade, além de ser um princípio do SUS e uma das funções da Atenção Primária à Saúde (APS), é uma ferramenta que avalia os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos no atendimento ao usuário sob a percepção dos que usufruem do SUS.<sup>2,3,4,5</sup>

No campo da saúde indígena, a APS é o principal nível de atenção do SUS e é uma forma de organizar os serviços de saúde, canalizando ações voltadas para “um atendimento eficiente, com elevada capacidade resolutiva das necessidades de saúde com menor custo, mediante a adoção de técnicas simples, mas eficientes, capazes de responder aos principais problemas de saúde que ocorrem na população”.<sup>6</sup> Neste sentido, na saúde indígena, a APS está inclusa no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) desde 1999, objetivando fornecer atenção diferenciada para os povos indígenas.

No entanto, a realidade das ações voltadas à saúde indígena ainda reflete um conjunto de condições precárias, prejudicando o alcance de bons níveis de resolutividade dos problemas de saúde nas aldeias, a exemplo da insatisfação dos indígenas quanto aos atendimentos prestados pelos DSEI em relação aos agravos de saúde, tendo em vista que grande parte destes podem ser resolvidos nas aldeias e nos polos-bases, mas são encaminhados à sede do município, superlotando assim, a CASAI.<sup>6</sup>

Integrante da EMSI, a equipe de enfermagem é uma característica presente do DSEI, sendo o enfermeiro e o técnico de enfermagem, protagonistas na implementação de programas de assistência à saúde, de educação em saúde, de formação de agentes indígenas de saúde e das rotinas dos polos-bases de atendimento da aldeia e, colaboradores no processo organizacional dos serviços de saúde indígena, participando ativamente na construção do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.<sup>7</sup> Por essa razão, faz-se necessário um estudo com os profissionais de enfermagem na prática da atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas com o propósito de analisar a rotina e verificar as ações estratégicas utilizadas para a resolutividade dos problemas de saúde.

## **2. OBJETIVOS:**

### **2.1 GERAL:**

- Analisar a resolutividade dos serviços de saúde na aldeia indígena Kwatá, por meio do ponto de vista dos profissionais de saúde/enfermagem e dos indígenas Munduruku.

### **2.2 ESPECÍFICOS:**

- Compreender o ponto de vista dos indígenas e profissionais de saúde/enfermagem sobre a resolutividade dos serviços de saúde por meio da influência da etno-história, estrutura social, valores culturais, linguagem e das práticas locais dos indígenas Munduruku;

- Descrever as práticas e o cuidado de enfermagem na resolução dos problemas de saúde de indígenas Munduruku.

### 3. MATERIAIS E MÉTODOS

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, fundamentado nos pressupostos etnográficos, realizado na aldeia indígena de Kwatá, da etnia Munduruku, do município de Borba, pertencente ao estado do Amazonas, no período de agosto a outubro de 2015.

#### 3.2 SUJEITOS DA PESQUISA

O total de sujeitos entrevistados na pesquisa foram vinte, sendo: 5 indígenas da etnia Munduruku, 1 enfermeira, 1 médico, 3 técnicos de enfermagem e 10 Agentes Indígenas de Saúde, que atuavam na aldeia indígena Kwatá.

**Os critérios de inclusão para os sujeitos indígenas foram:** ser da etnia Munduruku, residir nas terras indígenas Kwatá, ser maior de idade, do gênero masculino ou feminino, residir na aldeia em um período superior a 20 anos e que possua conhecimento da história da etnia Munduruku e falar o português, idioma predominante na aldeia, para melhor comunicação entre o sujeito e a pesquisadora, assegurando a fidedignidade das informações na coleta de dados, já que se trata de uma aldeia que alguns indígenas são bilíngues, falantes do dialeto Munduruku e da língua portuguesa.

**Os Critérios de exclusão para o sujeito indígena foram:** estar ausente da aldeia ou doente no período de coleta de dados.

**Os Critérios de inclusão para os profissionais de saúde/enfermagem (Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Agente Indígena de Saúde) foram:** estar atuando profissionalmente na aldeia indígena durante o período da pesquisa, ter vínculo empregatício com instituições de saúde que desenvolvem trabalhos em Kwatá.

**Critérios de exclusão para os profissionais de saúde/enfermagem (Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Agente Indígena de Saúde) foram:** estar de licença ou férias do trabalho no período da coleta de dados.

### 3.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas e da observação participante com anotações em diário de campo.

As entrevistas com os sujeitos da pesquisa ocorreram em um tempo de aproximadamente quarenta minutos. Em relação ao processo de obtenção e de registro do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) dos sujeitos da pesquisa seguiu as seguintes etapas:

- 1) Contato prévio com a liderança indígena, ao qual foi apresentada em janeiro de 2014 a proposta e a explicação sobre o protocolo da pesquisa;
- 2) Após conhecimento do protocolo de pesquisa e a concordância da liderança indígena, foi assinado o Termo de Anuência (ANEXO) pelo cacique Sr. Manoel Cardoso Munduruku;
- 3) Para a obtenção do TCLE dos sujeitos da pesquisa, foi realizada uma reunião com os indígenas Munduruku das aldeias e com os profissionais de saúde, a fim de apresentar o projeto, suprimindo possíveis dúvidas, para depois de esclarecidas, lerem e expressarem seus consentimentos, assinando individualmente o TCLE.
- 4) Os informantes-chaves da pesquisa foram consultados pela liderança indígena, no qual preencheram o critério de elegibilidade: para indígenas - ser da etnia Munduruku, residir nas terras indígenas Kwatá e Laranjal, ser maior de idade, do gênero masculino ou feminino, residir na aldeia em um período superior a 20 anos e que possua conhecimento da história da etnia Munduruku e falar o português, idioma predominante na aldeia, para melhor comunicação entre o sujeito e a pesquisadora, assegurando a fidedignidade das informações na coleta de dados, já que se trata de uma aldeia que alguns indígenas são bilíngues, falantes do dialeto Munduruku e da língua portuguesa; para profissionais de saúde: estar atuando profissionalmente na aldeia indígena no período mínimo de um ano.

A **análise dos dados** foi realizada por meio dos recortes abstraídos das informações das entrevistas e das observações contidas no diário de campo, constituintes do *corpus*. Para o processamento analítico foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo Temática, com a qual foi realizada a identificação dos grupos temáticos que agregarão as unidades de registro que definirão as categorias e subcategorias temáticas.<sup>8</sup>

As **unidades de registros** foram apresentadas por meio de palavras, frases ou resumos temáticos sob a forma de **categorias** e **subcategorias temáticas**. As categorias temáticas foram produtos das junções semânticas das unidades de registro que constituiu a grelha de análise

(quadro síntese) de qualificação e quantificação dos elementos dos discursos agregados a cada temática.

### **3.4 ASPECTOS ÉTICOS**

A pesquisa seguiu o que preconiza o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com base nas Resoluções 466/2012 e 304/2000 para pesquisa envolvendo aldeias indígenas, Fundação Nacional do Índio e Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas sob o CAAE: 38527014.7.0000.5020.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 RESOLUTIVIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

*Bahiyeh Ahmadpour Furtado<sup>1</sup> David Lopes Neto<sup>2</sup> Daniel Scopel<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>. Mestranda pelo Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Manaus/EEM/UFAM. E-mail: [bahiyeh@gmail.com](mailto:bahiyeh@gmail.com)

<sup>2</sup>. Doutor em Enfermagem. Professor Associado da Escola de Enfermagem de Manaus/UFAM. E-mail: [davidnetto@uol.com.br](mailto:davidnetto@uol.com.br)

<sup>3</sup>. Doutor em Antropologia Social. Pesquisador do Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ. E-mail: [daniel.amazonia@gmail.com](mailto:daniel.amazonia@gmail.com)

**RESUMO Introdução:** Como princípio do Sistema Único de Saúde, a *resolutividade* tem como principal objetivo, buscar maneiras através dos profissionais de saúde, para o alcance da resolução de problemas de saúde dos usuários. **Objetivo:** Sintetizar o conhecimento sobre a resolutividade nos serviços de saúde no Brasil. **Método:** Revisão Integrativa da literatura, que teve como questão norteadora: quais os fatores que contribuíram para a resolutividade e seus desafios nos serviços de saúde segundo estudos científicos no período de 2004 a 2014? A coleta de dados procedeu pela busca de artigos, teses e dissertações nas bases de dados: Lilacs e Scielo, utilizando a combinação do descritor “resolução de problemas” com o operador booleano *and* seguidos dos descritores “enfermagem” e “serviços de saúde”. **Resultados:** Foram selecionados 23 estudos, entre 19 artigos e quatro dissertações. Os estudos identificaram como facilitadores no alcance da resolutividade: a integralidade da assistência à saúde, o acesso aos serviços de saúde, a consulta de enfermagem (coleta de dados/histórico, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem), o acolhimento nos serviços de saúde a humanização na assistência à saúde. **Conclusão:** A Atenção Primária à Saúde desempenha função ímpar para o alcance da resolutividade. Os profissionais de saúde, principalmente a enfermeira, desempenha um papel essencial para contribuição de aspectos relevantes que servem como facilitadores no alcance da resolutividade dos problemas de saúde em todos os níveis de atenção.

Descritores: Resolução de Problemas; Enfermagem; Serviços de Saúde; Atenção Primária de Saúde.

#### 1. Introdução

A resolutividade representa um dos doze princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Este sistema público de saúde, tem como base a Atenção Primária à Saúde (APS), como forma de resolver os principais problemas de saúde da população.<sup>1</sup> A resolutividade permite avaliar a satisfação dos usuários perante o atendimento de saúde, esta relação é uma importante ferramenta para avaliar a qualidade e o desempenho de atenção à saúde, contribuindo para a reorganização dos serviços saúde.<sup>2</sup>

Outro conceito relacionado a resolutividade, refere-se à aptidão do sistema de saúde dentro dos limites de complexidade e capacidade tecnológica de resolver os problemas de saúde que levam o usuário a procurar seus serviços, em cada nível de assistência.<sup>3</sup> Nesse sentido, a

resolutividade compreende as formas de atenção para alcançar respostas positivas frente as necessidades de saúde do indivíduo e da coletividade.

A resolutividade pode ser avaliada por dois aspectos, a primeira é em relação à capacidade de atender à demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento mais especializado, e a segunda, dentro do sistema de saúde, que se estende desde a consulta inicial do usuário até a solução de seu problema.<sup>4</sup>

Com base no exposto, a percepção dos usuários acerca da resolutividade, permite identificar os entraves para solucionar os problemas de saúde e, assim, permite a equipe de saúde (re) avaliar o planejamento e estratégias para buscar a satisfação dos usuários.

Este estudo tem como objetivo analisar os fatores que contribuíram para a resolutividade dos problemas de saúde nos serviços de saúde, através de estudos publicados no período de 2004 a 2014.

## **Método**

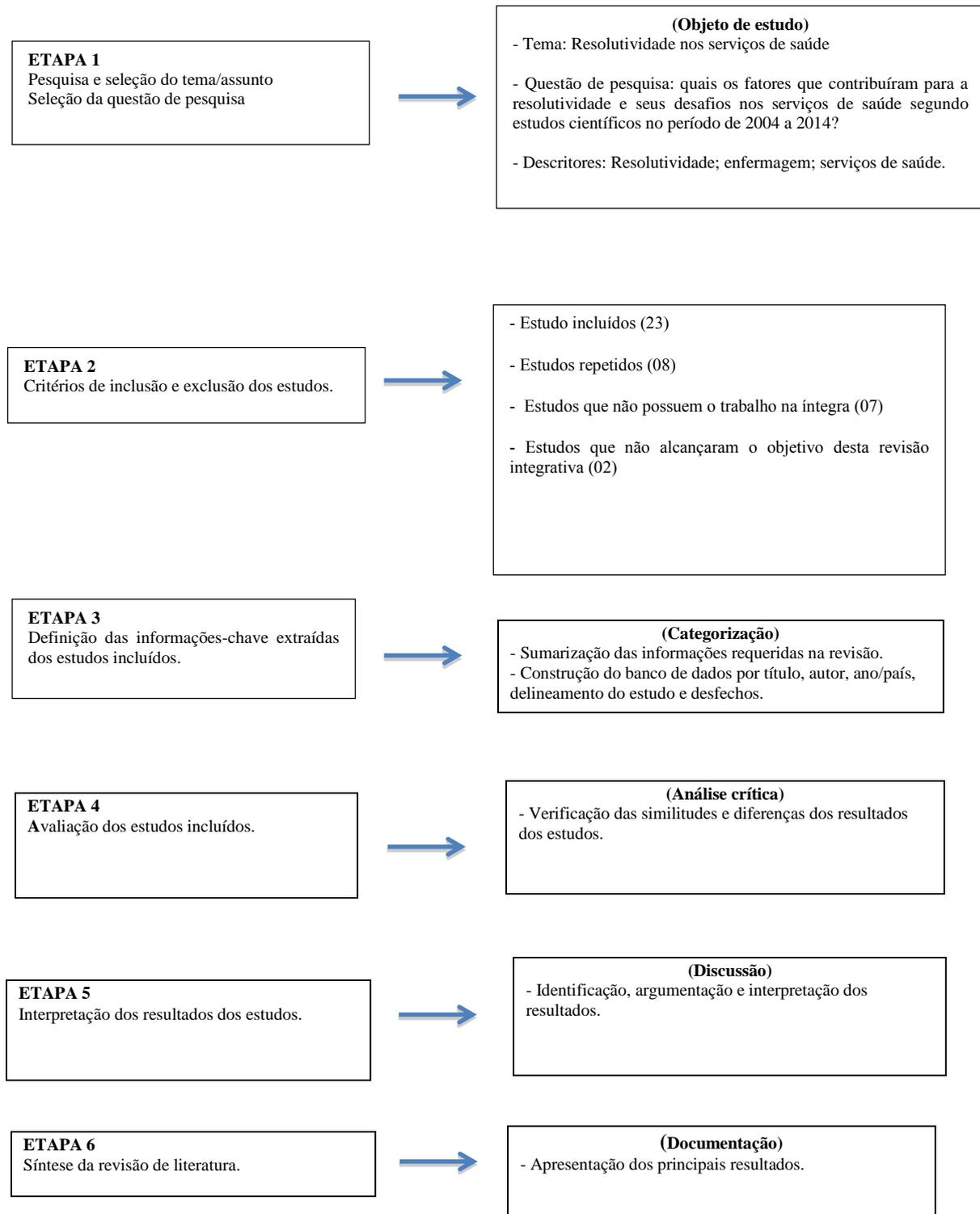
Estudo do tipo revisão integrativa, fundamentado em seis etapas (Figura 1). A questão norteadora para o desenvolvimento da pesquisa foi: quais os fatores que contribuíram para a resolutividade e seus desafios nos serviços de saúde segundo estudos científicos no período de 2004 a 2014?

Os critérios de elegibilidade permitiram incluir estudos que versaram sobre a resolutividade dos serviços de saúde no Brasil no período de 2004 a 2014, escritos nos idiomas português, espanhol e inglês. Preferiu-se limitar a pesquisa para o Brasil por se tratar de um princípio que rege o Sistema Único de Saúde na Constituição do país.

Para a busca das publicações, foram consultadas as bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Eletronic Library Online* Brasil (Scielo-Br), utilizando-se a combinação do descritor “resolução de problemas” seguido de cada um dos descritores: “enfermagem” e “serviços de saúde”.

Foram obtidos 40 estudos, os quais foram analisados por triagem dos títulos, da avaliação dos resumos e da leitura e avaliação dos textos completos. Após serem realizadas as análises dos textos, 23 estudos selecionados foram incluídos, sendo 19 artigos e quatro dissertações. Neste momento, foram removidas as publicações que não apresentavam o texto na íntegra, estudos repetidos e que não alcançaram o objetivo da temática. Dessa forma, na amostra final foram incluídos 23 artigos, os quais responderam à questão condutora e à elegibilidade.

**Figura 1.** Fluxo de participantes por meio do julgamento.



## Resultados e Discussão

Quadro 1. Levantamento dos estudos encontrados nas bases de dados Lilacs e Scielo nos anos de 2004 a 2014, segundo título, autores, país, ano, categoria e objetivo do estudo.

Nº	Título	Autores	País/ Ano	Categoria	Objetivo do estudo
1	Câncer infantil: o itinerário diagnóstico	Aline Cristiane Cavicchioli, Maria José Menossi, Regina Aparecida Garcia de Lima	Brasil/ 2007	Artigo científico	Descrever a trajetória percorrida por crianças e adolescentes desde o início dos sintomas até a confirmação do diagnóstico do câncer.
2	Acesso e resolutividade: satisfação dos usuários de serviços de proteção às vítimas de violência intrafamiliar	Juliane Portella Ribeiro	Brasil/ 2011	Dissertação	Analisar a satisfação das famílias em relação ao acesso e à resolutividade das ações de dois serviços de proteção às vítimas de violência intrafamiliar do município do Rio Grande/RS.
3	The users' perception in relation to health practices: a literary analysis.	Gicelle Galvan Machineski, Maria Alice Dias da Silva Lima, Ana Lucia de Lourenzi Bonilha, Jacó Fernando Schneider	Brasil/ 2009	Artigo científico	Discutir os resultados de pesquisas sobre as práticas de saúde e a percepção dos usuários acerca dos Serviços Públicos de Saúde da atenção básica e psicossocial.
4	Resolutividade na atenção à saúde da criança: percepção de pais e cuidadores.	Rosane Meire Munhak da Silva, Cláudia Silveira Viera, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso, Eliane Tatsch Neves, Rosa Maria Rodrigues	Brasil/ 2013	Artigo científico	Compreender como ocorre a resolutividade do problema de saúde do filho na visão de pais e cuidadores, a partir dos atributos da atenção primária à saúde.
5	O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária à saúde	Anna Luisa Finkler, Cláudia Silveira Viera, Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso	Brasil/ 2014	Artigo Científico	Aprender o acesso em duas unidades de atenção primária, tradicional e saúde da família e avaliar se houve resolutividade da assistência a saúde da criança.
6	Prática de enfermagem na condição crônica decorrente de hanseníase	Fabíola Rondon Freire da Silva, Aldenan Lima Ribeiro Corrêa da Costa, Laura Filomena Santos de Araújo, Roseney Bellato	Brasil/ 2009	Artigo científico	Compreender como se efetiva a prática de atendimento de enfermagem na prevenção da hanseníase e suas complicações, de modo a responder aos princípios da integralidade e resolutividade em duas unidades da Estratégia Saúde da Família na Regional de Saúde Diamantino-MT.

7	Percepção dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família sobre a atuação das equipes de saúde bucal em Goiânia, em 2009: estudo qualitativo	Érika Fernandes Soares, Sandra Cristina Guimaraes Bahia Rei, Maria do Carmo Matias Freire	Brasil/ 2013	Artigo Científico	Investigar a percepção dos integrantes das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a atuação das equipes de saúde bucal (ESB) em Goiânia-GO.
8	Conception of the family health nurses about the gynecological nursing consultation.	Fernanda Coimbra Lício, Fernanda Bonato Zuffi, Lúcia Aparecida Ferreira	Brasil/ 2013	Artigo científico	Descrever a percepção do enfermeiro das equipes de saúde da família, dos distritos sanitários II e III de Uberaba, sobre a consulta de enfermagem ginecológica.
9	A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais.	Sueli Maria dos Reis Santos; Maria Cristina Pinto de Jesus; Arlete Maria Moreira do Amaral; Darcília Maria Nagen da Costa; Rafaela Alves Arcaño	Brasil/ 2008	Artigo Científico	Conhecer a percepção do enfermeiro sobre a realização da consulta de enfermagem na prática dos serviços de atenção básica.
10	"I went to the nearest health clinic...": free demand of the emergency service of a university hospital	Marina Casarotto, Maria Denise Schimith, Maria de Lourdes Denardin Budó, Teresinha Heck Weiller, Bruna Sodré Simon	Brasil/ 2012	Artigo Científico	Compreender os motivos e necessidades que estimulam a população a buscar assistência básica de saúde em um Pronto Socorro de um hospital universitário do interior do Rio Grande do Sul.
11	Violência psicológica: um fator de risco e de desumanização ao trabalho da enfermagem	Claudiomiro Maciel de Oliveira, Rosane Teresinha Fontana	Brasil/ 2012	Artigo Científico	Identificar concepções dos trabalhadores da equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde sobre a violência psicológica vivenciada no trabalho e apresentar suas características.
12	O acolhimento no contexto da Estratégia Saúde da Família	Renata Fiúza Damasceno, Luis Paulo Souza e Souza, Maria Fernanda Loiola Ruas, Patrícia Antonio de Brito, Érika Andrade e Silva, Juliano Lucas Soares da Silva	Brasil/ 2012	Artigo Científico	Compreender o significado do acolhimento para usuários e profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) Eliza Savalla do município Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil.
13	Acolhimento em um serviço de atenção básica à saúde de Minas Gerais	Júlio César Batista Santana, Ninon Miranda Fortes, Alexandre Viana de Andrade, Ana Paula Fernandes Soares, Débora de Oliveira Coelho Andrade, Juliana Regina Monteiro Lima	Brasil/ 2012	Artigo Científico	Compreender o significado do acolhimento para o usuário em um serviço de saúde de atenção básica.
14	Cuidador familiar de idosos: a busca pelo apoio social formal e informal	Luciane Almeida Floriano, Rosemeiry Capriata de Souza Azevedo, Annelita Almeida Oliveira Reiners	Brasil/ 2012	Artigo Científico	Descrever como a busca pelo apoio social formal e informal pode ser utilizado pelos cuidadores familiares de idosos como estratégia para lidar com as situações estressoras vivenciadas no cotidiano do cuidado.

15	Percepção dos usuários sobre os serviços de saúde pública no Brasil: revisão integrativa	Silvana Silveira Kempfer, Maria Lígia dos Reis Bellaguarda, Maria Patrícia Locks de Mesquita, Angela Maria Alvarez.	Brasil/ 2011	Artigo científico	Identificar a produção científica acerca da percepção dos usuários em relação ao cuidado prestado pelos serviços públicos de saúde no Brasil.
16	Saúde da família: visão dos usuários	Adriana Alves Nery, Carlos Gustavo Ramos Carvalho, Flavia Pedro dos Anjos Santos, Maristella Santos Nascimento, Vanda Palmarella Rodrigues.	Brasil/ 2011	Artigo científico	Conhecer a visão dos usuários sobre a ESF e descrever as expectativas dos usuários sobre o cuidado produzido pelos profissionais da ESF.
17	Humanização da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: percepção do usuário	Inês Maciak; Juliana Vieira de Araujo Sandri; Fernanda Drech Spier	Brasil/ 2009	Artigo científico	Analisar o atendimento recebido, a satisfação e os problemas enfrentados na Unidade de Emergência do HUOP, segundo a percepção dos usuários ou familiares.
18	A história de vida focal e suas potencialidades na pesquisa em saúde e em enfermagem	Roseney Bellato, Laura Filomena Santos de Araújo, Ana Paula Silva de Faria, Elizabeth Jeanne Fernandes Santos, Phaedra Castro, Solange Pires Salomé de Souza, Sonia Ayako Tao Maruyama	Brasil/ 2008	Artigo científico	Relatar a experiência de um grupo de pesquisadoras na utilização da HVF como abordagem metodológica privilegiada para a compreensão da vivência do adoecimento e da busca por cuidado empreendida por usuários em serviços de saúde do SUS em Mato Grosso.
19	Usuários frequentes de um serviço de urgência: perfil e motivos de busca por atendimento	Aline Marcos Acosta	Brasil/ 2012	Dissertação	Analisar a utilização frequente por usuários adultos do serviço de urgência de um hospital universitário.
20	O Acolhimento no cotidiano dos profissionais das Unidades de Saúde da Família em Londrina-Paraná	Sônia Regina Nery	Brasil/ 2006	Dissertação	Analisar o acolhimento no cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde nas USF do município de Londrina.
21	Integralidade do cuidado à gestante, puérpera e recém-nascido: o olhar de usuárias	Regiane Veloso Santos	Brasil/ 2009	Dissertação	Compreender a percepção das usuárias sobre a Linha do Cuidado à Gestante, Puérpera e ao Recém-Nascido
22	Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da estratégia saúde da família	Raquel Borba Rosa; Alisia Helena Weis Pelegrini; Maria Alice Dias da Silva Lima	Brasil/ 2011	Artigo Científico	Analisar a visão de usuários sobre a resolutividade da assistência de uma equipe de Saúde da Família e a relação com a sua satisfação.
23	Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário	Ruth Natalia Teresa Turrini; Maria Lúcia Lebrão; Chester Luiz Galvão Cesar	Brasil/ 2008	Artigo Científico	Identificar a resolutividade dos serviços de saúde utilizados pela população que referiu pelo menos um problema de saúde em 15 dias anteriores à entrevista e procurou ajuda para resolvê-lo, na região sudoeste da Grande São Paulo, Brasil.

A resolutividade vem sendo discutida sob diversas formas de abordagens, dependendo de quem está sendo avaliado ou sob qual perspectiva está sendo realizada a avaliação. Nesta seleção de estudos sobre resolutividade, verificou-se diferentes enfoques nos quais a resolutividade da atenção à saúde indígena está evidenciada, como o atendimento dos profissionais de saúde, a tecnologia dos recursos materiais, a necessidade de um espaço informal para a educação em saúde, a organização e fluxo dos serviços e a formação dos profissionais de saúde.

Análise dos estudos selecionados sob o tema “resolutividade dos problemas de saúde” mostra publicações relacionadas aos outros princípios do SUS, como integralidade e acessibilidade aos serviços de saúde.<sup>5,6,7,8,9</sup>

A integralidade da assistência é entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso a ser atendido em todos os níveis de complexidade do sistema.<sup>10</sup> A integralidade como definição legal e institucional é uma das primeiras diretrizes básicas do SUS, evidenciando-se como um direito do cidadão e um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária.<sup>11</sup>

Acessibilidade ou acesso aos serviços de saúde é um dos fundamentos e diretrizes da Atenção Básica à Saúde e possibilita o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo aos usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.<sup>12</sup>

Em relação à análise das consultas e atendimento dos profissionais de saúde, verificou-se que havia um foco biologicista, centrada na doença, negligenciando assim, outros aspectos da vida dos indivíduos, resultando em menor resolutividade dos problemas de saúde. Esta situação se repete quando associada à falta de preparo do profissional para a função exercida, principalmente, na atenção primária à saúde (APS).<sup>5,7,8,9,13</sup>

Com o propósito de organizar o trabalho de enfermagem quanto ao método pessoal e instrumental, a consulta de enfermagem (Resolução nº 358/2009) que orienta o cuidado de enfermagem na atenção à saúde da população, sendo divididas em cinco etapas por meio do processo de enfermagem: coleta de dados de enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem.<sup>14</sup>

A consulta de enfermagem é uma ferramenta importante e que merece destaque, haja vista que por meio desta ação privativa do profissional enfermeiro poderá contribuir de maneira significativa para a resolutividade dos problemas de saúde do indivíduo e da aldeia no contexto da Atenção Primária a Saúde. No estudo de Santos et al, foi destacado o papel da consulta de enfermagem neste processo que é de exclusividade do profissional enfermeiro, e neste ambiente deve ser realizado um contato que ultrapasse a barreira biológica, envolvendo assim, questões sociais e do processo saúde-doença. Nesta perspectiva, percebe-se maior resolutividade através da consulta de enfermagem ao ser realizado de maneira integral, solucionando assim, os problemas de saúde dos indivíduos e da aldeia.<sup>15</sup>

A grande parte dos estudos selecionados foram realizadas na atenção primária à saúde, em diversos contextos que esta atenção contempla. Percebem-se que os objetivos citados nas publicações, acerca da resolutividade estão centrados em análises e avaliações da Estratégia Saúde da Família (ESF), sob a percepção dos usuários e dos profissionais, o que expressa ao fato de maior aproximação da enfermagem com a aldeia, por ser a porta de entrada dos usuários para o atendimento de saúde, para serem solucionados os problemas na unidade básica de saúde ou sendo encaminhado a outros serviços.

Uma realidade encontrada nos estudos selecionados, foi a busca da resolutividade diretamente em ambientes hospitalares, mesmo com a atuação das equipes de saúde na atenção primária em prática, fazendo com que haja superlotação nos serviços de urgência e emergência dos hospitais, mesmo havendo tecnologias disponíveis em Unidades Básicas de Saúde (UBS).<sup>16</sup> A atenção primária à saúde, mesmo com seus avanços, ainda enfrenta dificuldades no alcance dos princípios do SUS, fazendo com que os usuários busquem resolver os problemas nos serviços de maior complexidade assistencial, como os hospitais públicos e/ou privados e policlínicas.<sup>16</sup>

No estudo de Casarotto et al, verificou-se fatores que contribuem para a busca de resolutividade dos usuários em Pronto Socorro da Saúde em detrimento de um primeiro atendimento em da Unidade Básica de Saúde, como a longa espera por consultas especializadas para o atendimento mais rápido e a não-existência do médico na UBS no dia da procura por atendimento pelo usuário.<sup>16</sup>

Na busca de atendimento de saúde pelos usuários, encontram-se fragilidades tanto na relação profissional de saúde-usuário, quanto no indivíduo e na família em decorrência de uma realidade conturbada que envolve situações emocionais que podem caracterizar atitudes agressivas no contexto da saúde. O estudo de Oliveira e Fontana, mostra esta realidade enfrentada

pelos profissionais enfermeiros frente à violência psicológica ocasionada pelos usuários da APS, pois há o entendimento que a falta de acesso e resolutividade nos serviços, seria de responsabilidade exclusiva da enfermagem, desconsiderando outros fatores que contribuem para esta realidade.<sup>17</sup> Porém, a melhoria na organização dos serviços de saúde poderia resultar em melhor acesso e resolutividade, influenciando nas respostas positivas dos usuários, minimizando possíveis agressões contra os profissionais de saúde.<sup>17</sup>

Outro fator que está intimamente associado à resolutividade, é o acolhimento realizado nos serviços de saúde, principalmente na APS, já que se trata da porta de entrada dos usuários para o atendimento de saúde. No estudo de Damasceno et al, realizado em uma UBS de Juíz de Fora/MG, percebeu-se algumas falhas no acolhimento dos usuários, como a falta de privacidade no momento da escuta do usuário, tal problema não está somente associado a conduta dos profissionais, e sim a falta de estrutura física da UBS que não permite realizar este acolhimento com mais privacidade.<sup>18</sup> Por meio da escuta de qualidade realizada no momento do acolhimento, os usuários poderão expor seus problemas de saúde de maneira reservada e mais tranquila, tendo a oportunidade de os profissionais de saúde trabalharem no quesito resolutividade destes problemas de saúde de forma humanizada de acordo com as necessidades dos sujeitos inseridos em um contexto social.<sup>19</sup>

O acolhimento em saúde insere-se em um universo mais amplo do que apenas escutar, está associada ao relacionamento entre profissionais de saúde e usuário, pois este vínculo contribuirá para que os usuários não omitam suas reais necessidades de saúde, contribuindo para a melhoria da resolutividade em todos os contextos.<sup>18,20</sup>

Outro conceito que acompanha o tema de resolutividade nos estudos é a humanização na assistência de saúde. Nesta perspectiva a Política Nacional de Humanização (PNH), criada pelo Ministério da Saúde em 2004, tem como propósito de ser uma política aplicada em todos os serviços de saúde do SUS, de modo a trazer um diálogo entre profissionais e usuários, para a construção coletiva do processo de produção de saúde.<sup>21</sup> As prioridades da PNH trabalham para atender a resolutividade dos serviços de saúde são: 1) Redução das filas e do tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critério de risco; 2) Os usuários do SUS saberão quem são os profissionais que cuidam da sua saúde e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial; 3) As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS; 4) As unidades de saúde garantirão gestão

participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores.<sup>21</sup>

A resolutividade dos serviços de saúde é uma maneira de se avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário, seja de maneira quantitativo quanto qualitativa.<sup>22</sup> A primeira, é avaliada pelo número de clientes atendidos sobre o número de clientes que solicitaram o serviço, e o critério de mensuração é a taxa de demanda reprimida. A segunda, depende da natureza e da complexidade dos recursos físicos, humanos, materiais, diagnósticos e terapêuticos envolvidos na prestação dos serviços.<sup>23</sup> Portanto, há diversas formas de se avaliar a resolutividade e diferentes ferramentas utilizadas para o alcance deste princípio, mas, todos canalizam para um objetivo único, o de melhorar a maneira de resolver os problemas de saúde oferecidos pelos profissionais de saúde aos usuários em todos os contextos da atenção à saúde.

### **Conclusão**

Ao ser realizada a análise do tema da resolutividade dos serviços de saúde, percebeu-se que este princípio do SUS, na prática das ações de saúde, é um antídoto para a melhoria dos serviços de saúde.

A resolutividade está acompanhada de diversos elementos que constituem a prática dos profissionais de saúde, principalmente o trabalho exercido pela enfermagem. Nesse sentido, elementos como a consulta de enfermagem, integralidade, acessibilidade e humanização contribuem de maneira significativa para o alcance da resolutividade dos problemas de saúde em todos os níveis da atenção à saúde.

O estudo evidenciou que a Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada dos serviços de saúde, e o lócus facilitador para os usuários terem suas necessidades respondidas. Estas necessidades podem ser supridas por uma escuta de qualidade pelos profissionais de saúde. Além disso, rodas de conversas informais na aldeia para expressarem suas angústias e experiências e organização do serviço de saúde na unidade básica, encontram-se como sendo aliadas no trabalho da enfermagem, promovendo a resolutividade dos serviços de saúde.

Porém, muitos são os desafios encontrados na busca de serem supridas as necessidades dos usuários, como a falta de estrutura da unidade básica de saúde, falta de materiais e de espaço para melhor atendimento e escuta do usuário. Por conseguinte, a dificuldade em alcançar a resolução de problemas de saúde foi encontrada desde o atendimento inicial realizado na

recepção até a demora do encaminhamento de consultas especializadas e realizações de exames, no nível básico de atenção à saúde até o nível mais complexo.

Nesta perspectiva, a prática resolutiva da atenção à saúde, deve ser exercida de tal maneira que possa atender as necessidades dos usuários. Apesar de não existir uma fórmula para serem supridos todos os problemas de saúde, mas há na literatura exemplos práticos que podem nortear os atores envolvidos nos planejamentos e programações das ações de saúde no propósito de alcançar a resolutividade.

## Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária e promoção da saúde. Brasília, DF: CONASS, 2007.
2. Rosa RB, Pelegrini AHW, LIMA M. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Revista Gaúcha de Enfermagem.*, Porto Alegre (RS) 2011, 32(2):345-51.
3. Degani VC. A resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde. [Dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2002.
4. Turrini RNT. Percepção dos usuários sobre a resolutividade e a satisfação pelos serviços de saúde na região sudoeste da grande São Paulo. [Tese] São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública de São Paulo. Departamento de Epidemiologia. 2001.
5. Cavicchioli AC, Menossi MJ, Lima RAG. Câncer infantil: o itinerário diagnóstico. *Ver. Latino-Am. Enfermagem.* 2007, 15 (5):1025-1032.
6. Ribeiro JP. Acesso e resolutividade: satisfação dos usuários de serviços de proteção às vítimas de violência intrafamiliar [Dissertação]. Rio Grande (RS): Universidade Federal do Rio Grande. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2011.
7. Machineski G et al. The users' perception in relation to health practices: a literary analysis. *Online Brazilian Journal of Nursing*, Niterói (RJ). 2009; 8 (2).
8. Silva RMM da et al. Resolutividade na atenção à saúde da criança: percepção de pais e cuidadores. *Acta paul. enferm.* [online]. 2013, 26 (4) pp. 382-388.
9. Finkler AL, Viera CS, Tacla MTGM, Toso BRGO. O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária à saúde. *Acta paul. enferm.* [online]. 2014, 27 (6) pp. 548-553.
10. Ministério da Saúde (BR). Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990.

11. Mattos, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. (Orgs.) Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde. 4.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005.
12. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
13. Lício FC, Zuffi FB, Ferreira LA. Conception of the family health nurses about the gynecological nursing consultation. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, [S.I.], 2013, 5(4), p. 566-573.
14. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução (COFEN). Resolução nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos e privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009.
15. Santos SMR et al. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. Texto contexto - enferm. [online]. 2008, 17 (1), pp. 124-130
16. Casarotto M et al. "I Went To The Nearest Health Clinic...": Free Demand Of The Emergency Service Of Auniversity Hospital. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, [S.I.], sep. 2012, 4(3), p. 2712-2721,
17. Oliveira CM, Fontana RT. Violência psicológica: um fator de risco e de desumanização ao trabalho da enfermagem. Ciênc. cuid. saúde [online]. 2012, 11 (2), pp. 243-249.
18. Damasceno RF et al. O acolhimento no contexto da Estratégia Saúde da Família. J Health Sci Inst. 2012;30(1):37-40.
19. Santana JCB, Fortes NM, Andrade AV, Soares APF, Andrade DOC, Lima JRM. Acolhimento Em Um Serviço Da Atenção Básica À Saúde De Minas Gerais. R. Enferm. Cent. O. Min. 2012, 2(2):166-17
20. Baraúna, T. Humanizar a ação, para humanizar o ato de cuidar. Mundo saúde. 2003; 21 (2): 304-6.
21. Ministério da Saúde (BR). HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção a gestão em todas as instâncias do SUS/ Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
22. Turrini RNT, Lebrão ML, César CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. Revista de Saúde Pública, Rio de Janeiro, mar, 2008, 24(3):663-674.

## 4.2 PERCEPÇÃO DO INDÍGENA E DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE INDÍGENA SOBRE A RESOLUTIVIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM KWATÁ, AMAZONAS <sup>1</sup>

*Bahiyyeh Ahmadpour Furtado<sup>2</sup> David Lopes Neto<sup>3</sup> Daniel Scopel<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> Extraído da dissertação “Resolutividade dos serviços de saúde na aldeia indígena Kwatá: Percepção do indígena e da equipe de saúde”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Associação Ampla Universidade do Estado do Pará/Universidade Federal do Amazonas, em 2015.

<sup>2</sup> Mestranda pelo Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Manaus/EEM/UFAM.E-mail:[bahiyyeh@gmail.com](mailto:bahiyyeh@gmail.com)

<sup>3</sup> Doutor em Enfermagem. Professor Associado da Escola de Enfermagem de Manaus/UFAM. E-mail:[davidnetto@uol.com.br](mailto:davidnetto@uol.com.br)

<sup>4</sup> Doutor em Antropologia Social. Pesquisador do Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ. E-mail:[daniel.amazonia@gmail.com](mailto:daniel.amazonia@gmail.com)

**RESUMO: Introdução:** A resolutividade como princípio do Sistema Único de Saúde, permite verificar a satisfação dos usuários e, assim, contribuir na organização dos serviços de saúde. O subsistema de saúde indígena, tem como base os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, e neste contexto, a atuação na saúde apresenta peculiaridades específicas para esta população. **Objetivo:** Este artigo tem como objetivo analisar a resolutividade dos serviços de saúde através do ponto de vista dos usuários e dos profissionais de saúde na aldeia de Kwatá, no município de Borba/AM. **Método:** Estudo exploratório e descritivo, de base qualitativa, realizado através de entrevistas semiestruturadas e observação participante. O trabalho de campo foi realizado nos meses de agosto a outubro de 2015, totalizando vinte dias de permanência no local do estudo. A análise dos dados foi realizada através da abordagem etnográfica e da análise de conteúdo temática. **Resultados:** No ponto de vista dos indígenas e dos profissionais de saúde sobre a resolutividade, o estudo apresentou fatores que contribuem para o alcance deste princípio na percepção destes atores, como também fatores que poderiam melhorar para o alcance da mesma, tal como: o itinerário terapêutico ágil com vistas a garantir atendimento eficiente e de forma a responder as necessidades de saúde da população indígena; a educação permanente para os AIS com foco na capacitação sistematizada e atualização de temas com base nas necessidades da população; segurança no transporte do paciente; recursos materiais apropriados e presentes para os profissionais de saúde; recursos humanos com baixa rotatividade e melhorias das condições de trabalho para os profissionais de saúde; comunicação apropriada e de fácil acesso para informações dos pacientes internados na Casa de Apoio à Saúde Índio; equipe de saúde com mais integrantes, principalmente enfermeiros; facilidade no acesso aos serviços de saúde do nível básico e de média e alta complexidade, entre outros. **Conclusões:** Em Kwatá, fatores como a educação permanente, logística, recursos materiais e humanos, aparecem como pautas prioritárias no ponto de vista dos usuários e da equipe de saúde para o alcance da resolutividade. Estes elementos podem ser facilitadores para uma dinâmica mais efetiva na complexidade dos serviços no campo da saúde indígena. A equipe de saúde deve realizar o atendimento à saúde dos povos indígenas, buscando uma atenção diferenciada e o cuidado congruente com a cultura local a fim de exercer as práticas de ações em saúde de forma a incrementar a resolutividade dos problemas de saúde.

**Descritores:** Resolução de Problemas; Serviços de Saúde; Saúde Indígena.

## Introdução

Desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, no setor da saúde é enfatizada a importância da resolutividade nos cuidados primários de saúde, a qual vai além da ideia da ausência da doença, estimulando as ações de promoção e proteção da saúde dos povos, de modo a contribuir para o desenvolvimento econômico e social, alcançando desta forma, melhor qualidade de vida e a paz mundial.<sup>1</sup> É visível que os cuidados primários de saúde como descritos na declaração de Alma-Ata, percorrem por todos os meios que estão associados direta e indiretamente à saúde da população, incluindo pelo menos

A educação, no tocante a problemas prevaletentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais.<sup>1</sup>

A Atenção Primária à Saúde (APS) veio como uma estratégia de organização da atenção à saúde, a fim de sistematizar e responder às necessidades de saúde de uma população nas ações de prevenção e cura dos indivíduos e da aldeia. A APS foi mundialmente enfatizada e explicada detalhadamente na Conferência de Alma-Ata, e tem propósitos que alcança a integralidade e o atendimento universal da atenção à saúde, combatendo ideias “flexneriano”, no qual centrava-se apenas no diagnóstico das doenças do indivíduo no início do século XX.<sup>2,3</sup> Nesse sentido, a noção de saúde ultrapassa as barreiras das limitações que restringia a saúde apenas ao diagnóstico de doenças, transformando-se em garantia de vida de modo igualitário, sem restrições de credo, classe, cor, gênero e nível social.<sup>2</sup>

No ano de 1986 foi realizada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, para discutir sobre os avanços alcançados com a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários de Saúde, contribuindo para o alcance do objetivo de atingir a “Saúde para Todos no ano de 2000”. Nesta conferência foi esclarecido sobre o conceito de promoção da saúde no qual “é o nome dado ao processo de capacitação da aldeia para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”.<sup>4</sup> Nesta perspectiva, a promoção de saúde não é de restrita responsabilidade exclusiva do setor da saúde, abrange o setor da educação, economia, e política nacional e local, indo além do estilo de vida saudável, indo ao encontro de um bem-estar global.

Dentre os pré-requisitos para a saúde registrado na Carta de Otawa (resultado da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde), encontra-se a paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Neste sentido, o setor da saúde não é o único responsável para o alcance do bem-estar da população, necessita também de um sistema que envolve o governo, setores econômicos e sociais, indústria, autoridades locais, organizações voluntárias e não governamentais.<sup>4</sup>

No Brasil, o grande marco da saúde foi realizado no mesmo ano da realização da carta de Otawá em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, no qual resultou na inclusão da Saúde no capítulo da Seguridade Social, onde os artigos 196 a 200 trouxeram grandes inovações para o atendimento de saúde no país, dentre elas encontra-se a universalidade do acesso, a integralidade e a equidade da atenção, a descentralização na gestão e na execução das ações de saúde e a ampliação decisiva da participação da sociedade na discussão, na formulação e no controle da política pública de saúde.<sup>5</sup> Mas foi no ano de 1990, que o Sistema Único de Saúde ou Lei Orgânica de Saúde, se torna uma lei no país, trazendo princípios tais como a universalidade, integralidade, igualdade e participação da comunidade nos assuntos relacionados à saúde.

O Sistema Único de Saúde destaca-se como resultado da Reforma Sanitária no Brasil na década de 1980, e tem características que inclui a atenção à saúde com qualidade para todos os grupos populacionais, que vivem em todo território do país, mesmo aqueles que vivem em locais de difícil acesso como em algumas terras indígenas.<sup>6</sup> A prioridade do SUS é a APS, tal método contribui para organizar os serviços de saúde, visando oferecer um atendimento eficiente com elevada capacidade resolutiva das necessidades de saúde, e assim, resolvendo aos principais problemas de saúde que ocorrem na população.<sup>6</sup>

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Portaria 2.488/2011, estabelece alguns fundamentos e diretrizes, no qual enfatiza que a atenção primária deve possibilitar

O acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e responsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.<sup>7</sup>

Sendo assim, a Atenção Primária à Saúde deve tornar o atendimento do usuário uma forma de suprir os problemas relacionados à saúde, garantindo que estes problemas possam em partes, se possível na sua totalidade, capaz de resolver seus problemas de saúde. O profissional de saúde que atua neste nível de atenção tem como função central de “acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta”.<sup>7</sup>

Na APS, algumas ferramentas são essenciais para a efetivação da atenção básica, como a proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade.<sup>7</sup> A APS deve ser a porta de entrada dos usuários para os serviços de saúde, se não há uma relação ente os usuários e os profissionais, torna este processo um desafio em vez de atender as necessidades de saúde.

Como princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), a *resolutividade* tem por definição a capacidade de dar uma solução aos problemas do usuário do serviço de saúde de forma adequada, no local mais próximo de sua residência ou encaminhando-o aonde suas necessidades possam ser atendidas conforme o nível de complexidade, assim como a melhoria dos indicadores epidemiológicos de morbimortalidades de doenças.<sup>8</sup>

A resolutividade dos serviços de saúde é uma das maneiras de avaliação dos serviços de saúde a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário, sendo esta relação (resolutividade e satisfação do usuário), uma importante ferramenta para avaliar a qualidade e o desempenho da atenção à saúde, possibilitando realizar análises dos resultados do trabalho desenvolvido, e dessa maneira contribuindo para a reorganização dos serviços de saúde.<sup>9</sup>

Para assegurar a resolutividade dos serviços de saúde, é necessário considerar a abordagem integral e enfatizar a prevenção comunitária a fim de qualificar os serviços, como também, buscar o atendimento à demanda, da complexidade e da capacidade tecnológica dos serviços, resultando assim, na resolutividade e satisfação dos usuários.<sup>10</sup>

Turrini et al, realizaram um estudo sobre a percepção de usuários do Sistema Único de Saúde acerca da resolutividade dos serviços de saúde, evidenciando que a população tem conhecimento de como resolver seus problemas, mas que isso não garante que a rede de atenção à saúde esteja provida de recursos humanos, físicos e materiais para dar a devida resolução aos problemas de saúde que afligem as pessoas das diferentes aldeias.<sup>11</sup>

Na saúde indígena o contexto da atenção primária à saúde é foco central nas aldeias indígenas, através dos polos-bases de saúde, prevalecendo todos os programas que esta atenção atua, com foco na prevenção, promoção e recuperação da saúde, sendo o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) o responsável pela organização dos serviços neste nível de atenção. Caso não haja uma resolutividade no polo-base, o indígena é encaminhado a Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) como parte integrante da Política Nacional de Saúde, prevê um atenção diferenciada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ao índio, com garantia do respeito às especificidades culturais de cada etnia

indígena, as quais estão organizadas estruturalmente em um Subsistema de Saúde Indígena, composto por 34 DSEI, que se configuram como um espaço étnico-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo de resolução das necessidades e problemas de saúde das populações indígena.<sup>12</sup>

Na atenção à saúde dos povos indígenas, institucionalmente, o Ministério da Saúde implementou uma rede de serviços de saúde nas terras indígenas de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população, garantindo a efetivação da PNASPI.<sup>12</sup>

Este estudo tem como objetivo analisar as percepções dos usuários indígenas da etnia Munduruku e dos profissionais de saúde sobre a resolutividade dos problemas de saúde na aldeia Kwatá, no município de Borba, estado do Amazonas.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e de caráter qualitativo. O estudo foi fundamentado nos pressupostos etnográficos. O grande objetivo da etnografia “é tirar grandes conclusões a partir de fatos pequenos, mas densamente entrelaçados; apoiar amplas afirmativas sobre o papel da cultura na construção da vida coletiva, empenhando-as exatamente em especificações complexas”.<sup>13</sup>

O estudo foi realizado na aldeia Kwatá da terra indígena Kwatá-Laranjal, onde residem os indígenas Munduruku do estado do Amazonas, localizado no município de Borba/AM. O trabalho de campo foi realizado nos meses de agosto a outubro de 2015, totalizando duas visitas que somaram vinte dias na aldeia indígena de Kwatá.

A coleta de dados foi realizada em dois momentos: na primeira visita foi realizada o acompanhamento da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) durante a visitas em oito aldeias (Cajual/Empresinha, Fronteira, Kayoé, São Domingos, Juvenal, Arú, Pajurá e Parawá), no qual a equipe realizou os atendimentos de saúde para os indígenas residentes nestas aldeias. Já na segunda visita, a pesquisadora permaneceu no polo-base, a fim de coletar informações e observar a rotina do polo-base.

O procedimento de coleta de dados se deu através de entrevista semiestruturada e da observação participante com anotações em diário campo. Foram entrevistados quinze profissionais de saúde, entre eles a enfermeira do polo-base, duas técnicas de enfermagem, um médico e dez AIS. Além dos profissionais de saúde, foram entrevistados cinco usuários Munduruku que utilizavam os serviços de saúde em Kwatá e que são figuras centrais na aldeia,

entre eles o cacique da aldeia e o pajé. A identidade dos entrevistados foram substituídos por nomes fictícios para preservação do anonimato.

Os critérios de inclusão da pesquisa para os profissionais de saúde, foram: estar trabalhando formalmente no polo-base de Kwatá no período da coleta de dados. Já o critério de exclusão foi se o profissional estivesse de licença ou férias do trabalho.

Para os indígenas Munduruku, os critérios de inclusão foram: ser Munduruku, ser maior de idade, morar há mais de vinte anos em Kwatá, ter o conhecimento da história dos serviços de saúde local, aceitar através do TCLE a participar da pesquisa, falar o idioma português, já que nesta aldeia alguns Munduruku mais velhos possuem o conhecimento do dialeto local. O critério de exclusão foi se algum indígena durante a pesquisa estivesse doente ou viajando.

Após consulta com o cacique de Kwatá sobre os informantes-chaves para a pesquisa, a pesquisadora marcava um horário para a entrevista, que durava aproximadamente quarenta minutos. As entrevistas eram gravadas através de gravador de áudio e posteriormente transcritas em diário de campo. As observações eram registradas diariamente e sistematizadas, também, por meio de diário de campo.

A análise de dados foi realizada por meio da análise de conteúdo temática de Bardin, pela qual foram identificados grupos temáticos, agregando as unidades de registro, definindo desta forma, as categorias e subcategorias temáticas.<sup>14</sup> Assim, resultaram nas seguintes categorias: resolutividade, atenção diferenciada e trabalho de enfermagem. E em relação às subcategorias, foram divididas em: **Resolutividade** – Recursos Materiais, Recursos Humanos, Problemas de Saúde, Capacitação dos AIS, Transporte do Paciente e o Itinerário Terapêutico. **Atenção Diferenciada** – Plantas medicinais e a busca do pajé e/ou benzedeiro. **Trabalho da Enfermagem** – Métodos de trabalho, desafios de trabalho no contexto da saúde indígena, o AIS como grande elo da enfermagem e visitas da equipe nas aldeias.

Este estudo é um recorte da dissertação de mestrado, então para este artigo foi destacada a categoria **resolutividade** e suas subcategorias, no qual inserem diretamente como elementos necessários para a resolução dos problemas de saúde sob a perspectiva dos usuários e profissionais de saúde da aldeia de Kwatá.

Este estudo seguiu os aspectos éticos preconizados pelo Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com base nas resoluções 466/2012 e 304/2000 para pesquisas envolvendo aldeias indígenas (CAAE: 38527014.7.0000.5020).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Contexto local e estruturação da saúde indígena em Kwatá

A aldeia *Kwatá* pertence à Terra indígena *Kwatá-Laranjal* que está localizada no município de Borba, Amazonas. Kwatá é a maior aldeia do Rio Canumã, onde residem cerca de 350 Munduruku, que vivem numa área territorial de 1.121.300 hectares.<sup>15</sup> A aldeia de Kwatá fica mais próxima do município de Nova Olinda, apesar da aldeia fazer parte do município de Borba.

Kwatá está situada às margens do rio Canumã, territorializada em terras firmes e igapós junto a uma mata densa e primária, na qual predomina a Floresta Ombrófila Densa de Terras Baixas. Outra característica do rio Canumã é a variedade de peixes, principalmente os de grandes cardumes, além disso, a fauna na aldeia é diversificada espelhando a realidade amazônica, como macacos, onças e antas.<sup>15</sup>

Em meio a este cenário a aldeia de Kwatá possui um polo-base de saúde, que é uma estrutura do tipo Unidade Básica de Saúde e conta com atuação de Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, composta principalmente por Médico, Enfermeiro, Dentista, Técnicos de Enfermagem e Agente Indígena de Saúde (AIS) que é referência em relação aos serviços de saúde da aldeia de Kwatá. Em relação ao quantitativo de pessoal, neste polo constam: uma enfermeira, quatro técnicas de enfermagem, um médico, um dentista, um assistente de saúde bucal e 22 Agentes Indígenas de Saúde, além de dois agentes indígenas microscopistas e um agente indígena de vigilância sanitária. Em épocas de campanhas de vacinação, a equipe se desloca através de lancha até as aldeias. Enfermos que necessitam de um cuidado com maior complexidade, são encaminhados para a Casa de Saúde Indígena (CASAI) ou para o hospital de Nova Olinda do Norte, sendo esta cidade a referência do Subsistema de Saúde Indígena para os moradores de Kwatá.

A aldeia indígena de Kwatá está sob a responsabilidade do DSEI Manaus. Nesta aldeia quando os problemas de saúde não são solucionados no local, o indígena é transferido para a CASAI de Nova Olinda do Norte, que é o município mais próximo da aldeia. Caso não alcance a resolução dos problemas na CASAI, o indígena é transferido ao Hospital de Nova Olinda do Norte ou para a capital Manaus. O atendimento no complexo hospitalar, já não está sob a responsabilidade do DSEI, pois é um subsistema do SUS, atendendo no máximo até o nível da CASAI. Para Garnelo

As unidades especializadas de referência representam um nível organizativo que já está fora do Distrito Sanitário, ou seja, essas unidades já são parte dos sistemas municipais e estaduais de saúde que devem interatuar com o subsistema de saúde indígena.<sup>6</sup>

No Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI-Manaus (2012-2015) encontra-se os programas da atenção básica que deve constar no polo-base da aldeia indígena Kwatá, são elas: Saúde da Mulher e da Criança, Imunização, Saúde Mental, Doença Sexualmente Transmissível (DST)/Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS) e Hepatites Virais, Doenças e Agravos não-transmissíveis (DANT)/Hipertensão/Diabetes, Saúde do Homem, Saúde do Idoso, Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (SISVAN), Tuberculose/Hanseníase (MH), Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) e Vigilância Epidemiológica.

O polo-base de Kwatá, além de atender nesta aldeia, também é responsável por outras dezenove aldeias ao redor: Apuí, Tartaruguiha, Sauru, São Domingos, Santo Antonio, Parawá, Pajurá, Niterói, Mamoal, Jutá/Malocão, Juvenal, Makambira, Fronteira, Empresinha, Cajoal, Cafezal, As Cobras, Arú.

Durante a coleta de dados, acompanhamos a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) em algumas aldeias, como São Domingos, Parawá, Pajurá, Juvenal, Fronteira, Cajoal e Arú, além de Kwatá, e que possibilitaram analisar a complexidade do trabalho no contexto da saúde indígena nesta região.

Com base na quantidade de programas da atenção básica que devem ser trabalhadas, somando o total de aldeias indígenas que a EMSI na aldeia indígena Kwatá é responsável, destacamos para esta a discussão a descrição sobre os desafios pertinentes a este cenário.

### **O Itinerário Terapêutico na resolução dos problemas de saúde em Kwatá**

Com o objetivo de buscar a resolutividade dos serviços de saúde de média e alta complexidade, os indígenas Munduruku se deslocam até o município mais próximo, que é Nova Olinda do Norte.

O modelo de atenção à saúde organizado para a população indígena está voltado para resolver as demandas de saúde desta população de forma diferenciada e está em consonância com a PNASPI, que estabelece que “as demandas que não forem atendidas no grau de resolutividade dos polos-bases deverão ser referenciadas para a rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada DSEI”.<sup>12</sup>

De forma logística e sequencial, primeiramente, o paciente é levado até ao polo-base de saúde em Kwatá, no qual o caso é avaliado pela enfermeira ou pelo médico, que são os profissionais de saúde responsáveis por tomar a decisão do deslocamento do paciente até Nova Olinda do Norte. Caso seja decidido pela remoção do paciente até a sede do município, um profissional de saúde deve acompanhá-lo, junto com o AIS e o motorista fluvial.

Em uma das noites, no polo-base de saúde em Kwatá, presenciamos a chegada de um paciente acompanhado pelo AIS com suspeita de fratura de costela quando este participava de uma partida de futebol e havia caído em cima de um objeto pontiagudo. Este paciente e o AIS vieram da aldeia do Apuí, a qual é a última aldeia em termos de localização geográfica de Kwatá. Eles saíram da aldeia rumo à Kwatá às 17h e chegaram às 23h do mesmo dia, com deslocamento em um barco, tipo canoa de alumínio, com motor de popa de 15hp. Ao chegar no polo-base, o médico estava presente e solicitou que o paciente fosse conduzido de imediato ao hospital de Nova Olinda do Norte. Neste percurso, o paciente percorreu um total de oito horas de viagem até chegar ao município para ser atendido. Mesmo chegando ao Hospital em Nova Olinda do Norte, a mãe do paciente, que estava acompanhando-o, relatou que eles chegaram às 2h da noite e só foram atendidos, pelo médico do hospital, às 10h da manhã do dia seguinte. Mas, ao chegar no hospital, o paciente recebeu medicação para alívio da dor, porém para realização do exame radiológico para confirmação diagnóstica, o procedimento só foi realizado quando o médico chegou à unidade hospitalar.

A mãe e o filho enfermo retornaram à Kwatá às 14h e, quando eles chegaram, relataram que o médico mencionou que, felizmente, não houve fratura na costela e sim uma luxação, o que corroborou com a alta hospitalar do indígena e dispensação de medicamentos necessários ao seu tratamento e orientação de repouso absoluto. Retornando, eles partiram de Nova Olinda do Norte para Kwatá e, em seguida, para Apuí por mais seis horas de viagem fluvial, sempre acompanhados pelo AIS do polo-base.

Destarte, observou-se que, em Nova Olinda do Norte, o paciente indígena é conduzido à CASAI ou, se for o caso, direcionado para o hospital. Caso o paciente não apresente evolução para melhora em até 72h, a CASAI de Nova Olinda do Norte encaminha-o para Manaus, para recebimento de serviços médicos especializados.

Quando o paciente está sob a supervisão da CASAI de Nova Olinda do Norte, cabe a esta instituição a responsabilidade de manter tanto a família quanto os profissionais de saúde do polo-base e do Hospital do município, informados sobre o estado de saúde do paciente.

Ao entrevistar a gestora da CASAI, ela mencionou sobre o laço de confiança que há entre os funcionários desta instituição com os indígenas que nela são acolhidos, a qual decorreu do longo convívio dos profissionais e indígenas, o que contribui para o diálogo intercultural. Por outro lado, quando o indígena vai para o hospital do município para realizar a consulta com o médico, a gestora mencionou que não há o vínculo afetivo entre o indígena e o profissional de saúde, o que dificulta o diálogo na consulta e resultando em barreiras e ruídos na comunicação terapêutica e, por conseguinte, na omissão das reais necessidades de saúde pela não interpretação do profissional das queixas do indígena, daí a importância do agente indígena de saúde como intérprete e intermediador do diálogo.

Nesta situação, a gestora mencionou que, muitas vezes, algum profissional de saúde da CASAI vai até ao consultório médico acompanhando o indígena para expor os problemas de saúde que o paciente já havia conversado com o profissional de saúde da CASAI. Segundo a gestora da CASAI, esta dificuldade do indígena expor os problemas nos consultórios médicos se dá, principalmente, por ele ser tímido e sentir-se inibido para explicar o que realmente está sentindo. No relato da gestora da CASAI é ilustrada esta realidade:

*A relação da CASAI nesse processo é manter informações entre família, a equipe de saúde e o hospital. Esta informação se manteve com melhor qualidade nos últimos tempos, pois antes havia muita dificuldade em relação a comunicação, porém ainda há como melhorar. A CASAI não ultrapassa seu limite em relação a assistência de saúde dos médicos e enfermeiros do Hospital, porém há um diálogo entre os profissionais da CASAI e estes profissionais de saúde. Há a necessidade deste diálogo principalmente porque os indígenas têm uma relação mais aberta com os profissionais da CASAI, e acabam falando de suas reais necessidades de saúde, mas quando chegam na consulta com o médico, o indígena não fala abertamente. Então, os profissionais da CASAI intervêm, e dizem o que foi relatado pelo indígena sobre sua saúde. Este diálogo não existia, porém ao longo dos anos foi se conquistando esta relação (Sandra, técnica de enfermagem, 43 anos).*

O vínculo, entre os profissionais de saúde da CASAI e o indígena, consiste na construção de relações de afetividade e de confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico.<sup>7</sup> Desta forma, através deste vínculo, o profissional poderá ter o conhecimento da história de saúde e da evolução do quadro clínico, podendo direcionar os cuidados e estabelecer o planejamento dos cuidados de saúde voltado às necessidades do paciente.

Para a gestora da CASAI [...] *O papel fundamental da CASAI está em abrir as portas para um acesso mais rápido para atendimento de saúde dos indígenas. Quando há um trabalho organizado no polo-base irá refletir no trabalho da CASAI (Sandra, técnica de enfermagem, 43 anos).*

Na CASAI de Nova Olinda do Norte, a equipe multiprofissional de saúde indígena é composta por dois técnicos de enfermagem, uma gestora, três AIS, dois serviços gerais, dois cozinheiros, quatro vigilantes e dois motoristas. Estes profissionais revezam seus horários para prestação de atendimento ininterrupto nas 24h. Na CASAI não há enfermeiras e médicos, profissionais considerados como essenciais pela gestora local. Outra profissional que a gestora da CASAI identificou como sendo essencial para os serviços de saúde na atenção à saúde indígena é a assistente social, cuja ausência resulta em sobrecarga de trabalho no hospital do município e na baixa resolutividade em nível local.

A estrutura física desta CASAI consiste de: uma sala para o SIASI (Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena), uma sala de enfermagem, uma sala para trabalhos de secretariado, uma sala para puérperas, um dormitório para os funcionários que trabalham no turno da noite, um dormitório grande para os pacientes colocarem suas redes e ficarem internados, uma cozinha, um refeitório, dez banheiros (cinco femininos e cinco masculinos) e um depósito para armazenar os alimentos.

Ao entrevistar a gestora da CASAI, foi mencionado sobre o que poderia ser melhorado na estrutura da CASAI, enfatizando a necessidade de ar-condicionado no dormitório do paciente, tendo em vista ser um local muito quente, já tendo sido solicitado este equipamento para o DSEI-Manaus, assim como de outros materiais permanentes, como: colchões, camas, glicosímetro, esfigmomanômetro e estetoscópio, além de materiais de consumo para realização de curativos e de exame pré-natal.

O tempo de estadia do indígena na CASAI é, em média, de três a sete dias. Porém, quando realizada a visita à CASAI de Nova Olinda do Norte, e entrevistado o filho do senhor Henrique, que é Munduruku, morador da aldeia de Arú e estava abrigado na CASAI desde março, ele informou que era diabético e havia tido um Acidente Vascular Cerebral (AVC) e que, por essas razões, estava abrigado na CASAI e que tinha ido à Manaus para realizações de exames, encontrado dificuldades na ida à Manaus quanto a compra da passagem fluvial de retorno, relatando que na última vez que precisou ir à Manaus, aguardou 22 dias para conseguir a passagem de retorno.

No contexto da saúde indígena, a remoção referente ao transporte do indígena para fora da aldeia ou o valor da passagem para deslocamento até o local de encaminhamento médico, é disponibilizado pelo DSEI. No caso específico da aldeia Kwatá, o barco (canoa de alumínio) e o combustível são disponibilizados pelo polo-base. Em Nova Olinda do Norte, o DSEI-Manaus

disponibiliza o valor da passagem quando o paciente é encaminhado para Manaus. Em Manaus, um veículo da CASAI transporta o paciente, do porto para a sede da CASAI ou diretamente para o hospital referenciado, se for o caso.

Nos relatos dos indígenas Munduruku foram registradas experiências não exitosas sobre o deslocamento dos indígenas da aldeia para a capital do Estado, devido à demora da compra da passagem ou até mesmo na longa espera do transporte no porto de Manaus. O cacique de Kwatá compartilhou sua avaliação sobre o assunto:

*A grande dificuldade da resolução de problemas de saúde se dá principalmente quando nossos parentes têm que ir até capital Manaus, quando o polo e o município de Nova Olinda não conseguem resolver. O problema que nós encontramos quando eles vão para Manaus são diversos: a dificuldade de atendimento nos prontos-socorros, pois lá temos que enfrentar filas e isso não está de acordo com a atenção diferenciada para nós indígenas; outra questão trata-se da dificuldade do transporte quando algum parente chega em Manaus, pois tem que ficar aguardando o carro da CASAI chegar no porto, e isso as vezes demora de dois a três dias aguardando lá; outra dificuldade está na presença do acompanhante, pois a CASAI de Manaus diz que só podemos levar se for caso de emergência, então nosso parente fica sozinho em um local distante e muitas vezes por longo período de permanência, a CASAI disse que a presença de um acompanhante gera custos; também não contamos com a colaboração dos funcionários em relação a nos informar como estão os nossos parentes que estão internados, nós não sabemos qual é a situação pois ninguém passa informações nenhuma, outro dia ficamos sabendo do falecimento do nosso parente apenas tempos depois da morte, e não avisaram a gente e nem sabemos como foi que ele faleceu; lá em Manaus não temos conhecimento do deslocamento então ficamos dependentes da boa vontade da CASAI, e as vezes, dos nossos parentes que moram lá, para poder ir de um lugar ao outro; existe uma grande demora de marcação e resultados de exames em Manaus, muitas vezes demora de 90 dias a 2 anos; ficar na CASAI em Manaus, além de muitas vezes nosso parente ficar sozinho, não temos como ajudar para comprar alguma alimentação, pois na CASAI é escassa a comida e nossos parentes ficam com fome quando estão lá. Tem problemas como estes que nós exigimos, brigamos e pressionamos aí só assim que eles resolvem, sempre com muita dificuldade (Cacique, 66 anos).*

Na interpretação do relato do cacique, observamos seis fatores principais que geram transtornos em relação ao deslocamento do indígena até a capital: 1) demora no aguardo da chegada do carro da CASAI no porto de Manaus; 2) falta de comunicação e informação proveniente da CASAI de Manaus sobre o indígena internado; 3) impossibilidade de ter um acompanhante junto ao indígena acolhido na CASAI, sendo possível somente em caso de emergência; 4) dificuldade no deslocamento da CASAI até ao hospital e vice-versa pela distância decorrente da localização da CASAI em Manaus; 5) demora na marcação de consulta médica; 6) carência de alimentos de acordo com os hábitos alimentares dos indígenas na CASAI em Manaus.

Estes pontos específicos foram relatados pelo cacique, porém registramos a fala da Dona Tânia sobre o assunto, a qual mencionou que seu filho foi picado por uma cobra e levaram-no à Nova Olinda do Norte e o médico do hospital deste município disse que ele teria que ser

encaminhado à Manaus, e ela respondeu ao médico “de jeito nenhum”. Perguntado a ela o porquê da resposta negativa ao médico, ela respondeu que alguns indígenas que tiveram casos de picada de cobra que foram à Manaus, demoraram três meses para terem algum atendimento e ficaram com a “perna podre”. Então, ela preferiu que o filho voltasse à aldeia para ser tratado com medicamento natural.

Para os indígenas Munduruku de Kwatá, o deslocamento até Manaus era doloroso pelo distanciamento do indígena do convívio familiar, pela inacessibilidade de visita e por não haver serviço telefônico em pleno funcionamento em Kwatá, o que impossibilitava a família do indígena hospitalizado ou acolhido na CASAI Manaus terem conhecimento sobre as condições de saúde do seu parente. A fala do senhor Henrique expressou essa situação de vulnerabilidade quando disse considerar como maior dificuldade o fato de ficar longe da família.

O médico do polo-base de Kwatá também relatou seu ponto de vista em relação aos sentimentos da família do paciente quando este tem que ser internado em Nova Olinda do Norte ou em Manaus:

*Esse deslocamento se torna uma dificuldade muito grande para os indígenas, pois a figura paterna é a pessoa que caça, que pesca, que leva a comida dentro de casa. O afastamento da mulher indígena por muito tempo também é difícil, pois ela é quem cuida das crianças, que cuida do neto, quem faz a comida dentro de casa, então se faz um “desbalanço” na família, tornando-se um problema. Então se não dá para resolver os problemas de saúde de maneira rápida, tipo de três dias a uma semana no máximo em Manaus, então você tem um problema muito grande, pois você desestabiliza o núcleo familiar e faz com que eles mesmos desistam de fazer o tratamento, até mesmo por problemas financeiros, tendo dificuldades para se manter na capital (Rodrigo, Médico, 29 anos).*

Estes exemplos supracitados, evidenciaram as fragilidades na rede de atenção à saúde, no que diz respeito ao processo de atenção à saúde indígena em espaços onde não são recebidos os atendimentos sob o prisma de uma atenção diferenciada, o que nos remete à reflexão de que os diferentes espaços de prestação de cuidados devem ser percebidos para além do subsistema de atenção à saúde indígena, para serem compreendidos no âmbito do SUS, haja vista que o alcance da resolutividade dos problemas de saúde independe se o indivíduo faz parte de alguma etnia ou não, considerando que, a partir do momento em que foi promulgada a carta constitucional de 1988, como mencionado no artigo 196, a saúde é um direito de todos e dever do Estado.<sup>16</sup>

## **Educação Permanente dos Profissionais de Saúde em Kwatá**

Durante a coleta de dados em Kwatá foi observado que o papel da enfermagem abrange diversas funções em que constam: realizar visitas nas vinte aldeias pertencentes à Kwatá, além do próprio polo-base, realização de consultas de enfermagem como o pré-natal, pacientes com hipertensão arterial e diabetes, atendimento de crianças (pesagem e altura), imunizações (quando programado em campanhas), entre outros atendimentos de enfermagem em nível da atenção primária à saúde. Casos mais graves como picada de cobra e traumas os usuários são encaminhados a CASAI de Nova Olinda.

Dentre as atividades da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) do polo-base na saúde indígena, está a capacitação e supervisão dos agentes indígenas de saúde e dos técnicos de enfermagem, além de realizações de consulta de enfermagem, ações básicas de enfermagem, vacinação de rotina, entre outros.<sup>17</sup>

A enfermagem em Kwatá é responsável pela supervisão dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS). É realizada uma reunião mensal para que os vinte dois AIS pertencentes às vinte aldeias indígenas entreguem suas produções, nos quais constam os preenchimentos de formulários sobre os atendimentos que estes realizaram em suas respectivas aldeias. Nestes formulários constam as informações de saúde da população das aldeias que são pertinentes aos conhecimentos da enfermeira. Nos encontros mensais os AIS têm um espaço para consultas, trocam experiências, dificuldades e desafios, com o propósito de dialogar com a enfermeira, e assim, buscar soluções conjuntamente.

Participando em uma destas reuniões mensais, os AIS compartilharam suas dificuldades, no qual mencionaram a limitação de seus trabalhos, pois disseram que se resumia a realização de visitas às famílias da aldeia, aferir a pressão arterial dos hipertensos, faziam a remoção do paciente para o polo e entregavam a produção para a enfermeira. Os AIS acreditavam que seu trabalho era limitado, principalmente por não poderem aplicar medicações injetáveis. Outra grande insatisfação relatada nas entrevistas com os AIS é a falta de capacitação, no qual todos têm interesse de participar de cursos de aperfeiçoamento das ações dos AIS para a aldeia. Tal insatisfação dos AIS é demonstrada em outros estudos.<sup>18,19,20</sup>

Durante as entrevistas, alguns AIS trouxeram esta problemática em suas falas:

*Nós precisamos de um curso para verificar se o paciente é diabético (Paulo, AIS, 39 anos).*

*Para ajudar a resolver os problemas de saúde é necessário capacitações aos AIS, como da escrita e conhecimentos atualizados, como chegar na pessoa para orientar e informar quais são os riscos e soluções para as famílias, e também a capacitar os AIS de como levar as informações com qualidade para a equipe, [...] tendo uma oficina para resgatar nosso conhecimento tradicional iria melhorar o quadro de doenças que afetam nosso povo (Everton, AIS, 53 anos).*

*A minha maior dificuldade para resolver os problemas é que não temos cursos, desde que estou nesta função há 10 anos, só foi realizado um curso sobre DST/AIDS, e desde então ficamos sem aprender. Eu comecei a estudar na escola de novo e percebi que tinha uma escolaridade baixa, e vi que não tinha nenhum treinamento para nós, aí o professor passa o conhecimento e posso aproveitar principalmente na matéria de ciências (Ana, AIS, 40 anos).*

*Um dos desafios de nós AIS é a falta de treinamentos, principalmente para a aplicação de medicamentos. Esta limitação de não podermos aplicar os medicamentos dificulta muitas vezes para resolver os problemas de saúde aqui na aldeia (Ítalo, AIS, 45 anos).*

Em relação a estas falas, percebe-se que as capacitações citadas abrangem os cursos para avaliação de determinadas patologias, cursos de aperfeiçoamento do preenchimento de formulários, cursos que possam valorizar os conhecimentos tradicionais, cursos de procedimentos técnicos aplicados na área da saúde, além da educação permanente.

Em relação à educação permanente da equipe de saúde, a Política Nacional de Atenção Básica, criada pelo Ministério da Saúde, afirma que este processo deve embasar-se num “processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidade até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho (...)”.<sup>7</sup>

Na formação do AIS devem ser incluídos assuntos relacionados à saúde comunitária, antropologia, política de saúde, organização de serviços, noções básicas de biomedicina, técnicas básicas de enfermagem, medicina tradicional e visão nativa do processo saúde-doença, com ênfase na cura, morte e cosmologias, com o propósito de reconhecer a especificidade cultural do grupo étnico.<sup>21</sup>

Ao perguntar para a enfermeira sobre esta escassez de cursos de capacitações para os AIS, ela respondeu

*Deveria haver mais capacitações dos AIS, a formação deste profissional deixa a desejar, pois a parte técnica que eles devem resolver está aquém do que deveria ser, por isso são necessárias as capacitações para os AIS, eles tem interesse e sentem esta necessidade de fazer capacitações, mas não tem esse investimento na aldeia para educação permanente deste profissional (Elena, enfermeira, 51 anos).*

Oficialmente, no ano de 1999, a FUNASA criou um documento com a finalidade de explicitar as normas técnicas recomendando as capacitações dos AIS, sendo modulares e realizados no âmbito de cada Distrito Sanitário dando ênfase ao treinamento em serviços.<sup>17</sup>

A última capacitação dos AIS de Kwatá foi realizada em 2009, com a finalidade de aprender sobre a monitorização das doenças diarreicas. Esta capacitação foi destinada apenas para os agentes indígenas de saúde que estavam na função há pouco tempo. As capacitações são realizadas pelo DSEI-Manaus, normalmente em um espaço estruturado para realização do curso que está localizado no Km 26 da capital. Estes encontros ocorrem no período não superior a 15 dias, e os profissionais ficam neste espaço, onde passam o dia e a noite no mesmo local. Segundo a AIS Jussara, o DSEI é responsável pela compra da passagem até o local do curso e também pela alimentação.

Há a proposta da realização de educação permanente nas reuniões mensais promovido pela enfermeira para os AIS, porém durante o período da pesquisa havia um certo grau de dificuldade devido à sobrecarga de trabalho da enfermeira para ficar o dia inteiro reunido com os AIS e seguir com uma programação direcionada para a ampliação de conhecimentos e treinamentos para este profissional.

### **Recursos Materiais e Humanos no polo-base de saúde em Kwatá**

Outro fator que evidenciou como problema para resolução dos problemas de saúde, foi à escassez de materiais para o trabalho eficiente do profissional. Esta necessidade está relacionada, segundo os sujeitos da pesquisa, com a falta de substituição de novos materiais, pois há o desgaste e até a perda do material no decorrer dos anos. Alguns dos materiais que os profissionais receberam, como termômetro e aparelho pressão arterial, estão sem condições devido ao longo tempo de uso que principalmente os AIS utilizaram.

No período da observação, verificou-se a falta do glicosímetro a fim de medir a glicose dos usuários, sendo que o programa HIPERDIA (direcionado ao monitoramento e prevenção da hipertensão e diabetes) é um dos focos centrais do polo-base de saúde em Kwatá. Porém a enfermeira quando estava presente, trazia para Kwatá o aparelho emprestado do seu outro local de trabalho, a fim de suprir a falta deste material e poder medir a glicose dos usuários.

A falta de materiais para o atendimento de saúde torna a resolutividade dos problemas de saúde um processo propício a falhas, pois se não há aparelhos confiáveis ou até mesmo a falta

destes, como conseguir preencher dados com exatidão e realizar um acompanhamento preciso dos usuários? Em relação a esta problemática segue as falas dos profissionais:

*Agora para atender os diabéticos, temos certos problemas, nós temos os medicamentos, porém não conseguimos medir a glicemia das pessoas, pois não temos o aparelho, pois os equipamentos que temos teve algum problema (Rodrigo, Médico, 29 anos).*

*Outro desafio para resolver os problemas de saúde na nossa aldeia é a falta de materiais que temos que ter para nós AIS poder trabalhar. Como vou verificar a temperatura do paciente sem termômetro? (Paulo, AIS, 39 anos).*

*A falta de equipamentos no polo de saúde como aparelho de inalação (...) poderia melhorar o trabalho da enfermagem (Everton, AIS, 53 anos).*

*O meu trabalho poderia ser melhorado se não faltassem medicamentos e ter materiais como aparelho de pressão e termômetro (Evandro, AIS, 33 anos).*

*Outro desafio para resolver os problemas de saúde em Fronteira é a falta de materiais como fio de sutura, seringa, anestesia, pois nós não somos autorizados para aplicação destes procedimentos, por isso não disponibilizam para nós (Ítalo, AIS, 45 anos).*

*Alguns materiais faltam aqui no polo, materiais para sutura, por exemplo, precisamos de mais para fazer curativos e são poucos pela quantidade de demanda que aparecem por aqui no polo (Janete, Téc. De Enfermagem, 43 anos).*

Em relação aos medicamentos em Kwatá, a aldeia firmou um acordo com a ONG “Doutores das Águas”, no qual é uma ONG sem fins lucrativos, partidários, políticos ou religiosos, em que doam medicamentos, e em troca os participantes da ONG podem realizar a pesca esportiva na região do rio Canumã que faça parte de Kwatá. Segundo, o Sr. André, indígena Munduruku, afirmou que esta ONG doa medicamentos apenas em locais, priorizando onde tem médico para fazer a distribuição e o acompanhamento dos medicamentos para a população.

O fato de haver este tipo de dispensação de medicamentos, não torna isenta a distribuição de medicamentos pelo DSEI-Manaus. Porém, nas entrevistas, há comentários sobre a demora da chegada de medicamentos provenientes do DSEI-Manaus, como ilustrado na fala do Munduruku André

*O DSEI não mandava mais medicamentos para nós, algumas vezes as enfermeiras tiravam do próprio bolso para repor medicamentos e outros materiais”. Desta forma o processo para um atendimento de maneira eficaz acaba se tornando este uma forte barreira, já que há a necessidade dos medicamentos no polo-base de Kwatá, uma vez que nesta aldeia indígena não há acesso a farmácia, tendo que se deslocar para Nova Olinda caso necessite com urgência de algum medicamento que não tenha no polo-base (André, Munduruku, 59 anos).*

Outra questão que envolve diretamente o tema sobre medicamentos, era a falta de energia constante na aldeia de Kwatá, impossibilitando ter em estoque medicamentos que necessitem de refrigeração. Em épocas de campanhas de imunização, a equipe trazia as vacinas no dia anterior à viagem nas aldeias e traziam gelo da cidade para poder preservar o medicamento até o destino

final. No dia que havia as vacinas no polo-base, a enfermeira solicitava que o gerador do polo-base fique ligado até a saída da equipe para as aldeias.

Durante as entrevistas e conversas informais quando perguntado: O polo-base de saúde em Kwatá consegue resolver os seus problemas de saúde?, as respostas sempre eram afirmativas, pois para os usuários quando havia alguma necessidade de saúde, eles iam ao polo-base e lá era fornecido o medicamento para aquele problema. No que tange à resolução de problemas para os usuários em Kwatá, percebemos que a distribuição de medicamentos gerava suficiência e resolutividade dos serviços de saúde quanto aos problemas de saúde.

A congruência de saberes ficou evidenciada em uma das falas de uma usuária Munduruku, que era hipertensa e utilizava os serviços de saúde quando havia a necessidade de atendimento, observou-se que, inicialmente, ela buscava remédio caseiro e quando não havia melhoria por meio desse auto-tratamento, ela procurava o polo-base para tratamento medicamentoso, e através deste percurso para dona Tânia eram resolvidos seus problemas de saúde, como expressou em sua fala: [...] *e desta forma são resolvidos meus problemas de saúde* (Tânia, Munduruku, 65 anos).

Neste cenário, além dos fatores condicionantes relacionados à falta de materiais, havia outro desafio em Kwatá, que estava relacionada à escassez de recursos humanos e a rotatividade de profissionais. O baixo quantitativo de profissionais de saúde em área indígena e a alta rotatividade desses, principalmente de enfermeiras, tornam a equipe multiprofissional de saúde indígena sobrecarregada para executar ações e procedimentos na atenção diferenciada, tendo em vista as especificidades geográficas da área e a cultura local, leia-se ação de educação em saúde e de visitas domiciliares, as quais eram cobradas diuturnamente pelos indígenas.

O polo-base de saúde da aldeia Kwatá tinha uma enfermeira, que foi contratada em outubro de 2014, que desenvolve as atividades gerenciais e assistenciais. Ressaltamos que, segundo o cacique e EMSI, o polo-base comporta até duas enfermeiras, situação que existia até a outra enfermeira sair de licença para tratamento de saúde e não retornar mais, o que tem gerado sobrecarga de trabalho à única enfermeira da aldeia e rotatividade. Ao perguntar ao cacique da aldeia sobre esta rotatividade, ele respondeu:

*A rotatividade dos profissionais é ruim para nós, pois nós criamos um vínculo com a profissional, e depois ela vai embora. Nos primeiros meses a enfermeira começa a trabalhar aqui com empolgação, mas depois diminui a velocidade e produtividade. Normalmente as enfermeiras que trabalham aqui elas vão embora para fazer cursos na cidade e em outros lugares e acabam não voltando mais. Tem pessoas que gostam do estilo de vida que nós vivemos, mas tem outros que não se adaptam. A falta de*

*enfermeira na nossa aldeia se torna difícil pois aqui temos 20 aldeias e com a falta de uma enfermeira fica complicado* (Cacique, 66 anos).

Ao indagar a enfermeira sobre as principais dificuldades ao trabalhar em Kwatá, ela respondeu que o isolamento social é uma das maiores dificuldades a serem superadas em decorrência da sua permanência de 20 dias de trabalho em área, ficando esse tempo longe do convívio familiar e da falta de comunicação pela falta de sinal de telefonia e de internet, ficando incomunicável nos seus dias da permanência na aldeia. Em estudo realizado por Scopel, realizado em Kwatá, o autor evidenciou que este fator é determinante na rotatividade dos profissionais.<sup>15</sup>

Em Kwatá havia um telefone público na aldeia, porém quando falta energia elétrica, ele não funcionava e, mesmo com energia, apresentava defeitos que não permitiam, na maioria das vezes, a realização de ligações telefônicas. Dessa forma, entre as dificuldades para os profissionais de saúde saberem dos estado geral de saúde dos indígenas em situação de referência para atendimento fora da aldeia era a falta de sinal de telefonia.

O papel era um meio de comunicação usual na aldeia Kwatá. Na forma de bilhete, observou-se que a emissora era a gestora da CASAI de Nova Olinda do Norte, o mensageiro um indígena morador de Kwatá, que estava retornando, a receptora a enfermeira do polo-base e a mensagem eram informações acerca de um paciente alojado na CASAI.

A dificuldade da falta de informações atualizadas de pacientes internados nos municípios de Nova Olinda do Norte e em Manaus é uma preocupação constante, principalmente, para os familiares. Em Kwatá, existem as cobranças dos moradores para os profissionais de saúde em relação ao estado de saúde do familiar internado, mas, só há informações atualizadas quando algum familiar ou profissional de saúde tem que ir até a cidade resolver algo, e assim, visitar o paciente.

A visita do familiar ao indígena na CASAI nem sempre é exitosa, haja vista ser dispendiosa a família, que tem que custear o transporte e estadia na sede do município. Nos relatos, o valor do combustível para a locomoção do morador é alto, pois, em Kwatá, o litro da gasolina gira em torno de R\$ 5,00. Assim sendo, para ir da aldeia ao município de Nova Olinda, precisa ser investido, em média, 15 litros de gasolina para ir e 15 litros para voltar, além de 2 litros de óleo, em transporte fluvial do tipo lancha (canoa de alumínio) com motor de popa de 70hp, ressaltando-se que quanto maior a potência do motor, maior o gasto de combustível. Todavia, grande parte dos moradores de Kwatá possuem motor de popa de 15hp, denominado por eles de “rabeta”, que consome menos combustível, porém torna o trajeto mais demorado até o destino final.

O combustível (gasolina) foi outro ponto relacionado à resolutividade dos problemas de saúde descrito pelos AIS e EMSI, considerando ser este, um material de consumo de extrema necessidade para quem mora às margens dos rios e têm estes como suas estradas. Como estratégia de resolutividade, para cada AIS era distribuída uma cota de combustível para a remoção do paciente até o polo-base de Kwatá, variando a quantidade de acordo com a distância entre a aldeia e o polo-base. Porém, nas falas dos AIS a quantidade fornecida não era suficiente para suprir as reais necessidades, como segue nas falas:

*A falta de recurso para o combustível é um problema, pois não atende as necessidades, pois este combustível é para a remoção até o polo, e eu recebo 10L por mês que não é suficiente (Rosa, AIS, 43 anos).*

*O combustível é pouco porque eu pego 30L de gasolina por mês, tem vezes que a escola empresta para nós, e quando eu pego a cota eu devolvo o mais rápido possível (Paulo, AIS, 39 anos).*

*Nós recebemos uma cota de 15L de gasolina por mês, e não é suficiente para atender as nossas necessidades. Nós temos que fazer algumas visitas com a rabeta, utilizamos também o combustível para levar o paciente até o pajé mais próximo e, além disso, fazemos a remoção até o polo (Anderson, AIS, 36 anos).*

*Muitas vezes, levar o paciente para o polo-base se torna um problema por causa da falta de combustível, e muitas vezes os AIS tiram do bolso para pagar a remoção do paciente (Emerson, AIS, 32 anos).*

A partir destas falas registradas nas entrevistas, é nítido que para o profissional AIS, uma das percepções relacionadas à resolutividade dos problemas de saúde está em garantir combustível para o deslocamento do paciente até o polo-base. Sem este combustível, alguns profissionais AIS que recebem um salário mínimo, afirmaram que era insuficiente a cota mensal de gasolina e para isso acabavam comprando do seu salário para poder remover o paciente. Entre as falas de um dos AIS, o mesmo relata que para ele o fato de pagar o combustível com o próprio bolso era uma satisfação pessoal, pois desta forma estava ajudando um parente a buscar atendimento de saúde, e assim, resultar na recuperação de alguma enfermidade do paciente.

Entretanto, tal visão de altruísmo não excluiu o dever da gestão pública de saúde de analisar as reais necessidades que os indígenas tenham para poder ter acesso a saúde. A PNASPI foi implementada em 2002, com vistas na adoção de um modelo complementar e diferenciado em relação à organização de serviços, que permitisse superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do SUS para as populações indígenas.<sup>12</sup>

No mesmo sentido, os serviços de saúde de indígena, compreende as ações de serviços de saúde comunitária, na qual têm como propósito o acesso aos serviços de saúde da rede básica, o estabelecimento do vínculo entre o usuário e os profissionais de saúde, a integralidade e o

atendimento continuado, evitando ou reduzindo a ocorrência de doenças e promovendo a saúde, além da participação comunitária (indígenas) na resolutividade da saúde em nível primário.<sup>10</sup>

A atenção primária tem como um dos fundamentos e diretrizes o “acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutos”, portanto deve haver o estabelecimento de mecanismos que assegurem a acessibilidade para a organização e funcionamento do serviço de saúde, capaz de resolver os problemas da população.<sup>7</sup>

Em relação ao transporte fluvial, outro fator associado aos desafios constatados por esse meio de transporte é a segurança do profissional e do paciente transportado. Pois na lancha do polo-base ou nos barcos dos moradores, não há coletes salva-vidas ou outro meio para a segurança de vida dos que estão no barco. O clima é outra questão que se torna um risco na remoção do paciente por meio do transporte fluvial, pois se há ventos e/ou chuvas torna-se a viagem perigosa, devido principalmente aos “banzeiros” que são as ondas que se formam nos rios. Caso haja sol, não há proteção para o paciente que está enfermo e que necessite de proteção dos raios solares. Em uma das falas da enfermeira sobre o assunto ela disse

*A localização da aldeia indígena é um dos fatores que dificultam a resolutividade dos problemas de saúde, pois quando tem que pedir transferência até Nova Olinda o indivíduo tem que se deslocar de rabeta, sem proteção, além da questão do clima, como por exemplo a chuva (Elena, enfermeira, 51 anos).*

Em relação ao mesmo problema, a AIS Rosa, expôs a grande dificuldade da segurança do profissional e do paciente ao sair do barco para a aldeia, pois ao chegar à aldeia na maioria dos locais, há um barranco de areia, possibilitando risco de queda.

Na primeira visita em Kwatá, quando a pesquisadora estava partindo, era um dia chuvoso e quando ela foi até a lancha, havia uma escadaria de areia para descer, e por estar molhada ela pisou em um dos degraus em que se desfez afundando a perna nesta escadaria. Sem local para apoiar e segurando uma mala, tornou-se um cenário propício a ter alguma queda resultando em uma possível fratura, porém o motorista fluvial estava logo abaixo e ajudou nesta descida.

Na segunda visita, quando a equipe de saúde estava voltando de uma das aldeias que estavam realizando campanha de imunização e atendimento médico e de enfermagem, a enfermeira, ao retornar para lancha, teria que descer um barranco de areia segurando os materiais que utilizou nos atendimentos, e nesse dia ela teve uma queda, pois deslizou neste barranco. A enfermeira seguiu a viagem até Kwatá com dores fortes, e no outro dia foi até Nova Olinda, onde realizou um raio-X da perna para verificar se não havia fraturado.

Em uma das falas da AIS Rosa sobre a utilização do transporte fluvial e a falta de segurança do embarque e desembarque, ela disse:

*Quando vamos até o polo utilizamos a rabeta que é pequena, só cabem eu e dois pacientes, arriscando nossas vidas, principalmente quando tem crianças, pois não existe nenhuma proteção. O acesso até a aldeia é perigoso pois não tem nenhuma estrutura e temos que subir barrancos de areia, podendo ocasionar uma queda e escorregar quando está molhado devido à chuva (Rosa, AIS, 43 anos).*

Dentre as diretrizes do PNASPI está a promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena. A segurança do paciente é um dos aspectos explicitados pela resolução N° 376/2011 do Conselho Federal de Enfermagem em que ordena para o transporte do paciente a utilização de medidas de proteção para assegurar a integridade física do paciente. Tal forma de proteção não se destina a um meio de transporte específico, e sim, compreende a “mobilização do paciente do leito da unidade de origem para o meio de transporte, até sua retirada de transporte para o leito da unidade”.<sup>22</sup>

No polo-base de Kwatá haviam quatro técnicas de enfermagem que revezam sua permanência de 20 dias no polo-base. Porém, no quadro da equipe de saúde, devem constar seis técnicas de enfermagem, que anteriormente havia esta quantidade de profissionais, mas no momento da coleta de dados tinham quatro técnicas trabalhando. Esta diminuição do quadro da equipe de enfermagem tornava-se um problema, pois para levar o paciente à Nova Olinda, uma profissional sempre acompanhava o paciente até o município. E dependendo da situação, o profissional deve aguardar seu retorno na cidade até o dia seguinte. Assim, o polo fica com menos profissionais para atender a população. Em uma das falas do cacique sobre o assunto, ele disse:

*No polo aqui em Kwatá, muitas vezes encontramos o polo descoberto, sem profissional, não é sempre, mas já encontramos o polo sem ninguém, ou com apenas uma técnica de enfermagem e sem a enfermeira. Antes nós tínhamos seis técnicas de enfermagem, hoje temos apenas quatro técnicas, e isso se torna um problema. Nós não temos o controle da entrada e saída dos profissionais aqui na aldeia. A enfermeira tem que ficar 20 dias aqui, mas isso não acontece, ela sempre tem que ir para Nova Olinda nos dias que ela está aqui (Cacique, 66 anos).*

As técnicas de enfermagem também sentiam tal necessidade de ampliar profissionais, a fim de distribuir as responsabilidades do trabalho do dia a dia, podendo atender de maneira mais efetiva a população. Pois quando há visitas nas aldeias, uma técnica acompanhava a equipe, e outra deve ficar no polo-base de Kwatá para qualquer atendimento. Porém, se tiver um paciente para levar à Nova Olinda, o polo-base ficaria descoberto. Abaixo estão algumas das falas das técnicas de enfermagem sobre o assunto:

*Alguns veem o trabalho da enfermagem de maneira positiva, mas tem outros que criticam, mas na maioria acham bom ter o polo aqui com as técnicas e enfermeira, mas*

*temos poucas pessoas, só uma enfermeira e quatro técnicas. Se tivesse mais membros na equipe poderia fazer mais visitas nas aldeias (Lara, técnica de enfermagem, 28 anos).*

*Antes tínhamos seis técnicas de enfermagem hoje tem quatro, isso se torna um problema para visitar as aldeias, pois no polo não pode ficar descoberto, então fica difícil de ficar visitando as outras aldeias, nem visita domiciliar, pois não pode deixar um técnico sozinho atendendo podendo chegar alguém para atendimento e locomover até Nova Olinda, então quem fica realizando as visitas no domicílio são os AIS (Jussara, Téc. De Enfermagem, 43 anos).*

O deslocamento até Nova Olinda era um problema para a população, pois havia o deslocamento de um profissional de saúde para acompanhar o paciente, como segue na fala do cacique

*O que facilitaria aqui na aldeia para resolver os problemas de saúde, era ter um laboratório aqui mesmo [...] e agora tem que ir sempre para Nova Olinda, e tem que ir um profissional junto, saindo um recurso humano do polo para fazer esse deslocamento, que na maioria das vezes voltam apenas no outro dia (Cacique, 66 anos).*

Se já haviam menos profissionais de saúde na EMSI de Kwatá, este problema se agrava por deslocar um profissional para acompanhar o paciente que deve se deslocar até Nova Olinda do Norte. Além disso, há dificuldades para os familiares, pois contém gastos financeiros para manter o familiar na cidade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo demonstrou que haviam diversas fragilidades no contexto da saúde indígena em Kwatá. Entre os indígenas Munduruku havia a cobrança para melhorias da saúde, porém tinham entraves que impossibilitavam o melhoramento do cenário para o alcance da resolutividade dos problemas de saúde.

Dentre os principais entraves, encontravam-se a falta de capacitação dos profissionais de saúde, especialmente dos AIS, que na prática era o principal elo entre a aldeia e a EMSI; A falta de recursos materiais, dificultando a realização das ações de saúde segundo os modelos dos programas de atenção básica; A rotatividade dos profissionais de saúde, especialmente a enfermeira, no qual interrompe o vínculo já estabelecido por esta profissional e a aldeia, comprometendo assim, a continuidade dos cuidados de saúde; a segurança do paciente durante a remoção, gerando transtornos para o enfermo quanto para os profissionais de saúde; o itinerário terapêutico dos Mundurku, que além de distante as instâncias de saúde no nível secundário e terciário havia um longo período de permanência do indígena longe da sua família e residência; a falta de energia, havendo dificuldades em estoques de vacinas para campanhas de imunizações e; limitações na comunicação para fora da aldeia.

Apesar dos grandes avanços ocorridos na história da saúde indígena, na aldeia Kwatá haviam fatores que interferiam no setor da saúde devido às peculiaridades que existem no espaço aldeado. Se já existem diversas dificuldades na saúde nos centros urbanos, estas dificuldades se multiplicam na atenção básica no contexto da saúde indígena, não apenas para os indígenas, mas para os profissionais de saúde que atuam no local.

Para buscar a resolutividade dos problemas de saúde, tanto profissionais de saúde como os indígenas Munduruku, devem buscar a criatividade para improvisar as ações dos serviços de saúde e identificar estratégias para o alcance do atendimento à população de todas as aldeias de Kwatá, dada as atuais condições de precarização dos serviços.

A realidade do trabalho na saúde indígena deve ser (re)visitada e amplamente divulgada através de estudos científicos, para que a busca de melhores estratégias para o alcance da resolutividade seja um tema prioritário entre a equipe de saúde, de modo a alcançar melhores condições de trabalho e de vida para a população e profissionais de saúde.

Desta forma, a busca de melhorias e de qualidade da saúde deve ser estabelecida a partir das necessidades da população, garantindo que a voz dos indígenas alcance os mais distantes graus de hierarquia dos responsáveis que definem as prioridades do setor da saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). Declaração de Alma-Ata. Cazaquistão, 1978.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
3. Ribeiro FA. Atenção Primária (APS) e sistema de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica [Dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva; 2007.
4. Organização Mundial de Saúde (OMS). Carta de Otawa – Otawa/Canadá, 1986.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.
6. Garnelo L. Política Nacional Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implementação do subsistema de atenção à saúde. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. / Luiza Garnelo; Ana Lúcia Pontes (org.) – Brasília MEC-SECADI, 2012.
7. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília – DF, 2012.
8. Ministério da Saúde (BR). Congresso. Lei 8.080 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. Brasília, 1990.
9. Rosa RB, Pelegrini AHW, Lima MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. Revista Gaúcha de Enfermagem., Porto Alegre (RS) 2011 jun;32(2):345-51.
10. Degani VC. A resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde [Dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2012.
11. Turrini RNT, Lebrão ML, César CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção de usuário. Revista de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(3):663-674, mar, 2008.
12. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.
13. Geertz C. A interpretação das culturas. 1ª ed. Rio de Janeiro (RJ): LTC; 2008.
14. Bardin L. Análise de Conteúdo. Reto, LA; Pinheiro, A (trad.). 1ª ed. São Paulo (SP): Edições 70; 2011.
15. Scopel D. Uma etnografia sobre a pluralidade de modelos de atenção à saúde entre os índios Munduruku na Terra Indígena Kwatá Laranjal, Borba, Amazonas: práticas de autoatenção, xamanismo e biomedicina [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Antropologia; 2013.
16. Brasil. Constituição Federal, Capítulo II da Saúde, art. 196. Brasília, 1988.

17. Rocha ESC. Uma etnografia das práticas sanitárias no distrito sanitário especial indígena do Rio Negro – Noroeste do Amazonas. Dissertação de Mestrado. UFAM, 2007.
18. Dias-Scopel RP. O agente indígena de saúde Xokleng: por um mediador entre a Aldeia Indígena e o Serviço de Atenção Diferenciada à Saúde – uma abordagem da Antropologia da Saúde. Dissertação: UFSC, Florianópolis, 2014.
19. Souza Lima AC. Saúde Indígena em Perspectiva explorando suas matrizes históricas e ideológicas. In: Teixeira, CC; Garnelo, L, organizadoras. Revisando a Tutela: questões para se pensar as políticas públicas para povos indígenas. Rio Janeiro (RJ): Fiocruz; 2014. p. 27 – 58.
20. Dias da Silva C. Saúde Indígena em Perspectiva explorando suas matrizes históricas e ideológicas. In: Teixeira, CC; Garnelo, L, organizadoras. De improviso e Cuidados: a saúde indígena e o campo da enfermagem. Rio Janeiro (RJ): Fiocruz; 2014. p. 181 – 212.
21. Langdon EJ, Diehl EE, Wiik FB, Dias-Scopel RP. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(12):2637-2646, dez, 2006.
22. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 376/2011: dispõe sobre a participação da equipe de Enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde. Brasília/DF, 2011.

### 4.3 PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA ALDEIA INDÍGENA DE KWATÁ, AMAZONAS<sup>1</sup>

*Bahiyeh Ahmadpour Furtado<sup>2</sup> David Lopes Neto<sup>3</sup> Daniel Scope<sup>4</sup>*

1. Extraído da dissertação “Resolutividade dos serviços de saúde na aldeia indígena Kwatá: Percepção do indígena e da equipe de saúde”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Associação Ampla Universidade do Estado do Pará/Universidade Federal do Amazonas, em 2015.

<sup>2</sup>. Mestranda pelo Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Manaus/EEM/UFAM. E-mail: [bahiyeh@gmail.com](mailto:bahiyeh@gmail.com)

<sup>3</sup>. Doutor em Enfermagem. Professor Associado da Escola de Enfermagem de Manaus/UFAM. E-mail: [davidnetto@uol.com.br](mailto:davidnetto@uol.com.br)

<sup>4</sup>. Doutor em Antropologia Social. Pesquisador do Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMDFIOCRUZ. E-mail: [daniel.amazonia@gmail.com](mailto:daniel.amazonia@gmail.com)

**RESUMO Introdução:** A enfermagem é responsável na organização e planejamento dos serviços de saúde. A resolutividade compreende a busca por soluções de problemas de saúde do indivíduo ou coletividade. A teoria da enfermagem transcultural, com base na antropologia, busca analisar o cuidado culturalmente coerente com as diversas culturas para aprimorar as ações de saúde. **Objetivo:** Analisar a resolutividade e as práticas de enfermagem na atenção primária de saúde indígena na aldeia de Kwatá dos Índios Munduruku. **Método:** Pesquisa qualitativa, descritiva com bases nos conceitos da enfermagem transcultural e da antropologia da saúde, realizada junto à etnia Munduruku e dos profissionais de saúde da aldeia indígena Kwatá, no município de Borba no estado do Amazonas, Brasil. **Resultados:** A enfermagem é a protagonista nas ações de saúde voltado à saúde indígena. Nesse sentido, a formação dos profissionais de enfermagem necessita adequar-se aos saberes das populações tradicionais. Para o alcance da resolutividade é imprescindível o reconhecimento da diversidade social e cultural para a execução de ações e projetos de saúde. A enfermagem transcultural prioriza o conhecimento profissional e cultural nas ações de saúde, aprimorando o cuidado de enfermagem, a competência cultural e aproximando o profissional com a população assistida. **Conclusões:** O alcance da resolutividade na saúde indígena é um desafio para o profissional de enfermagem. Portanto faz-se necessário a enfermagem adentrar ao campo da antropologia, buscando um cuidado mais sensível, percorrendo os diversos conhecimentos e indo além de procedimentos rotineiros.

**Descritores:** Enfermagem Transcultural; Saúde Indígena; Serviços de Saúde.

## INTRODUÇÃO

O princípio da atenção diferenciada está presente na saúde indígena desde 1986, quando foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Indígena com o propósito de avançar a qualidade e eficácia dos serviços biomédicos para as populações indígenas.<sup>1</sup> Após as mudanças constitucionais em 1988, com a inclusão dos artigos 196 a 200, o Brasil passou a oferecer serviços de saúde à toda a população de modo universal, equitativo e descentralizado. Porém, foi através do Subsistema de Saúde Indígena em 1999 que foi garantido um modelo diferenciado para saúde desta população.

Até o final da primeira Conferência não havia política relacionada à saúde indígena e os serviços de saúde não eram adequados, e estava sob a responsabilidade do Serviço de Proteção dos Índios (SPI) desde 1910. Mais tarde, em 1967 a FUNAI assumiu a responsabilidade do SPI.<sup>2</sup>

Tanto o SPI quanto a FUNAI tinham atribuições em relação à prestação de assistência aos povos indígenas nos mais diversos campos da vida social tais como saúde, educação, direitos fundiários, proteção aos conhecimentos tradicionais, desenvolvimento econômico, entre outros. Mas no início da década de 1990, boa parte das atribuições da FUNAI foram repassadas para os ministérios, como a saúde, educação e a preservação cultural.<sup>3</sup>

O reconhecimento das especificidades culturais dos povos indígenas no início não era uma das prioridades do SUS, pois não havia um preparo adequado para atender esta demanda, por essa razão foi criada a proposta de organização de um subsistema de saúde específico para os povos indígenas, selado em 1999 através da lei 9.836, conhecida como Lei Arouca.

Em 1999, o subsistema organizou suas unidades de ação através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), com a finalidade de prestar atendimento a toda população aldeada em terras indígenas, com o objetivo de oferecer cuidados de atenção primária de saúde, adequados às necessidades sanitárias da maioria da população.<sup>3</sup>

Após a promulgação da Lei Arouca, a responsabilidade de coordenar e executar as ações de saúde indígena foi repassado a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), órgão do Ministério da Saúde.<sup>3</sup> Pelo fato da FUNASA na época não dispor de recursos próprios suficiente para desenvolver suas tarefas para realizar ações de saúde em aldeias, foi criado um setor nomeado por Departamento de Saúde Indígena (DESAI) para coordenar nacionalmente o subsistema.<sup>3</sup> Porém desde 2010, a gestão do subsistema de saúde indígena foi repassada para a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) que recebeu as atribuições da FUNASA.

### **A proposta da enfermagem transcultural**

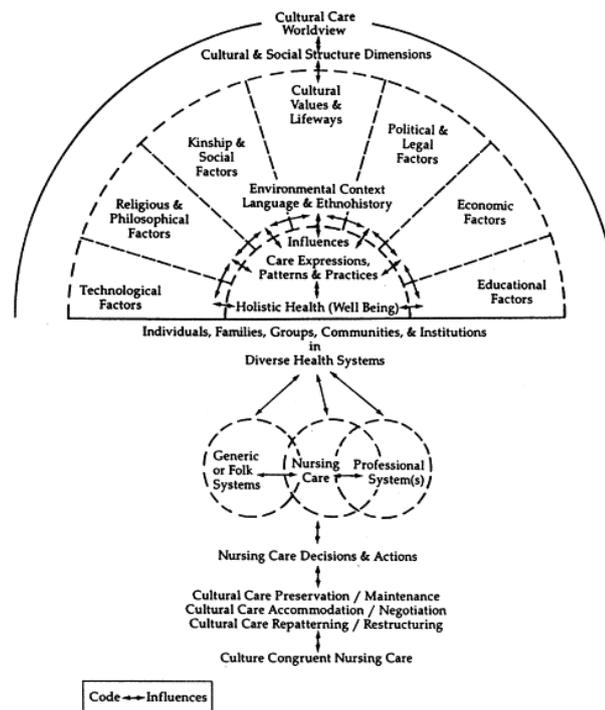
A Enfermagem mundial tem passado por súbitas e significativas transformações, evoluindo como prática profissional e como uma disciplina científica incrementando diferentes formas de cuidar, carreando-se para além do enfoque biologicista, adentrando a outros campos de conhecimentos para atuar em diferentes contextos que envolvem o homem, o ambiente, a saúde e a própria Enfermagem.<sup>4-5</sup>

A partir de 1960, como resposta a esse processo de mudança paradigmática e interdisciplinar, a enfermeira e antropóloga Madeleine Leininger destacou-se, afirmando que o domínio central da Enfermagem é o cuidado e uma investigação sistematizada do cuidado poderá fazer avançar a disciplina de Enfermagem, provendo melhores cuidados de enfermagem para um povo.<sup>6</sup>

Os novos serviços diferenciados de cuidados de enfermagem serão baseados em competências de cuidado cultural do pessoal de enfermagem, atendendo a indivíduos de diferentes culturas do mundo, envolvendo uma nova filosofia de serviços com base em modelos de cuidados transculturais de enfermagem e não em práticas biomédicas ideológicas.<sup>7</sup>

Este estudo baseou-se em um dos elementos consistente no modelo *Sunrise*, descrito pela teórica de enfermagem Madeleine Leinger na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC). Embora o modelo *Sunrise* fosse desenvolvido com o objetivo de ser um guia para pesquisadores obter uma visão holística das múltiplas dimensões relacionadas à TDUCC, também é empregado para conduzir o processo de ensino da consulta de enfermagem no campo da Saúde Coletiva, especificamente no campo da Estratégia Saúde da Família (ESF), permitindo aos alunos desenvolverem pensamentos críticos e complexos em relação à prática de enfermagem.<sup>8</sup>

**Figura 1** – Modelo *Sunrise* de Leininger retratado na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.



Fonte: LEININGER, M.M; MCFARLAND M.R. Culture Care Diversity and Universality: a world wide nursing theory, 2nd ed, Jones and Bartlett Publishers, Massachusetts, 2006.

Na Figura 1, podemos observar na primeira camada do modelo *Sunrise*, na qual é referenciada a visão de mundo e as dimensões estruturadas no aspecto cultural e social. Na segunda camada estão os diversos fatores contemplados por Leininger para investigar cada área da população estudada, entre estas se encontram os fatores tecnológicos, religiosos, sociais,

valores e crenças, econômicos e educacionais. A seguir compreendem as influências, expressões de cuidados, padrões e práticas, visão holística, doença e morte.

Já na parte inferior externa do arco, podemos observar os diversos focos que podem fazer parte das pesquisas utilizando o modelo *Sunrise*: o indivíduo, família, grupos, aldeias ou institutos nos diversos contextos de saúde.

Para os objetivos deste artigo, é relevante focalizar o conceito encontrado na base desta figura, *Culturally Congruent Care for Health*, na qual busca direcionar as ações de enfermagem com base no respeito na cultura dos indivíduos e da aldeia. No campo da saúde indígena no Brasil, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas oficializa a atenção diferenciada como uma característica essencial nas ações de saúde voltadas a esta população, permitindo a valorização das especificidades das etnias. Neste sentido, os conceitos de *Culturally Congruent Care for Health* e da atenção diferenciada podem ser complementares no trabalho da enfermagem.

A cultura é compartilhada e padronizada, pois consiste em uma criação humana, partilhada por grupos sociais específicos, assim, a interação social, a experiência e o contato do indivíduo interferem na dinâmica da sua vivência.<sup>9</sup>

A cultura oferece ao indivíduo uma visão de mundo, uma explicação como o mundo é organizado, e de como atuar nele, ganhando assim, mais sentido e valor.<sup>9</sup> A exemplo mencionado pelos autores Langdon e Wiik está o da classificação do conceito de limpeza e higiene, no qual as definições daquilo é “limpo” ou “sujo”, “puro” ou “impuro” são tão variadas quanto da multiplicidade de culturas encontradas ao redor do mundo.<sup>9</sup>

A sociedade latino-americana tem muitas formas de atenção à saúde, com diversos diagnósticos, diversos indicadores para detectar a doença, assim como várias formas de tratamento, e que devemos verificar as condições religiosas, étnicas, econômico/político, técnico e científico, no qual pode-se integrar as diferentes formas de atenção, ao invés de antagonizar, excluir e negar umas em função das outras.<sup>10</sup>

Na busca por diferentes formas de manter a saúde ou tratar a doenças seja ela da cultura indígena ou não, a população recorre a diversas formas de atenção, utilizando por exemplo, o modelo biomédico, a medicina popular, terapias alternativas, métodos religiosos, dentre outros caminhos percorridos para obter o resultado, marcando dessa forma, a diversidade de formas de atenção de grupos culturais que a sociedade possui.<sup>9</sup> Em relação às populações indígenas, há

grande diversidade de formas de atenção, a diversidade étnica e cultural implica em um desafio para a prática de enfermagem.

Em um estudo realizado com a etnia Munduruku no estado do Pará, a autora percebeu que a população tinha a capacidade de avaliar seu próprio estado de saúde, e que os profissionais de saúde não priorizavam uma “abordagem cultural” do cuidado, tal como propõem a enfermagem transcultural.<sup>11</sup>

A abordagem da enfermagem transcultural pode contribuir na prática de atenção à saúde indígena, em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Tal política orienta-se pelo princípio da atenção diferenciada e foi um grande marco para a busca de resolutividade dos serviços de saúde a partir do respeito e diálogo entre diferentes culturas indígenas, aproximando cada vez mais a enfermagem com o indivíduo e a aldeia. A atenção diferenciada supõe que profissionais de saúde devem considerar a particularidade cultural da aldeia indígena, e respeitar práticas de saúde tradicionais e curandeiros.<sup>2</sup>

Este estudo tem como objetivo descrever o trabalho da enfermagem no processo do alcance da resolutividade dos serviços de saúde no campo da saúde indígena da aldeia de Kwatá, do município de Borba/Amazonas, Brasil. Para tanto, cabe investigar o papel dos profissionais de saúde da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) que compõem a equipe de enfermagem no contexto da saúde indígena na aldeia Kwatá e identificar entre a enfermeira, técnicos de enfermagem e o Agente Indígena de Saúde (AIS) os discursos e práticas que se relacionam com o ponto de vista desses e usuários sobre a resolutividade dos problemas de saúde.

## **MÉTODOS**

Este estudo foi realizado a partir de uma abordagem qualitativa e descritiva, fundamentado pelos pressupostos etnográficos. O estudo etnográfico tem como objetivo a compreensão do ponto de vista do nativo, a sua relação com a vida e sua percepção e visão de mundo”.<sup>12</sup> Neste sentido, este caminho metodológico, requereu o conhecimento acerca da visão dos sujeitos da pesquisa e a observação dos fatos que ocorreram no contexto de saúde local.

Contribuiu como facilitador para a realização do estudo, o vínculo de três anos de trabalho da pesquisadora com os Munduruku que vivem na aldeia de Kwatá e em Manaus, o que permitiu estabelecer um *rapport* propiciador de confiança pesquisadora-indígenas, consolidado pelo desenvolvimento de atividades voluntárias entre os jovens da aldeia no ano de 2013, o qual

motivou a realização de um projeto de pesquisa voltado para a saúde no contexto da atenção à saúde diferenciada. Por esse motivo foi consultado o cacique da aldeia sobre os principais problemas de saúde enfrentados pelos indígenas em Kwatá e, após sua explanação sobre a realidade de saúde na aldeia, foi desenvolvido o projeto de pesquisa intitulado “Resolutividade dos serviços de saúde em Kwatá: a percepção do indígena e da equipe de saúde”.

Depois de elaborado o projeto, este foi, novamente, apresentado ao cacique, que de posse e conhecimento da pesquisa, concedeu o termo de anuência para a realização do estudo. Para a aprovação deste trabalho seguiu os seguintes procedimentos éticos: levantamentos de documentos para envio à Fundação Nacional do Índio em Brasília, elaboração do projeto para envio ao Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amazonas e, posteriormente, encaminhamento do projeto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) para aprovação final.<sup>1</sup>

Nesse período, foi realizada uma pesquisa documental e conversas com funcionários do DSEI-Manaus. Os documentos disponibilizados pelo DSEI foram atas de reuniões do Conselho Distrital de Saúde Indígena de Kwatá e os planos distritais de 2012 a 2015, os quais permitiram a contextualização e conhecimento dos problemas de saúde da aldeia Kwatá.

No período que antecedeu a coleta de dados, foram realizados levantamentos de estudos etnográficos sobre a etnia Munduruku em Kwatá e conversas com pesquisadores que trabalharam na aldeia. O trabalho de campo foi realizado nos meses de agosto à outubro de 2015, totalizando 20 dias de trabalho de campo na aldeia indígena de Kwatá, pertencente à Terra Indígena Kwatá-Laranjal no município Borba/AM, onde residem índios Munduruku.<sup>2</sup>

A coleta de dados foi realizada por meio das técnicas de entrevista semiestruturada e de observação participante, com anotações em diário de campo. As entrevistas semiestruturadas buscaram compreender as atividades desenvolvidas pela enfermagem e aos desafios enfrentados na busca da resolutividade dos problemas de saúde sob o ponto de vista da equipe de enfermagem e dos indígenas usuários do SUS. As entrevistas contribuíram, também, para o conhecimento histórico da saúde em Kwatá e as preferências dos indígenas no atendimento de saúde. A atenção diferenciada foi ponto importante que integrou as falas dos sujeitos da pesquisa e permitiu contemplar os enfoques acerca do cuidado cultural. A observação participante permitiu registrar dados referentes às práticas de enfermagem, os processos facilitadores e as dificuldades no

---

<sup>1</sup> Todos os processos foram analisados, totalizando um período de onze meses.

<sup>2</sup> Financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM) através do projeto “Saneamento em áreas indígenas a partir de uma perspectiva antropológica: cosmografia, práticas de autoatenção à saúde e políticas públicas na Amazônia”, coordenador pelo Dr. Daniel Scopel.

trabalho da equipe de enfermagem e os caminhos percorridos pelos indígenas em busca da resolutividade em saúde.

Para atingir os objetivos propostos, os sujeitos escolhidos para fazerem parte desta pesquisa foram: uma enfermeira do polo-base, duas técnicas de enfermagem, dez Agentes Indígenas de Saúde e cinco indígenas Munduruku residente da aldeia Kwatá.

Para as entrevistas, inicialmente era apresentado o projeto e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para os sujeitos e, após o consentimento, marcava-se um horário específico para a realização da entrevista. As entrevistas foram realizadas em, aproximadamente, 40min, sendo gravadas em áudio e, no mesmo dia, transcritas no diário de campo.

Durante a coleta de dados, a pesquisadora permaneceu no polo-base de saúde, permitindo maior proximidade entre a equipe de saúde e das atividades realizadas pela enfermagem. Foram acompanhadas as atividades junto à equipe de enfermagem como: a recepção do usuário no polo-base de saúde, triagem do usuário, pré-natal em gestantes, exame de prevenção do câncer do colo útero em mulheres, imunizações, atendimentos gerais de enfermagem, realização da pesagem e altura das crianças menores de cinco anos, visitas às aldeias e atividades administrativas.

No mês de junho, foi realizado o acompanhamento da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) nas visitas as aldeias para a realização do atendimento à população. Dentre as aldeias indígenas que a equipe de saúde é responsável para a realização de visitas, a pesquisadora pode acompanhar as seguintes aldeias: Cajual, São Domingos, Parawá, Pajurá, Juvenal, Arú, Caió e Fronteira. As visitas nestas aldeias foram essenciais na pesquisa, pois permitiu observar tanto a realidade dos indígenas Munduruku que vivem em locais mais distantes do polo-base quanto observar o atendimento da equipe de saúde em locais que não dispunham de infraestrutura específica para a realização do atendimento e os desafios enfrentados por todos os atores vinculados aos aspectos da saúde. Nestas visitas, foram entrevistados os AIS responsáveis em cada aldeia visitada.

Já no mês de setembro, foi realizada as observações e entrevistas apenas na aldeia Kwatá e no polo-base de saúde, para verificar a rotina do trabalho da enfermagem e acompanhar os usuários que buscavam atendimento no polo.

A análise de dados foi realizada através da abordagem etnográfica, na qual os dados coletados direcionam o olhar durante o trabalho de campo, sistematizadas por meio de diário de campo e notas imediatamente após as entrevistas. Posteriormente, as transcrições de entrevistas foram identificados os grupos temáticos, agregando as unidades de registro, definindo desta forma, as categorias e subcategorias temáticas através da análise de conteúdo temática.<sup>13</sup>

Este estudo seguiu os aspectos éticos preconizados pelo Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com base nas resoluções 466/2012 e 304/2000 para pesquisas envolvendo aldeias indígenas (CAAE: 38527014.7.0000.5020).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### A enfermagem e seus processos de trabalho

Na Região Norte, está concentrada aproximadamente 50,0% do total de indígenas autodeclarados do país, e considerando a totalidade de Unidades da Federação, o Amazonas, foi o estado que apresentou o maior percentual de indígenas autodeclarados do país (20,6%).<sup>14</sup> Dados do censo de 2010 mostram que entre os cinco municípios que apresentaram o maior contingente de população indígena autodeclarada do Brasil, quatro pertencem ao estado do Amazonas.<sup>14</sup>

Em estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, estima-se que 896 mil pessoas se declararam indígenas no Brasil, totalizando 305 etnias e 200 línguas. As Terras Indígenas da etnia Munduruku encontram-se nos estados do Pará, Amazonas e em Mato Grosso, somando-se um total de 11.630 pessoas residentes em dez Terras Indígenas.

A aldeia de *Kwatá* que foi o cenário deste estudo pertence à Terra indígena *Kwatá-Laranjal* e está localizada no município de Borba no estado do Amazonas. *Kwatá* é a maior aldeia do Rio Canumã, onde residem cerca de 350 Munduruku, que vivem numa área territorial de 1.121.300 hectares.<sup>15</sup> A terra indígena de *Kwatá-Laranjal* possui uma extensa região. *Kwatá* abrange as aldeias: Apuí, Aru, As Cobras, Cafezal, Cajoal, Empresinha, Fronteira, Jutá/Malocão, Juvenal, *Kwatá*, Makambira, Mamoal, Niterói, Pajurá, Parawá, Santo Antônio, São Domingos, Sauru e Tartaruginha.

A presença dos profissionais enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem é uma característica do Distrito Sanitário Especial Indígena, sendo esta categoria indispensável para a contribuição e construção do Subsistema de Saúde Indígena. Tal contribuição deve-se ao fato que a enfermagem foi instituída como profissão no Brasil, em um período pelo qual a luta da saúde pública baseada na prevenção ascendeu nas discussões da necessidade de investir na educação sanitária da população, tornando-se este profissional nos dias atuais, estratégico para a concretização do modelo de assistência à saúde baseada na prevenção e educação em saúde.<sup>16</sup>

Vale ressaltar que a equipe de enfermagem da aldeia *Kwatá* é formada por uma enfermeira, quatro técnicas de enfermagem e vinte e dois AIS. Não constam em outros documentos oficiais, dados concretos apresentando que o profissional AIS faz parte da equipe de enfermagem, porém

na prática em Kwatá, a enfermeira é responsável pela supervisão e acompanhamento deste profissional.

A seguir apresento breve descrição sobre o papel e atividades segundo minhas observações de campo e dados de entrevista.

### **Prática da enfermeira em saúde indígena em Kwatá**

Inicialmente será abordada a trajetória profissional de Elena<sup>3</sup>, que era a enfermeira responsável no polo-base de Kwatá durante o período deste estudo. Nascida no interior de São Paulo, Elena formou-se em enfermagem na sua terra e estava em busca de trabalhar voluntariamente no campo da sua profissão. Em 1999, foi a primeira experiência da enfermeira no estado do Amazonas, através de um projeto de Saúde aos ribeirinhos no município de Manicoré que abrangiam os municípios de Borba e Novo Aripuanã, através da igreja católica. Nas palavras da enfermeira este trabalho realizado de forma voluntária foi  *muito gratificante e de muito crescimento espiritual*. A partir desta oportunidade, Elena ficou residindo no Amazonas no qual casou-se e tem dois filhos indígenas que foram adotados ainda quando eram crianças. Hoje Elena trabalha na EMSI do polo-base de Kwatá e nos dias de folga deste trabalho, ela faz plantões no Hospital do município de Nova Olinda.

No contexto profissional da enfermeira, obteve experiência em alguns municípios no interior do estado do Amazonas trabalhando como gerente de enfermagem, permitindo conhecer a realidade local para o seu trabalho atual na saúde indígena. A primeira experiência da enfermeira no campo da saúde indígena foi no ano de 2005, inicialmente percebeu grandes desafios e enfrentou algumas dificuldades como segue na sua fala: *tínhamos recursos humanos escassos, poucos medicamentos e tínhamos que fazer nossos atendimentos nas aldeias em motores de pouca potência e não tínhamos médicos na equipe, então fazíamos o que dávamos conta* (Elena, enfermeira, 51 anos). A enfermeira trabalhou nesse período por dois anos na saúde indígena com os Munduruku e os Satere-Mawe, mas ela havia aceitado um convite para assumir a gerência do Hospital do município de Nova Olinda do Norte para poder ficar mais perto dos filhos. Após oito anos longe da saúde indígena, a enfermeira Elena retornou para a EMSI em Kwatá, e verificou alguns avanços no cenário deste campo da atenção à saúde, porém ainda permanecem alguns desafios que persistem até os dias atuais.

Sobre o retorno ao campo da saúde indígena, a enfermeira disse

*Após 8 anos, volto para atuar na assistência aos indígenas, os desafios continuam talvez um pouco diferente, mas com a criação da SESAI (Secretaria Especial de Saúde*

---

<sup>3</sup> Para preservar o anonimato dos sujeitos da pesquisa, os nomes originais foram substituídos por fictícios.

*Indígena) sinto que as coisas ficaram mais amarradas e temos uma direção (Elena, enfermeira, 51 anos).*

A enfermeira em Kwatá é responsável pela coordenação e organização dos serviços de saúde e é quem conduz as responsabilidades da equipe de enfermagem. A enfermeira também é responsável por diversos formulários que devem ser preenchidos e entregues mensalmente ao DSEI-Manaus com informações sobre os usuários atendidos, prestação de contas e relatórios de trabalho. Na fala da enfermeira Elena [...] *faço assistência de enfermagem direta, nas aldeias com todos os programas que faz parte da assistência coletiva, tentando trabalhar a prevenção e com isto diminuir morbimortalidade entre os indígenas* (Elena, enfermeira, 51 anos).

Como parte da rotina desta profissional encontra-se também, o atendimento aos usuários no polo-base de saúde e as visitas às aldeias para acompanhamento e atendimento aos indígenas, no que tange os programas da atenção primária. As formas de trabalho no polo foram retratadas na fala da enfermeira Elena

*Nós nos localizamos no polo, e aqui (no polo) assistimos 20 aldeias, sendo que Kwatá é a referência[...] os programas da atenção básica são as ações prioritárias da equipe de saúde do polo base de saúde. Há o apoio no polo da equipe de enfermagem, além disso há o deslocamento para as aldeias para desenvolvimento dos programas em todas as aldeias* (Elena, enfermeira, 51 anos).

No Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI-Manaus (2012-2015) encontra-se os programas da atenção básica que deve constar no polo-base da aldeia indígena Kwatá, são elas: Saúde da Mulher e da Criança, Imunização, Saúde Mental, Doença Sexualmente Transmissível (DST)/Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS) e Hepatites Virais, Doenças e Agravos não-transmissíveis (DANT)/Hipertensão/Diabetes, Saúde do Homem, Saúde do Idoso, Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (SISVAN), Tuberculose/Hanseníase (MH), Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) e Vigilância Epidemiológica.

Os formulários de responsabilidade da enfermeira são os dados fornecidos nos atendimentos dos programas da atenção primária citados acima, totalizando doze formulários para o preenchimento mensal. Entre estes formulários estão: 1) Mapa diário de acompanhamento de crianças < 5 anos; 2) Acompanhamento de hipertensos e diabéticos; 3) Controle de pacientes com diagnóstico de Tuberculose; 4) Mapa diário de acompanhamento de gestantes; 5) Atendimento de saúde mental; 6) Inquérito de Hepatites Virais; 7) Acompanhamento de sífilis em mulheres; 8) Relação de pacientes confirmados com DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais; 9) vigilância de óbitos; 10) mapa de produção dos atendimentos no polo-base; 11) Consultas realizadas no pré-natal; 12) Informações mensais do programa de prevenção do câncer do colo uterino e mama.

## Práticas da Técnica de Enfermagem

Em Kwatá, ao observar as atividades das técnicas de enfermagem, verificou-se que elas são responsáveis principalmente para realizar o primeiro atendimento do usuário que chega do polo-base. Seu primeiro passo no acolhimento ao usuário trata-se de perguntar a principal causa que fez o usuário buscar o atendimento no polo. Em seguida, aferem os sinais vitais, e repassam o atendimento para a enfermeira ou médico.

Para a enfermeira Elena, o atendimento inicial no polo-base era realizado pelas técnicas de enfermagem

*O usuário é recebido pelo técnico, depois é realizado a triagem, e depois a consulta médica e de enfermagem. Casos de infecções respiratórias, diarreias e dermatite são os sintomas em crianças que frequentemente a família buscam o polo. Os pacientes idosos hipertensos recebem visitas domiciliares da enfermagem (Elena, enfermeira, 51 anos).*

De acordo com a técnica de enfermagem Lara:

*Aqui no polo nós fazemos a triagem, fazemos o que dá para fazer no serviço de atenção básica, e se ultrapassa os serviços da atenção básica levamos até Nova Olinda. Mas tentamos resolver aqui para evitar a ida até Nova Olinda e a família também prefere que fique aqui (Lara, técnica de enfermagem, 28 anos).*

Além disso, as técnicas de enfermagem também visitam as aldeias quando a EMSI se deslocam até outras aldeias para realizar o atendimento de saúde, pois é esta profissional que executa ações voltadas à imunização, checagem de peso e altura das crianças para o SISVAN, mensuração da pressão arterial para dados do HIPERDIA, curativos, entre outros. No caso da ausência do médico e da enfermeira, as próprias técnicas de enfermagem repassam o medicamento para o usuário.

As técnicas de enfermagem em Kwatá também contribuem para o preenchimento dos formulários cobrados pelo DSEI-Manaus e pelo município de Borba. Cada técnica de enfermagem é responsável pelo preenchimento de uma parte das informações. Dentre os formulários que devem ser preenchidos pelas técnicas de enfermagem e enviados mensalmente para os órgãos supracitados, são: atendimento em saúde da criança, avaliação e classificação do crescimento, descrição dos atendimentos e classificação das crianças atendida segundo a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), quantidade de indígenas imunizados e saúde dos adolescentes.

As técnicas de enfermagem em Kwatá têm relativa experiência de trabalho na aldeia Kwatá. A que possui menos tempo de trabalho está há quatro anos atuando nesta aldeia indicando

que há baixa rotatividade no cargo. Porém, haviam quatro técnicos em enfermagem, quantidade esta, menor que o estipulado pelo DSEI, o qual determina a atuação de seis profissionais desta categoria. Tal quantidade sobrecarrega a equipe, evidenciada no discurso abaixo:

*Antes tinham seis técnicas de enfermagem hoje temos quatro, sendo um problema para visitar as aldeias, pois no polo não pode ficar descoberto, então fica difícil de ficar visitando as outras aldeias, nem visita domiciliar, pois não pode deixar um técnico sozinho atendendo podendo chegar alguém para atendimento e locomover até Nova Olinda, então quem fica realizando as visitas nos domicílios são os AIS (Janete, técnica de enfermagem, 43 anos).*

As técnicas de enfermagem possuíam uma ótima relação entre os usuários, indicando o processo de incremento de competência cultural, já que elas conheciam há bastante tempo a população, no qual conquistaram grande confiança dos moradores de Kwatá. Esta relação de confiança é de importância vital para o estabelecimento de prioridades da atenção à saúde.

No que tange a busca de resolutividade dos problemas de saúde, as técnicas de enfermagem em Kwatá são as primeiras da equipe a terem conhecimento sobre algum problema na aldeia ou com o indivíduo que chegavam ao polo-base, e durante as observações realizadas na pesquisa, aquelas desempenhavam o papel análogo ao da enfermeira, quando esta não estava.

As técnicas de enfermagem permanecem 20 dias e folgam 10 dias, e totalizam quatro profissionais desta categoria, ou seja, sempre há pelo menos uma técnica de enfermagem presente no polo-base de Kwatá para suprir qualquer necessidade que possa aparecer na aldeia.

### **Práticas do Agente Indígena de Saúde**

Dentre estes profissionais que atuam nas aldeias indígenas, destaca-se os Agentes Indígenas de Saúde (AIS), membro integrante da equipe multiprofissional de saúde indígena, tornando-se o diferencial no campo da saúde indígena, sendo o principal intermediador dos serviços de saúde. As Conferências de Saúde Indígenas (1986;1993;2001) destacaram a relevância dos agentes indígenas de saúde, além disso discutiram o modelo assistencial da saúde indígena e a operacionalização por meios de distritos sanitários.<sup>17</sup>

A maior demanda da formação dos AIS por parte das aldeias indígenas tem se intensificado nos últimos anos, com a finalidade de atender as necessidades da atenção básica, e principalmente para haver a comunicação entre a população indígena e o Sistema Único de Saúde.<sup>18</sup>

Entre os requisitos para se tornar um AIS está à indicação realizada pela aldeia, o profissional deve residir na área de atuação, preferencialmente pertencer a sociedade junto a qual vai atuar e ter um bom relacionamento com a aldeia. E sobre a quantidade de AIS a serem formados em cada distrito é baseado na proporção de um agente para cerca de 100 habitantes/aldeia na região da Amazônia Legal.<sup>18</sup>

O papel do AIS é fundamental para resolutividade dos problemas de saúde nas aldeias indígenas, já que o mesmo se relaciona diretamente entre os serviços de saúde e os indivíduos, trazendo as reais necessidades da população atendida. Para a enfermeira Elena o AIS é o *grande elo que repassa as informações sobre as necessidades de saúde é o AIS, e durante as visitas nas aldeias a enfermagem consegue perceber as características e necessidades de cada população* (Elena, enfermeira, 51 anos).

O cargo do AIS inclui: participar da atenção à saúde de todos os membros de sua aldeia e das localidades de sua área de abrangência, devendo desenvolver prioritariamente ações de vigilância em saúde, prevenção e controle das doenças e agravos, por meio de visitas domiciliares, atividades educativas individuais, familiares e coletivas e ações de atenção primária à saúde, sob a supervisão e acompanhamento de profissionais de saúde capacitados para exercerem essa função (instrutores/supervisores), lotados nas equipes de saúde dos distritos sanitários.<sup>18</sup>

Estor, AIS de Cajual, comentou na entrevista que [...] *nosso trabalho como AIS é fazer as visitas e levantar informações e problemas para enviar a enfermeira no polo-base, assim é levado ao polo para passar os medicamentos* (Estor, AIS, 53 anos).

Percebe-se a necessidade do AIS para um atendimento diferenciado para as populações tradicionais indígenas, pois este profissional deve estar apto a desempenhar suas funções no dialeto da etnia que vivencia, e também por ter o conhecimento sobre a cultura do ambiente que presta a atenção a saúde. Tal conhecimento da realidade cultural pode trazer melhores resultados nas ações de saúde oriundas dos planejamentos da equipe de saúde.

Em Kwatá, a enfermeira e as técnicas de enfermagem constantemente afirmavam que o AIS são os “olhos das aldeias”, sendo o principal interlocutor entre o usuário e a equipe de enfermagem. Através do trabalho dos AIS a enfermeira tem conhecimento sobre a situação de saúde dos indígenas das aldeias através das informações registradas mensalmente nas suas produções. Outra função que os AIS em Kwatá exerciam, era no auxílio da remoção do usuário de sua aldeia até o polo-base.

O AIS tem grande familiaridade com a aldeia, já que são indígenas, e na maioria das vezes tem uma relação de parentesco com os moradores, facilitando o diálogo entre os usuários e compreendendo as reais necessidades da população.

### **Os processos de trabalho da enfermagem na atenção à saúde indígena em Kwatá**

E qual seria a especificidade do trabalho da enfermagem no contexto da saúde indígena comparado a outros contextos? Bem, entre estas diferenças encontra-se no tempo de permanência no ambiente de trabalho, pois mensalmente a enfermeira e as técnicas de enfermagem devem permanecer por vinte dias na aldeia, resultando em uma forte aproximação entre os usuários e as profissionais de enfermagem. Nesse sentido, esta aproximação faz com que os usuários tenham uma relação de confiança, principalmente quando o profissional trabalha de maneira humanizada e disposta a resolver os problemas de saúde da população.

Para isso, faz-se necessário conhecer o contexto e a realidade do local e da população que a enfermeira irá trabalhar, pois trabalhar na aldeia indígena significa estar na casa dos moradores do local, e desta forma, espera-se que o profissional consiga corresponder às expectativas tanto do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) quanto dos indígenas residentes naquela aldeia.

No período da coleta de dados, foi observado o cuidado que a enfermeira tinha para escutar cada usuário no atendimento de saúde. A escuta de qualidade é uma função central do serviço de saúde, capaz de resolver ou minimizar os problemas de saúde da população, segundo afirma a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).<sup>19</sup> Ou seja, esta qualidade contribui para o alcance da resolutividade dos problemas de saúde, já que permite encontrar as necessidades da população atendida.

A escuta eficaz do profissional de saúde permite desenvolver as relações de vínculo, ampliando a efetividade e a confiança entre o usuário e o profissional, além de ser um potencial terapêutico.<sup>19</sup>

O contexto do atendimento de enfermagem no polo-base de saúde em Kwatá é comparável às unidades básicas de saúde da zona urbana. Os polos-base são localizados nas aldeias indígenas no qual cobrem um conjunto de aldeias. A estrutura do polo-base em Kwatá consiste de uma sala de enfermagem ou do consultório médico, sala de curativos, recepção, depósito de materiais e arquivos, sala de observação, consultório odontológico e um laboratório para análise de exames de malária. Além destes setores, no polo-base de Kwatá contém uma cozinha, refeitório, três dormitórios e dois banheiros.

A Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) inclui além dos profissionais de enfermagem, o médico, o dentista e a auxiliar de saúde bucal, sendo esta equipe responsável por visitar e realizar atendimento de saúde nas dezenove aldeias pertencentes à Kwatá. Nestas visitas a enfermagem trabalha com os programas da atenção básica de saúde que abrangem principalmente o controle e prevenção da hipertensão e diabetes (HIPERDIA), consultas de pré-natal, levantamento de dados para o Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (SISVAN), imunização e Saúde da Mulher com foco em exame de Papanicolau.

Os programas da atenção básica não se diferem no planejamento, ação e avaliação no campo da saúde indígena, ou seja, são padronizadas, porém compreender o contexto cultural para as práticas de enfermagem torna o trabalho proposto a seguir caminhos que se aproxime da realidade local.

Ao deslocar a EMSI para outras aldeias, encontramos um cenário que difere da realidade encontrada no polo-base em Kwatá. Primeiramente, nas outras aldeias não há o posto de saúde para o atendimento dos profissionais de saúde para a população. Na realidade, deveria haver um posto de saúde em cada aldeia, este posto seria uma unidade mais simples do que o polo-base no qual atuaria os AIS.<sup>3</sup> Já que as aldeias não possuem estes postos de saúde, então a EMSI realiza o atendimento em centros sociais, igrejas ou na própria casa do AIS.

Nas aldeias indígenas em Kwatá o atendimento de mulheres para a realização do exame Papanicolau é realizado, na maioria dos casos, na casa do AIS. Em uma das visitas acompanhei a enfermeira na realização do preventivo em mulheres indígenas moradoras da aldeia de São Domingos. Primeiro, as indígenas foram comunicadas pelo AIS de São Domingos sobre o dia da visita da EMSI, desta forma a enfermeira ao chegar no local já tem conhecimento das mulheres que irão realizar o exame. Ao chegar à casa do AIS a enfermeira foi até o quarto onde havia uma cama de casal, e lá realizou o exame Papanicolau. Neste contexto, a indígena deita na cama e é orientada a ficar em posição ginecológica para a realização do exame, apoiando os calcanhares na beira da cama. A enfermeira para coletar o material, senta no chão, já que a altura da cama é baixa e segura a lanterna com a boca, deixando as mãos livres para a coleta do material, pois para proporcionar privacidade para a indígena foi solicitado pela enfermeira que fechassem a janela e a porta, porém não havia iluminação pois neste dia em São Domingos estava sem energia há uma semana.

O conforto era mínimo no trabalho dos profissionais de saúde nas aldeias em Kwatá. Este problema inicia-se pelo deslocamento até as aldeias, no qual é utilizada uma lancha onde não há encosto para as costas e nem estofado para sentar, tornando o percurso até a aldeia cansativa. Tem aldeias há cerca de 20min de Kwatá, como Fronteira e Kayoé, porém também há aldeias

que demoram cerca de 3h, como a aldeia de Apuí. Outro fator sobre a falta de conforto para os profissionais de enfermagem, trata-se da falta de estrutura para descanso dos profissionais ao chegar às aldeias. Em uma visita a aldeia de Juvenal a AIS emprestou sua rede para a enfermeira descansar depois do almoço, mas nem sempre houve esta oportunidade.

Um elemento essencial no atendimento de enfermagem para os usuários é a privacidade para expor os problemas de saúde, porém no atendimento ao indígena não havia um local estruturado, como uma sala de enfermagem ou um espaço reservado, o usuário ao relatar sobre seus problemas de saúde, as pessoas que estavam ao redor poderiam ouvir. A consulta de enfermagem deveria ser realizada de maneira segura e confortável, pois é uma peça fundamental para a compreensão dos problemas de saúde do indivíduo e da população no contexto da APS, proporcionando um ambiente que ultrapasse as barreiras biológicas, envolvendo questões sociais e do processo saúde-doença.<sup>20</sup>

A falta de privacidade para os usuários no momento da escuta da enfermeira torna um obstáculo para o usuário expor seus reais problemas de saúde. No curso de graduação é ensinado procedimentos conforme acervos literários recomendados, seguindo critérios estabelecidos por diversas teorias comprovadas cientificamente, porém no campo da saúde indígena uma das qualidades que a enfermeira que atua nesta área deve ser a criatividade.

Existem algumas lacunas na formação profissional de saúde, como a defasagem entre o que é ensinado nos cursos de graduação em saúde e a realidade observada no cotidiano dos serviços de saúde ou nas aldeias. Segundo o mesmo autor, outro problema encontrado na formação dos profissionais de saúde, diz respeito às necessidades de saúde, pois diferem de um cenário para outro, pois os indicadores de mortalidade infantil, por exemplo, podem sofrer variações extremas entre regiões pertencentes a um mesmo país.<sup>21</sup>

Sendo assim, o conhecimento da realidade local sobre as necessidades de saúde é um ponto relevante que deve ser destacado para a implementação de programas de saúde para amenizar ou evitar os problemas de saúde. Na prática o que é encontrado, são padronizações de programas de saúde para todos os grupos populacionais baseado na média nacional de morbidade e mortalidade. Entre os povos indígenas as realidades de saúde em alguns aspectos são semelhantes, dado o fato de que são evidenciados pela desigualdade nas taxas de mortalidade entre estes povos e a população geral.<sup>22</sup>

Em Kwatá, dentre as principais causas de atendimento ao polo-base estavam: doenças do aparelho respiratório e doenças infecciosas principalmente entre as crianças. Apesar da carência de registros sobre a realidade de saúde entre as populações indígenas, estudos realizados entre outros grupos populacionais indígenas apresentaram semelhança neste cenário entre crianças

indígenas Suruí menores de 10 anos em Rondônia e em outro estudo entre crianças indígenas no município de Campo Grande/MS.<sup>22-23</sup>

Outro importante fator que o profissional de enfermagem deve se aprimorar, tanto no campo acadêmico quanto no planejamento dos serviços de saúde, é o acompanhamento das mudanças epidemiológicas da situação de saúde da região ou da aldeia, para poder executar o trabalho de acordo com as reais necessidades locais, a fim de garantir a resolutividade dos serviços de saúde. Para tal, é indispensável a aproximação da realidade do trabalho com o que é ensinado no processo acadêmico do profissional de saúde.

Não contar com materiais específicos, nem com o ambiente ideal para a realização da consulta de enfermagem na saúde indígena, faz com que a enfermagem trabalhe a partir dos recursos disponíveis para resultar na resolutividade dos serviços de saúde. Além disso, existem as preferências culturais que não devem ser ignoradas pelos profissionais de saúde. Este fator contribuiu para a busca da confiança entre a enfermeira e a aldeia indígena.

Dentre os relatos registrados sobre a coleta de material para o preventivo, a preferência das indígenas Munduruku é que seja uma profissional mulher para a realização deste procedimento. Na aldeia indígena de Kwatá, o facilitador do trabalho da EMSI era realizado através do diálogo principalmente do cacique da aldeia e do conselheiro de saúde.<sup>15</sup> Assim, a EMSI tem maior conhecimento sobre as preferências de saúde, a partir do “aconselhamento” destas figuras centrais.

Mesmo que tivesse o espaço para a consulta entre profissionais de saúde e os representantes indígenas, havia um cuidado entre a enfermagem em dialogar com este segmento populacional sobre determinados assuntos relacionados à saúde. Entretanto, sobre este ponto, havia limitações da equipe de enfermagem de explicar sobre questões relacionadas à organização dos serviços de saúde. Por exemplo, quando perguntado à enfermeira sobre o porquê de não haver um dia da semana para atendimento de determinado programa, leia-se dia de segunda-feira para atendimento de pré-natal, como forma de organização dos serviços, a enfermeira relatou que já tentou fazer de maneira planejada e programada, mas se o usuário aparecer em um dia que não é destinado àquela situação e o profissional disser que não é o dia correto, os usuários sentem-se chateados com a equipe multiprofissional de saúde indígena, o que remete ao atendimento por demanda espontânea, o que tem acarretado dias com sobrecarga de trabalho e dias ociosos, como expressado na fala da enfermeira:

*Sobre a organização de serviços, não há um dia de atendimento focado para um determinado procedimento, quando chega o paciente deve fazer o atendimento independente do que se trata. Já foi sugerido de trabalhar cada dia da semana para determinados focos, porém se o usuário aparece com um problema em um dia que não*

*se trata daquele assunto, o usuário não compreende esta situação, querendo o atendimento naquele momento. Por essa razão os serviços de saúde no polo atende todos os problemas de saúde das 2.000 pessoas, pertencente as 20 aldeias, quando for preciso (Elena, enfermeira, 51 anos).*

A organização dos serviços de saúde permite trabalhar de forma sistemática e continuada nas ações de promoção da saúde e prevenção de doença, haja vista que são prioridades de trabalho da atenção primária à saúde.

Além do atendimento aos usuários, a enfermeira tem uma demanda de formulários para preenchimentos com informações de saúde e emissão de relatórios que são apresentados mensalmente ao DSEI-Manaus. Para levar os formulários até o DSEI-Manaus, o tempo da permanência da enfermeira em Kwatá reduz de vinte dias para quinze dias, para que ela possa fazer a viagem até a capital Manaus e entregar todos os formulários. Desta forma, observou-se que a demanda de serviços administrativos compromete o tempo da enfermeira em área indígena. Esta realidade também foi observada em outro estudo realizado no local, que foi considerado pelo autor como algo grave por ocasionar sobrecarga de trabalho gerencial de produção de relatórios administrativos, comprometendo a eficiência da gestão do SASI e dos programas assistenciais de saúde.<sup>15</sup>

Estudo realizado sobre o cotidiano da assistência básica de saúde prestada aos Munduruku do Alto Rio Tapajós/Pará mostrou os fatos das tensões geradas entre o *cuidar* e *gerir* nas ações das enfermeiras, no qual o reconhecimento de um bom trabalho de enfermagem variava, entre as enfermeiras, para a reorganização do espaço físico, dos arquivos e da escala dos AISs como forma e parâmetro de reconhecimento da eficiência do trabalho. Já para a outra enfermeira, a ênfase entrou-se nas ações assistenciais diretas. Porém, ambas as funções, indissociáveis, constam na formação da enfermeira sendo este dualismo “a leitura de um ponto de vista biomédico, baseado no fisicalismo, que se corre o risco de reproduzir ao analisar a prática das profissionais de saúde” no qual está relacionado ao processo histórico da profissão.<sup>16</sup>

### **Aspectos históricos da resolutividade em Kwatá e a pluralidade de atenção à saúde**

Mesmo acompanhando avanços na saúde indígena, o diálogo entre o SUS e o SASI vem passando por incoerências e inconsistências laborais que refletem na resolutividade. A literatura expressa sobre os avanços da saúde indígena, contudo, também evidencia aspectos negativos no período da gestão da saúde indígena pela FUNAI, especialmente, no que diz respeito à

organização e limitação da atenção à saúde.<sup>2-3</sup> Em Kwatá, os indígenas que viveram na época da gestão da FUNAI relataram o quanto os serviços de saúde eram eficientes e colaborativos.

Para Dona Tânia, na época da FUNAI *era muito boa a assistência de saúde, pois ofereciam bastante remédio, havia comunicação por rádio e até vinha um avião para buscar os pacientes doentes.*

O Sr. André, indígena Munduruku, trabalhava como auxiliar de enfermagem no período da gestão da FUNAI e relatou com alegria as experiências que teve:

*Naquela época era mais fácil, a FUNAI tinha pouco recurso mas conseguiam resolver nossos problemas de saúde, eles disponibilizavam um avião caso precisássemos, também havia radiofonia que poderíamos comunicar diretamente com Manaus e solicitar um serviço de urgência e emergência como fratura ou acidente ofídico. Na época da FUNAI não faltava quase nada, somente os recursos humanos era limitado, só tinha eu, o auxiliar de serviços gerais, o chefe do posto e o piloto. A partir do ano 2000, quando mudou o sistema de saúde indígena o negócio só piorou, o governo investe dinheiro, mas não vemos resultados (André, 59 anos, ex-auxiliar de enfermagem).*

A comparação da atenção à saúde no período da gestão da FUNAI com o atual momento relacionado aos relatos destes indígenas Munduruku dá-se principalmente aos recursos materiais que tinham à disposição, e que hoje implica na escassez de recursos que são considerados importantes descritos nas falas dos sujeitos.

Nesta época foi relatado que um profissional exercia diversas funções, e certos procedimentos que não estava sob a jurisdição do nível deste profissional era realizada da mesma forma. Por haverem poucos profissionais que trabalhavam em Kwatá no período da gestão da FUNAI, caberia aos que estavam presentes cobrir as funções de toda a equipe. Hoje, há uma equipe multidisciplinar, podendo cumprir cada profissional sua devida função.

Mas, atualmente, há a cobrança dos indígenas Munduruku quanto aos profissionais de saúde que atuam no polo-base no que diz respeito ao exercício das funções que estão além daquilo que é recomendado pelo Ministério da Saúde. Exemplificando esta situação, o AIS, por ter suas competências profissionais dispostas legalmente, o impede, por exemplo, de administrar medicamentos injetáveis, o que, para os indígenas em Kwatá, é um retrocesso, haja vista que à época da FUNAI, um profissional de saúde sem formação profissional técnica e superior realizava diversos procedimentos assistenciais.

Desde a implantação do SASI, dois pontos importantes ocorreram no avanço da atenção à saúde: a melhoria do acesso aos serviços de saúde e o aumento da participação das organizações indígenas, fortalecendo o poder de participação dos índios nas suas questões.<sup>2</sup> Portanto, mesmo

com tais benefícios, ainda há muitas questões a serem trabalhadas com a finalidade de melhorar as políticas de saúde, sendo uma destas questões a atenção diferenciada.

No processo histórico do povo Munduruku, a presença dos curadores tem sido constante, pois estes têm um papel importante para o grupo.<sup>15</sup> A política atual de saúde indígena declara que a atenção básica oferecida pela unidade de saúde deve articular com as práticas indígenas de saúde.<sup>24</sup> Assim, deve estabelecer um diálogo para que possa haver uma atenção de saúde que respeite as especificidades da saúde indígena e valorize as diversas formas de cuidar à saúde.

Em Kwatá há indígenas que tem um vasto conhecimento sobre os medicamentos caseiros, normalmente indivíduos mais velhos compartilham de maior domínio sobre este conhecimento. Uma destas pessoas é dona Miriam, muitos indígenas quando precisam consultar sobre algum “medicamento da terra” eles a procuram. O cacique disse na entrevista [...] *algumas pessoas ainda procuram minha esposa para fazer o medicamento da terra, pois ela tem esse conhecimento, e quando as pessoas tomam este tipo de medicamento elas ficam boas* (cacique, 66 anos).

A AIS Rosa, que atua na aldeia de Kayoé, citou durante a entrevista sobre algumas plantas medicinais que ajudam a resolver os problemas de saúde, como a “casca de pau” e “sara tudo”, e a profissional afirma que a aldeia tem o conhecimento sobre os benefícios destas plantas. Dentre as aldeias que visitei, Kayoé foi a que mais referenciou sobre a utilização de métodos tradicionais para a resolução de problemas. A AIS Rosa, disse durante a entrevista que quando há um problema pequeno de saúde ela encaminha o indivíduo enfermo até o pajé, principalmente as crianças. Para a AIS Rosa: [...] *o pajé consegue resolver grande parte dos problemas na própria aldeia*. A maioria das idas até o pajé nós levamos em casos de *desmintidura* (Rosa, AIS, 43 anos). A *desmintidura* que trata-se de uma luxação e pode ser originada pela falta de habilidade em realizar um esforço físico.<sup>15</sup>

Vale ressaltar que as medicinas tradicionais entre os indígenas variam conforme as etnias e sua localidade, considerando que não há apenas uma forma de medicina tradicional, mas diversas formas terapêuticas e caminhos seguidos pelas populações indígenas, que a consolida como prática tradicional plural, para compreendê-la assim, basta lembrar a quantidade de etnias que existem no país, por essa razão é preferível falar em medicinas tradicionais.<sup>24</sup>

Neste estudo não pretendemos aprofundar sobre as diversas formas de medicinas tradicionais retratados pelos Munduruku, mas, como são resolvidos os problemas de saúde nesta

aldeia. Existem outros estudos que aprofundam sobre as formas de tratamento e recuperação da saúde através das medicinais tradicionais entre os Munduruku em Kwatá.<sup>15-25</sup>

Como método de resolução dos problemas de saúde nas aldeias de Kwatá, a busca pelo pajé era realizada pelos indígenas Munduruku, principalmente em situações de doenças que a medicina do “branco” não trata, segundo os próprios Munduruku relataram. Para o AIS de Cajual ele diz que

*Dependendo da situação, como no caso de crianças, tem muitas doenças que os médicos não tratam, e o conhecimento indígena pode resolver, como o pajé e a parteira. Problemas como desmentidura causa febre e quebranto dá diarréia e vômito, nestas questões a medicina do branco não resolve, e o pajé passa os chás e ervas que curam (Estor, AIS, 53 anos).*

Na aldeia de Juvenal não tem um pajé, porém, em situações de *desmentidura*, a AIS desta aldeia encaminha o índio enfermo até a aldeia mais próxima para atendimento do pajé da localidade. Se não há resolutividade por meio deste processo, a AIS encaminha o enfermo até o polo-base de saúde.

A técnica de enfermagem Janete mencionou seu ponto de vista em relação ao assunto afirmando que *na aldeia nós respeitamos a vontade dos indígenas como por exemplo, ir até o pajé, para isso nós contribuimos com a gasolina para eles irem até o pajé* (Janete, técnica em enfermagem, 43 anos).

Para o deslocamento até ao pajé de outra aldeia, como no caso de Juvenal, é necessário um barco tipo lancha com motor de popa e combustível para realização do transporte, sendo a gasolina um produto para resolução do problema. Ressalta-se que o barco para transporte fluvial é o único meio de deslocamento entre os indígenas de Kwatá parasse deslocarem de um local ao outro.

Ao entrevistar o pajé de Kwatá, Sr. Abraão, foi perguntado a ele se havia algum tipo de pagamento pelos serviços que ele prestava, então ele disse que as famílias dão um rancho de comida para ele em troca dos serviços de saúde. Para o Sr. Abraão, esse não seria um pagamento, mas sim, uma forma que as famílias têm de agradecer pelo atendimento prestado.

Em relação ao diálogo entre o pajé e a equipe de enfermagem, Sr. Abraão menciona:

*Existe um diálogo entre o conhecimento tradicional e a equipe de enfermagem, pois foi falado dessa importância nas reuniões da aldeia, eu trabalho com essa parceria, qualquer coisa que precisarem eles vêm aqui para não levar até Nova Olinda, a enfermeira traz o pessoal aqui e saem curados, e isso é bom pois também acaba economizando gasolina do polo (Abraão, curador, 70 anos).*

Neste sentido, a enfermagem em Kwatá estabelece um diálogo entre o pajé da aldeia, como vice-versa. Quando estive em Kwatá pela primeira vez para a coleta de dados, conheci o pajé de Kwatá quando ele estava no polo-base de saúde com sua filha de dois anos aguardando atendimento, pois fazia um mês que ele havia descoberto que estava com diabetes. Então, ele se consultava com a enfermeira e/ou médico para verificar a glicemia e receber seu medicamento. Quando fui visitá-lo na sua casa, Sr. Abraão comentou que além dos medicamentos farmacêuticos, também tomava os medicamentos da terra, pois há o entendimento entre os indígenas Munduruku sobre a importância dos dois métodos, como retrata na fala dele a seguir

*Além do medicamento farmacêutico eu tomo remédio caseiro, uma erva chamada pobre-velho, quebra-pedra e o suco de abacaxi são suficientes e me ajudou muito, enquanto eu fico esperando o remédio farmacêutico chegar, mas essa semana fui ao polo e eles disseram que estou bem (Abraão, curador, 70 anos).*

O uso das plantas medicinais em Kwatá ainda é frequente como terapêutica e para a recuperação da saúde entre os Munduruku. Nas entrevistas e conversas informais quando perguntado aos usuários sobre o primeiro caminho que percorriam para a recuperação da saúde, as respostas mais evidenciadas eram tomar alguma espécie de chá, principalmente em caso de gripe e tosse, caso não houvesse uma resposta sintmatológica positiva, os indígenas buscavam o polo-base de saúde. Esta utilização de plantas ou outras substâncias e as manipulações corporais que as populações indígenas utilizam de forma consciente para resolver seus problemas de saúde são possíveis de ser identificadas para avaliação de uso em programas de saúde.<sup>24</sup>

Os AIS em Kwatá são conscientes em relação à importância das plantas medicinais que estão disponíveis nas suas aldeias, como seguem nas falas:

*Nós estamos cercados de remédios na nossa casa como plantas que podem ser resolvidos alguns problemas de saúde por aqui mesmo. Na nossa aldeia podem ser resolvidos os problemas de saúde, como para o sangue e cicatrizar uma ferida, nós temos esse conhecimento, e a maioria dos problemas consegue ser resolvidos por aqui (Everton, AIS, 53 anos).*

*Nós trabalhamos também com remédio da terra principalmente em casos de diarreia (...) quando falta medicamento farmacêutico nós fazemos remédio da terra, e nós ficamos observando o paciente se não der efeito nós levamos ao polo (Evandro, AIS, 33 anos).*

*A primeira opção que nós encontramos para resolver aqui na aldeia são os medicamentos farmacêuticos e medicamentos da terra que dá um bom resultado para nós aqui. Nós temos o conhecimento do medicamento da terra e orientamos quando é preciso (Anderson, AIS, 36 anos).*

Para a enfermeira Elena, a equipe de saúde necessita saber os limites das ações de enfermeira a fim de não influenciar nas mudanças dos costumes das práticas relacionadas ao processo saúde-doença da população, ainda que isso seja um ideal. Esta necessidade pode estar

relacionada à complexidade do diálogo entre epistemologias diferentes, ou seja, entre os saberes tradicionais e o da ciência hegemônica, necessitando ter o conhecimento sobre o ponto de vista do outro.<sup>24</sup>

O modelo biomédico foca sua atenção da doença no que diz respeito a sua causa e tratamento, enquanto as medicinas tradicionais são mais abrangentes capaz de trazer respostas mais satisfatórias do que o primeiro modelo citado.<sup>24</sup>

## CONCLUSÃO

A equipe de enfermagem em Kwatá contribui para o alcance da resolutividade dos problemas de saúde e esforços na busca em satisfazer as necessidades de saúde da população Munduruku. Alguns desafios foram encontrados, tal como a sobrecarga de trabalho da enfermeira em Kwatá, através dos trabalhos administrativos e do atendimento à população. Desafios pessoais também foram encontrados como o afastamento e a falta de meios de comunicação para entrar em contato com a família nos vinte dias de trabalho.

O trabalho de enfermagem no contexto da saúde indígena deve dialogar entre os campos étnicos, culturais, geográficos e da comunicação para atingir a resolutividade dos problemas de saúde. Para o exercício efetivo do profissional de enfermagem no campo da saúde indígena é necessário compreender as necessidades da população através do conhecimento local.

A fim de garantir respostas positivas nas ações de saúde, a enfermagem necessita ter compreensão das especificidades do processo saúde-doença do grupo atendido, além do conhecimento sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e o conhecimento das realidades sociais, culturais e políticas da etnia com que trabalha.

O cuidado culturalmente congruente para a prática de ações de enfermagem, proposto na área da Enfermagem Transcultural, permite investigar, através dos modos de vida da aldeia, as diferentes formas de cuidado do indivíduo e desenvolver novos conhecimentos para ampliar e melhorar a atenção em saúde. A atenção diferenciada, proposta pela PNASPI, sugere um atendimento culturalmente diferenciado pela EMSI, com intuito de dialogar a biomedicina e as medicinas indígenas.

A ausência destas informações proporciona ao enfermeiro um despreparo para executar a assistência de saúde à população indígena. Por esta razão, é necessário o diálogo entre a

enfermagem e a antropologia para uma visão mais abrangente do campo da saúde indígena, com vistas ao aprimoramento da formação do enfermeiro neste campo específico.

## REFERÊNCIAS

1. Dias-Scopel RP. O agente indígena de saúde Xokleng: por um mediador entre a Aldeia Indígena e o Serviço de Atenção Diferenciada à Saúde – uma abordagem da Antropologia da Saúde. Dissertação: UFSC, Florianópolis, 2014.
2. Langdon EJ. Diversidade cultural e os desafios da política brasileira de saúde do índio. Editorial Especial. Saúde Soc. São Paulo, 2007, 16 (2): 7-12.
3. Garnelo L. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. / Luiza Garnelo; Ana Lúcia Pontes (Org.). - Brasília: MEC-SECADI, 2012.
4. Fernández VG. Perspectiva de la enfermería transcultural en el contexto mexicano. Revista Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social; IMSS 2006; 14 (1): 51-55.
5. Püschel VAA, Ide CAC. As mudanças na enfermagem: a representação de enfermeiras acerca das mobilizações institucionais. Revista Escola de Enfermagem-USP 2002; 36(2): 164-9.
6. Leininger M. Ethnography and Ethnonursing: Models and Modes of Qualitative Data Analysis. Qualitative research methods in nursing. Orlando: Grune & Stratton, 1985.
7. Leininger M. Culture Care Diversity & Universality: A Theory of Nursing. New York: NLN, 1991.
8. Melo LP. The Sunrise Model: a Contribution to the Teaching of Nursing Consultation in Collective Health. American Journal of Nursing Research, 2013, 1 (1): 20-23.
9. Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem: maio-jun 2010; 18(3).
10. Menendez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciência & Saúde Coletiva, 2003, 8 (1):185-207.
11. Silva CD. Cotidiano, Saúde, Política. Uma etnografia dos profissionais da saúde indígena [tese]. Brasília (DF): Universidade Federal de Brasília. Programa de Pós-Graduação em Antropologia; 2010.
12. Malinowski B. Argonautas do Pacífico Ocidental. São Paulo: Abril Cultural, 1976 [1922], pg 22.
13. Bardin L. Análise de Conteúdo. Reto, LA; Pinheiro, A (trad.). 1ª ed. São Paulo (SP): Edições 70; 2011.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os indígenas no censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça; Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: [www.ibge.gov.br/indigenas/indigena\\_censo2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf)
15. Scopel D. Uma etnografia sobre a pluralidade de modelos de atenção à saúde entre os índios Munduruku na Terra Indígena Kwatá Laranjal, Borba, Amazonas: práticas de autoatenção, xamanismo e biomedicina [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Antropologia; 2013.

16. Dias da Silva C. Saúde Indígena em Perspectiva explorando suas matrizes históricas e ideológicas. In: Teixeira, CC; Garnelo, L, organizadoras. De improviso e Cuidados: a saúde indígena e o campo da enfermagem. Rio Janeiro (RJ): Fiocruz; 2014. p. 181 – 212.
17. Garnelo L. Saúde Indígena em Perspectiva explorando suas matrizes históricas e ideológicas. In: Teixeira, CC; Garnelo, L, organizadoras. O SUS e a Saúde Indígena: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena. Rio Janeiro (RJ): Fiocruz; 2014. p. 107- 142.
18. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Formação inicial para agentes indígenas de saúde: módulo introdutório/ Fundação Nacional de Saúde – Brasília; 2005.
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
20. Santos SMR et al. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. Texto contexto - enferm. [online]. 2008, 17 (1): 124-130.
21. Campos FE, Aguiar RAT, Belisário AS. A formação Superior dos Profissionais de Saúde. In: Giovanella L.,(org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
22. Ferreira MEV, Matsuo T, Souza RKT. Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, dez, 2011, 27(12):2327-2339.
23. Orellana JDY. et al. Morbidade hospitalar em crianças indígenas Suruí menores de dez anos, Rondônia, Brasil: 2000 a 2004. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 2007, 7(3):281-87.
24. Langdon EJM. Medicina Tradicional: Reflexões Antropológicas sobre atenção diferenciada. Etnobiologia e Saúde de Povos Indígenas, 2013 p16-35.
25. Dias-Scopel RP. A Cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku [Tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Antropologia; 2014.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para os usuários e profissionais de saúde em Kwatá, os processos para o alcance da resolutividade dos problemas de saúde haviam diversos entraves no contexto local. Tanto a aldeia como a liderança indígena de Kwatá era evidente os esforços para a busca por melhorias da saúde, através de consultas com a equipe de saúde, os conselheiros de saúde, os caciques de outras aldeias e com a própria aldeia.

Dentre as principais pautas ressaltadas sob o ponto de vista dos usuários e profissionais, no que diz respeito aos desafios na busca da resolutividade dos problemas de saúde, encontravam-se a falta de capacitação dos profissionais de saúde, a falta de recursos materiais, a falta de recursos humanos, a segurança do paciente durante a remoção, o itinerário terapêutico desafiador, a falta de energia e as limitações na comunicação.

Como não depende apenas dos usuários e dos profissionais de saúde para o alcance da resolutividade dos problemas supracitados, as instituições promotoras da saúde no contexto da saúde indígena, deve avaliar as necessidades de saúde, devendo desta forma, intervir na busca por soluções com o propósito de amenizar os problemas de saúde.

Os profissionais de saúde em Kwatá, exerciam as ações de saúde através da criatividade e improvisação para executar tais ações. Os profissionais da EMSI em Kwatá, quando estavam no polo-base atendiam os usuários em qualquer horário e dia. Este tipo de atendimento (demanda espontânea) para os Munduruku é uma forma de atenção diferenciada, já que os mesmos não necessitariam esperar na fila como são nos centros urbanos.

A equipe de enfermagem em Kwatá não mensurava esforços para o alcance da resolutividade dos problemas de saúde, sendo a enfermeira a protagonista na organização e supervisão dos serviços de saúde. Porém, alguns desafios foram encontrados no trabalho da enfermeira, tal como a sobrecarga de trabalho da enfermeira em Kwatá, através dos trabalhos administrativos e do atendimento à população, além dos desafios pessoais como a longa permanência na aldeia e a falta de meios de comunicação para entrar em contato com a família durante o período do trabalho.

A experiência prévia da enfermeira na saúde indígena, especialmente em Kwatá, era um aliado na execução do trabalho desta profissional, pois já conhecia a população e os desafios enfrentados nesta área. O conhecimento da população e dos problemas locais, torna-se um meio de compreender as necessidades de saúde local, e focar nos principais problemas a fim de que alcance a resolutividade.

Como resposta ao avanço da enfermagem no diálogo com a antropologia, podemos citar o cuidado culturalmente congruente, proposto na teoria da Enfermagem Transcultural, que permitiu investigar os modos de vida da aldeia, as diferentes formas de cuidado do indivíduo e desenvolver novos conhecimentos para ampliar e melhorar a atenção em saúde. No campo da saúde indígena, a atenção diferenciada, proposta pela PNASPI, refere um atendimento culturalmente diferenciado pela EMSI com o intuito de relacionar a biomedicina e as medicinas indígenas, práxis evidenciada em Kwatá.

O estudo revelou que o cuidado culturalmente congruente de enfermagem e a atenção diferenciada podem conduzir profissionais de saúde a compreenderem as preferências para a busca da resolutividade da população indígena, e assim, identificarem meios locais para o planejamento das ações de saúde, com vistas ao respeito à cultura e as especificidades da população.

Para os indígenas Munduruku e EMSI de Kwatá, a busca pela resolutividade dos problemas de saúde percorre por diversos e diferentes caminhos, como das plantas medicinais, do curador e o do serviço prestado pelo polo-base de saúde indígena. Sendo que no ponto de vista dos indígenas usuários residentes em Kwatá, o polo-base desempenhava como função a distribuição de medicamentos e encaminhamentos para o município de Nova Olinda. Assim, destacou-se, em Kwatá, como principal fonte de resolutividade dos problemas de saúde indígenas, a busca pelo conhecimento tradicional local do curador (pajé).

Para a equipe multiprofissional de saúde indígena de Kwatá, a articulação dos métodos terapêuticos indígenas com os tecnoassistenciais tradicionais favorecem o trabalho do polo-base e consolidam o modelo diferenciado de atenção à saúde indígena.

Para a enfermagem, é essencial o trabalho multiprofissional e com a participação da aldeia indígena, o que corrobora com valorização cultural para o planejamento e programação das ações de saúde, relacionando práticas congruentes com competência cultural da equipe de saúde e de enfermagem de forma incrementar a resolutividade dos problemas de saúde.

## Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2002.
2. Ministério da Saúde (BR). Congresso, Lei 8.080 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 das outras providências. Brasília, 1990.
3. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
4. Turrini, RNT. Percepção dos usuários sobre a resolutividade e a satisfação pelos serviços de saúde na região sudoeste da grande São Paulo. Tese: USP, São Paulo, 2001.
5. Rosa RB, Pelegrini AHW, Lima MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 jun;32(2):345-51.
6. Garnelo, L. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. In: Luiza Garnelo; Ana Lúcia Pontes (organizadoras). Política Nacional Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implementação do subsistema de atenção à saúde. Brasília (DF) Mec-Secadi; 2012. p. 18 – 58.
7. Dias da Silva C. Saúde Indígena em Perspectiva explorando suas matrizes históricas e ideológicas. In: Teixeira, CC; Garnelo, L, organizadoras. De improviso e Cuidados: a saúde indígena e o campo da enfermagem. Rio Janeiro (RJ): Fiocruz; 2014. p. 181 – 212.
8. Bardin L. Análise de Conteúdo. Reto, LA; Pinheiro, A (trad.). 1ª ed. São Paulo (SP): Edições 70; 2011.

# ANEXO



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO**



**AUTORIZAÇÃO PARA INGRESSO EM TERRA INDÍGENA**

**Nº 089/AAEP/PRES/2015**

**IDENTIFICAÇÃO**

**Nome:** Bahiyyeh Ahmadpour Furtado

**Processo nº:** 08620.044122/2014-26

**Nacionalidade:** Paquistanesa

**Identidade:** 9114857965/SSP-RS

**Instituição/Entidade:** Universidade Federal do Amazonas/Escola de Enfermagem de Manaus – UFAM

**Patrocinador:**

**OBJETIVO DO INGRESSO**

Desenvolver projeto de pesquisa intitulado “Resolutividade dos serviços de saúde nas comunidades indígenas Kwatá e Laranjal: Percepção do Indígena e da Equipe de Saúde”.

**LOCALIZAÇÃO**

**Terra Indígena:** Coatá-Laranjal

**Etnia:** Mundurukú

**Coordenação-Regional:** Manaus

**CTL:**

**VIGÊNCIA DE AUTORIZAÇÃO**

**Início:** 15 de agosto de 2015

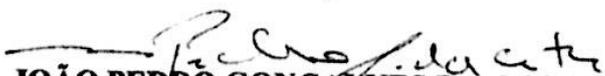
**Término:** 15 de outubro de 2015

**RESSALVAS:**

- \* Esta autorização não inclui licença para uso de imagem, som e som de voz dos indígenas, para além do objeto desta autorização;
- \* Esta autorização não inclui acesso ao conhecimento tradicional associado à biodiversidade e nem ao patrimônio genético;
- \* Remeter a Assessoria de Acompanhamento aos Estudos e Pesquisas – AAEP/Presidência/FUNAI, duas cópias de relatórios, artigos, livros, gravações audiovisuais, imagens, sons e outras produções oriundas do trabalho realizado.

Autorizo.

Brasília, 31 de julho de 2015.

  
**JOÃO PEDRO GONÇALVES DA COSTA**  
Presidente da FUNAI



FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO  
PRESIDÊNCIA

Setor Bancário Sul, quadra 02, lote 14 – Edifício Cleto Meireles, 13º andar  
70070-120 Brasília/DF

Telefone: (61) 3247.6013/6014 – E-mail: [presidencia@funai.gov.br](mailto:presidencia@funai.gov.br)

Ofício nº 362 /2015/GAB/PRES/FUNAI-MJ

Brasília, 05 de agosto de 2015.

A Sua Senhoria a Senhora

**B/ HIYYEH AHMADPOUR FURTADO**

Universidade Federal do Amazonas

Escola de Enfermagem de Manaus

Curso de Mestrado em Enfermagem Associado USPA-UFAM

Rua Teresina nº 495 – Bairro Adrianópolis

69.057-070 – Manaus - AM

**Assunto: Ingresso em Terra Indígena/Processo nº 08620.044122/2014-26**

Senhora Bahiyyeh Furtado,

1. Envio a Autorização de Ingresso em Terra Indígena nº 89/AAEP/PRES/2015, para ingresso na Terra Coatá-Laranjal, povo Mundurukú, com o objetivo de desenvolver o projeto de pesquisa científica intitulada “Resolutividade dos serviços de saúde nas comunidades indígenas Kwatá e Laranjal: Percepção do Indígena e da Equipe de Saúde”.
2. Eventuais esclarecimentos poderão ser feitos pelo telefone (61) 3247-6028 e e-mail [aaep@funai.gov.br](mailto:aaep@funai.gov.br).

Atenciosamente,

**CRISTINE MENEZES**

Chefe de Gabinete – Substituta

Portaria nº 342 de 05/05/2015

## TERMO DE COMPROMISSO

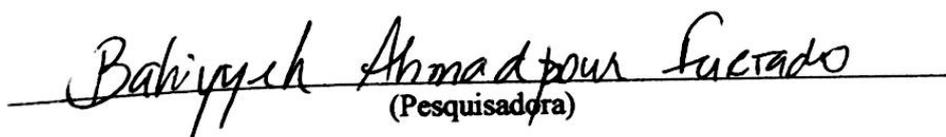
Eu, **Bahiyeh Ahmadpour Furtado**, aluna do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem do Mestrado Associado em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas e Universidade Estadual do Pará, portadora do RG: 91148579-65, SSP-RS, e CPF nº 843.153,690-04, desenvolvendo a pesquisa intitulada **RESOLUTIVIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS COMUNIDADES INDÍGENAS KWATÁ E LARANJAL: PERCEPÇÃO DO INDÍGENA E DA EQUIPE DE SAÚDE**, a ser realizada na Terra Indígena Kwatá-Laranjal, nas aldeias Kwatá e Laranjal, conforme processo Funai nº 08620.044122-2014/26, no período de junho a julho de 2015, com a finalidade de realizar registros fotográficos para fins da referida pesquisa,

### COMPROMETO-ME A:

1. Respeitar os usos e tradições indígenas e abster de proceder a exigências constrangedoras excessivas ou abusivas, submetendo-me as disposições da Constituição Federal de 1988, da Lei Federal de 1988, da Lei Federal nº 6001, de 1973- Estatuto do Índio, Portaria nº. 177/PRES/FUNAI de 2006 e, Lei nº 9.610, de 1998.
2. Utilizar os registros fotográficos, sonoros e videográficos exclusivamente para fins do projeto de pesquisa intitulado "RESOLUTIVIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS COMUNIDADES INDÍGENAS KWATÁ E LARANJAL: PERCEPÇÃO DO INDÍGENA E DA EQUIPE DE SAÚDE" da autora Bahiyeh Ahmadpour Furtado.
3. Não fazer nenhum uso do material coletado para além dos objetivos anuídos pelos indígenas retratados.
4. Qualquer outra utilização do material coletado deverá ser objeto de novo processo de autorização junto à comunidade indígena retratada e a Funai.
5. Remeter a AAEP/FUNAI duas cópias da monografia, relatórios, artigos, livros, gravações, imagens e outras produções oriundas da pesquisa/projeto.
6. Remeter a FUNAI documento original de Autorização de Cessão e Uso de imagem firmado pelos indígenas retratados ou seus representantes, durante o período autorizado pela Funai para o ingresso em terra indígena.
7. **O descumprimento das condições estabelecidas neste Termo De Compromisso, em conformidades com a CF/88, Art. 5º, Parágrafo 3º, com a Portaria nº 177/PRES/FUNAI/2006, Art. 17º, sujeita o infrator as sanções previstas na legislação e normas, comprometendo o deferimento desta e de outras autorizações de ingresso em TI.**

Declaro verdadeiras todas às informações prestadas neste Termo de Compromisso.

Manaus, 28 de março de 2015.

  
(Pesquisadora)



Ministério da Saúde  
Secretaria Especial de Saúde Indígena  
Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus  
Avenida Djalma Batista, 1018 – Chapada – fone: 3643-8561-Manaus/AM 69050-010

### TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado “RESOLUTIVIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS COMUNIDADES INDÍGENAS KWATÁ E LARANJAL: PERCEPÇÃO DO INDÍGENA E DA EQUIPE DE SAÚDE”, junto a etnia Munduruku da comunidade indígena Kwatá-Laranjal, a ser desenvolvido pela mestrandia Bahiyyeh Ahmadpour Furtado, sob a coordenação e a responsabilidade do Prof. Dr. David Lopes Neto do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Manaus da Universidade Federal do Amazonas, o qual terá o apoio desta Instituição.

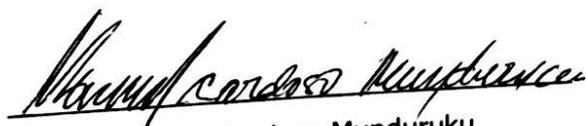
Manaus, 17 de dezembro de 2014.

  
**ADARCYLINE MACALHÕES RODRIGUES**  
Coordenadora Distrital de Saúde  
Indígena de Manaus/DSEI-MAO

## **TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA PARA A REALIZAÇÃO DO PROJETO**

Eu, Manoel Cardoso Munduruku, líder indígena da aldeia Kwatá, pertencente à Terra Indígena Kwatá-Laranjal, do município de Borba, do estado do Amazonas, declaro que fui esclarecido e consinto o ingresso dos pesquisadores Bahiyyeh Ahmadpour Furtado e o Dr. David Lopes Neto na aldeia Kwatá para a realização do projeto de pesquisa: “RESOLUTIVIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS COMUNIDADES INDÍGENAS KWATÁ E LARANJAL: PERCEPÇÃO DO INDÍGENA E DA EQUIPE DE SAÚDE”, que tem por finalidade analisar a resolutividade dos serviços de saúde por meio da visão de mundo (percepção) dos profissionais de saúde/enfermagem e dos indígenas Munduruku na comunidade indígena Kwatá. Sei que a pesquisa é importante por mostrar o trabalho da enfermagem com os indígenas Munduruku, na comunidade de Kwatá e que poderá contribuir com a formação de profissionais de saúde e de enfermagem no cuidado à saúde das populações indígenas.

Manaus, 24 de 10 de 2014.



Manoel Cardoso Munduruku  
Líder Indígena da Comunidade Kwatá

**PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Resolutividade dos serviços de saúde nas comunidades indígenas Kwatá e Laranjal:  
Percepção do indígena e da equipe de saúde

**Pesquisador:** Bahiyyeh Ahmadpour Furtado

**Área Temática:** Estudos com populações indígenas;

**Versão:** 4

**CAAE:** 38527014.7.0000.5020

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem de Manaus

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.092.459

**Data da Relatoria:** 27/05/2015

**Apresentação do Projeto:**

**INTRODUÇÃO**

A Enfermagem mundial tem passado por súbitas e significativas transformações, evoluindo como prática profissional e como uma disciplina científica incrementando diferentes formas de cuidar, carreando-se para além do enfoque biologicista, adentrando a outros campos de conhecimentos para atuar em diferentes contextos que envolvem o homem, o ambiente, a saúde e a própria Enfermagem. Nesta perspectiva, assim como as disciplinas Sociologia e Antropologia cultural, que tem como objetivo estudar o homem, a Enfermagem vem se consolidando como ciência com prática social com o intuito de realizar o cuidado de saúde de maneira integralizada buscando a resolutividade na atenção à saúde diferenciada a população indígena. Como resposta a esse processo de mudança paradigmática e interdisciplinar, destacou-se a partir de 1960, a enfermeira e antropóloga Madeleine Leininger, que afirma que o domínio central da Enfermagem é o cuidado e uma investigação sistematizada do cuidado poderá fazer avançar a disciplina de Enfermagem, provendo melhores cuidados de enfermagem para um povo. Em um estudo realizado em 1985, a literatura investigou os modos de cuidar do grupo étnico Gadsup Akuna, da Nova Guiné, aprendendo em sua pesquisa como essa população compreendia o cuidar por meio da visãoêmica, analisando suas semelhanças e diferenças em relação à visão ocidental. Apropriando-se do

**Endereço:** SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde  
**Bairro:** Asa Norte  
**CEP:** 70.750-521

**UF:** DF  
**Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3315-5878

**E-mail:** conep@saude.gov.br

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 1.092.459

termo cultura advindo da Antropologia e do termo cuidado da Enfermagem, os quais subsidiaram os marcos conceituais que deram origem a Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidar (TDUCC) e ao método de pesquisa Etno enfermagem para estabelecer o campo de trabalho da Enfermagem Transcultural. A cultura e o conhecimento da diversidade cultural é o leitmotiv de uma melhor adequação das práticas de saúde pública às necessidades da sociedade contemporânea. A Enfermagem Transcultural é um ramo da Enfermagem que se concentra no estudo comparativo e análise de culturas, aplicando os conceitos antropológicos culturais às suas práticas, ao processo saúde-doença, crenças e valores, haja vista ser o cuidado a essência do trabalho da Enfermagem, influenciando na saúde da pessoa, famílias, grupos, comunidades e sociedade. A partir da posição antropológica, constatou-se que o cuidado de Enfermagem está profundamente enraizado na visão de mundo das pessoas, nas suas estruturas sociais, valores e crenças, cabendo ao profissional de Enfermagem ter acesso aos conhecimentos interdisciplinares de cuidado de diversas culturas para orientar suas práticas assistenciais e gerencias norteadoras de suas decisões de cuidados com o fato de prover maior resolução assistencial. A análise da resolutividade é uma maneira de avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos no atendimento ao usuário, sendo esta uma importante ferramenta para avaliação da qualidade e do desempenho profissional na atenção à saúde, o que contribui para o processo gerencial de reorganização dos serviços de saúde. Tendo como base as considerações supracitadas e verificando a importância de estudar uma cultura indígena da Região Norte do Brasil para uma melhor assistência de Enfermagem no contexto transcultural, este estudo pauta sua relevância na visão de mundo do povo indígena da etnia Munduruku e dos profissionais de saúde/enfermagem que atuam em área indígena sobre a resolutividade dos serviços de saúde das comunidades indígenas Kwatá e Laranjal, proporcionando um diálogo entre os conhecimentos científicos da Enfermagem e os saberes tradicionais sobre o cuidado. Ressalta-se a escolha do povo indígena da etnia Munduruku do Rio Canumã, pelos pesquisadores já possuírem vínculo social com os moradores da aldeia Kwatá. Além disso, pela escassez de estudos realizados nos aspectos de saúde e no campo da enfermagem com esta etnia, especialmente, nas comunidades indígenas Kwatá e Laranjal, aliado a necessidade de investigação para um corpo de conhecimento teórico para a aquisição de competência cultural pelo profissional de Enfermagem. A abordagem etnográfica do estudo permitirá a aproximação dos indígenas Munduruku e dos profissionais de saúde/enfermagem a fim de analisar os significados da visão de mundo sobre a resolutividade dos serviços de saúde na perspectiva transcultural. Como questões de pesquisa, levantou-se:

1- Como os indígenas Munduruku e profissionais de saúde percebem a resolutividade dos serviços

**Endereço:** SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.750-521  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 1.092.459

de saúde nas comunidades Kwatá e Laranjal?;

- 2- Qual a visão de mundo dos Munduruku e profissionais de saúde/enfermagem sobre etno-história, estrutura social, valores culturais, linguagem e as práticas locais (tradicional/popular) e suas influências sobre resolutividade nos padrões de saúde e enfermidade?;
- 3- Qual o trabalho realizado pela equipe de saúde/enfermagem no processo saúde-doença em relação à resolutividade dos serviços de saúde?

### HIPÓTESE

As comunidades indígenas Kwatá e Laranjal e os serviços de saúde local, podem estar dialogando com os saberes tradicionais indígenas e o conhecimento científico, em relação a resolutividade dos problemas de saúde, respeitando assim, as especificidades culturais, o conhecimento dos indígenas Munduruku e os avanços científicos na área da saúde.

### METODOLOGIA

A análise dos dados dar-se-á por meio dos recortes abstraídos das informações das entrevistas e das observações contidas no diário de campo, constituintes do corpus. Para o processamento analítico será utilizada a técnica de Análise de Conteúdo Temática, com a qual será realizada a identificação dos grupos temáticos que agregarão as unidades de registro que definirão as categorias e subcategorias temáticas. As unidades de registros serão apresentadas por meio de palavras, frases ou resumos temáticos sob a forma de categorias e subcategorias temáticas. As categorias temáticas serão produtos das junções semânticas das unidades de registro que constituirá a grelha de análise (quadro síntese) de qualificação e quantificação dos elementos dos discursos agregados a cada temática. Para organização e tratamento dos dados será utilizado o software IRAMUTEQ para pesquisa qualitativa, gratuito e de domínio público para análises sobre corpus textuais e sobre tabelas indivíduos/palavras. Neste estudo, utilizaremos, também, a fotografia como fonte de pesquisa, focando o cuidado transcultural no processo saúde-doença, a partir do olhar dos sujeitos: dois indígenas Munduruku, dois pesquisadores deste estudo, dois agentes indígenas de saúde e dois enfermeiros do Polo-base. Neste sentido, iremos entregar a máquina fotográfica para os referidos sujeitos, e no período da coleta de dados na aldeia será fotografado o que consideram importante sobre o tema abordado. Para sistematizar o trabalho de fotografar, será elaborado um cronograma, com os dias em que cada participante irá fotografar, sendo que cada indivíduo terá uma semana para a realização desta atividade e escolher no máximo 10 fotos (cada um) que consideram mais importantes em relação ao cuidado em saúde.

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde  
Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521  
UF: DF Município: BRASÍLIA  
Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

# COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 1.092.459

Os participantes indígenas desta etapa da pesquisa (fotoetnografia) serão escolhidos pelos membros da aldeia com anuência do cacique. Também será realizado um diário de campo para o registro de observações referentes às fotografias. As fotografias serão redimensionadas e padronizadas utilizando o software Fotosizer.

## DESFECHO PRIMÁRIO

Além da contribuição para ampliação do conhecimento da Enfermagem Transcultural no contexto da atenção à saúde indígena, o resultado final deste estudo contribuirá para as discussões entre os indígenas das comunidades Kwatá e Laranjal e os profissionais de saúde/enfermagem em relação à construção de estratégias relacionadas a resolutividade dos serviços de saúde. Ressalta-se a importância de levar os resultados formalmente ao conhecimento do DSEI-Manaus e da SESAI.

## CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Crítérios de inclusão para o sujeito indígena: ser da etnia Munduruku, residir nas terras indígenas Kwatá e Laranjal, ser maior de idade, do gênero masculino ou feminino, residir na aldeia em um período superior a 20 anos e que possua conhecimento da história da etnia Munduruku e falar o idioma português. Critérios de inclusão para os profissionais de saúde/enfermagem (Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Agente Indígena de Saúde e Agente Comunitário de Saúde): estar atuando profissionalmente na comunidade indígena no período mínimo de um ano.

## CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Crítério de exclusão para o sujeito indígena: estar ausente da comunidade ou doente no período de coleta de dados. Critérios de exclusão para os profissionais de saúde/enfermagem (Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Agente Indígena de Saúde e Agente Comunitário de Saúde): estar de licença ou férias do trabalho no período da coleta de dados.

## Objetivo da Pesquisa:

### OBJETIVO PRIMÁRIO

Analisar a resolutividade dos serviços de saúde nas comunidades indígenas Kwatá e Laranjal, por meio da visão de mundo (percepção) dos profissionais de saúde/enfermagem e dos indígenas Munduruku.

### OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde  
CEP: 70.750-521  
Bairro: Asa Norte  
UF: DF Município: BRASÍLIA E-mail: conep@saude.gov.br  
Telefone: (61)3315-5878

# COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 1.092.459

- Compreender a visão de mundo dos indígenas e profissionais de saúde/enfermagem sobre a resolutividade dos serviços de saúde por meio da influência da etno-história, estrutura social, valores culturais, linguagem e das práticas locais dos indígenas Munduruku;
- Descrever as práticas e o cuidado de enfermagem na resolução dos problemas de saúde de indígenas Munduruku.

## **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

### **RISCOS**

Pesquisa de risco mínimo do tipo psicoemocional, pela possibilidade do indígena ou do profissional de saúde ter alguma reação de não aceitação de participar do estudo. Se houver ocorrência dessa natureza, serão oferecidos os cuidados necessários e esclarecimento das dúvidas em relação à pesquisa para o indígena e/ou o profissional de saúde, e se for o caso, o sujeito será encaminhado aos serviços de saúde mais próximo com o acompanhamento da pesquisadora responsável.

### **BENEFÍCIOS**

Dar visibilidade ao trabalho da equipe de saúde na perspectiva das populações indígenas, como forma de contribuir e subsidiar a formação de futuros profissionais de saúde pública no contexto transcultural para um cuidar congruente culturalmente, subsidiando diretamente com propostas de melhorias no processo de cuidar pela enfermagem com populações indígenas.

## **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de Resposta ao Parecer Consubstanciado CONEP nº 983.843

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Verificar item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

### **Recomendações:**

Não se aplica.

### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

1. Solicita-se descrever como se dará o processo de obtenção do consentimento dos participantes da pesquisa, assegurando-se a adequação às peculiaridades culturais e linguísticas dos envolvidos (Resolução CNS nº 304 de 2000, item 6.IV.2).

RESPOSTA: Em relação ao processo de obtenção e de registro do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) dos sujeitos da pesquisa seguirá as seguintes etapas:

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde  
Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521  
UF: DF Município: BRASÍLIA  
Telefone: (61)3315-5878

E-mail: [conep@saude.gov.br](mailto:conep@saude.gov.br)

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 1.092.459

- 1) Contato prévio com a liderança indígena, ao qual foi apresentada em janeiro de 2014 a proposta e a explicação sobre o protocolo da pesquisa;
  - 2) Após conhecimento do protocolo de pesquisa e a concordância da liderança indígena, foi assinado o Termo de Anuência (ANEXO) pelo cacique Sr. Manoel Cardoso Munduruku;
  - 3) Para a obtenção do TCLE dos sujeitos da pesquisa, será realizada uma reunião com os indígenas Munduruku das comunidades e com os profissionais de saúde, a fim de apresentar o projeto, suprimindo possíveis dúvidas, para depois de esclarecidas, lerem e expressarem seus consentimentos, assinando individualmente o TCLE.
  - 4) Os informantes-chaves da pesquisa serão indicados pela liderança indígena, no qual preencham o critério de elegibilidade: para indígenas - ser da etnia Munduruku, residir nas terras indígenas Kwatá e Laranjal, ser maior de idade, do gênero masculino ou feminino, residir na aldeia em um período superior a 20 anos e que possua conhecimento da história da etnia Munduruku e falar o português, idioma predominante na comunidade, para melhor comunicação entre o sujeito e a pesquisadora, assegurando a fidedignidade das informações na coleta de dados, já que se trata de uma comunidade que alguns indígenas são bilíngues, falantes do dialeto Munduruku e da língua portuguesa; para profissionais de saúde: estar atuando profissionalmente na comunidade indígena no período mínimo de um ano.
- ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Quanto ao documento "TERMO DE COMPROMISSO DE USO DE IMAGENS\_FUNAI.pdf", solicita-se que esse termo esteja assinado pela pesquisadora. Além disso, tendo em vista o registro realizado com imagens, solicita-se a apresentação um documento em separado solicitando autorização aos participantes da pesquisa do uso de imagem, devendo ser observadas a PORTARIA nº 177/PRES/06 da Funai e demais legislações pertinentes.

RESPOSTA: Está anexado na Plataforma Brasil, o arquivo "TERMO DE COMPROMISSO DE USO DE IMAGENS\_FUNAI\_assinado.pdf" devidamente assinado como solicitado no Parecer.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3. Dentre os critérios de inclusão, lê-se: "falar o português". Solicita-se esclarecer qual a razão metodológica de estabelecer tal critério de inclusão.

RESPOSTA: Critérios de inclusão para o sujeito indígena: ser da etnia Munduruku, residir nas terras indígenas Kwatá e Laranjal, ser maior de idade, do gênero masculino ou feminino, residir na aldeia em um período superior a 20 anos e que possua conhecimento da história da etnia Munduruku e

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde  
Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521  
UF: DF Município: BRASÍLIA  
Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 1.092.459

falar o português, idioma predominante na comunidade, para melhor comunicação entre o sujeito e a pesquisadora, assegurando a fidedignidade das informações na coleta de dados, já que se trata de uma comunidade que alguns indígenas são bilingües, falantes do dialeto Munduruku e da língua portuguesa.  
ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4. Quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido referente ao arquivo "Apêndice B\_TCLE\_indígenas.pdf":

4.1. Solicita-se adequação do TCLE informando os tópicos abordados e o tempo estimado para as entrevistas. Solicita-se ainda descrever os demais procedimentos presentes no desenho do estudo, tais como o uso de fotografias e observação participante. Portanto, solicita-se adequação do TCLE informando com maiores detalhes sobre os procedimentos do estudo.

RESPOSTA: Sua participação é voluntária e o método do estudo será através de entrevista individual gravada com você, além de observações e anotações minhas a respeito das perguntas que irei fazer. A entrevista será marcada conforme sua disponibilidade de dia, horário e local. O tempo da entrevista ocorrerá em aproximadamente uma hora, e serão abordados assuntos sobre a resolatividade dos problemas de saúde e como a enfermagem trabalha para resolver estes problemas na sua comunidade.

Eu estarei lhe acompanhando durante minha pesquisa com o propósito de realizar a observação do estudo, nos momentos que estejam relacionados com o tema desta pesquisa. Além da entrevista e da observação, também serão realizadas fotografias em situações relacionadas com o tema da pesquisa que serão registradas apenas para o uso deste estudo. Este registro de imagens será realizado por mim, por indígenas da comunidade, por agentes indígenas de saúde e enfermeiros.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4.2. Solicita-se informar como se pretende divulgar os benefícios resultantes da pesquisa para a comunidade, de forma a garantir o retorno social para os participantes da pesquisa. (Resolução CNS nº 466 de 2012, itens III.1.I e III.1.n).

RESPOSTA: Depois de concluída a pesquisa, os benefícios resultantes serão divulgados na comunidade indígena que você trabalha da seguinte forma: será entregue um exemplar da dissertação de mestrado para a liderança indígena e agendada uma reunião com a comunidade para apresentação dos resultados da pesquisa; será realizada uma reunião com a equipe de

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde  
Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521  
UF: DF Município: BRASÍLIA  
Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 1.092.459

enfermagem para apresentar os resultados da pesquisa; e será entregue um exemplar da dissertação de mestrado ao órgão de saúde responsável pelo pólo-base da sua comunidade.

**ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.**

4.3. Solicita-se a explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.3.h).

**RESPOSTA:** Os riscos de sua participação na pesquisa são considerados de risco mínimo do tipo emocional e se sentir mal, pela possibilidade de você ter alguma reação de não aceitação de participar do estudo. Se isso ocorrer, fica assegurado que estaremos à disposição para oferecer-lhe os cuidados necessários e esclarecer qualquer dúvida que possa surgir em relação a pesquisa. Fica garantido que você será indenizado caso sobrevenha algum dano ocorrente na sua participação na pesquisa.

**ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.**

4.4. Solicita-se inserir a numeração das páginas, incluindo o seu número total, por exemplo: 1 de 2; 2 de 2, de forma a garantir a integridade do documento.

**RESPOSTA:** Foram enumeradas as páginas deste documento conforme solicitação da CONEP.

**ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.**

5. Quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido referente ao arquivo "Apêndice A\_TCLE\_profissionais.pdf":

5.1. Solicita-se adequação do TCLE informando os tópicos abordados e o tempo estimado para as entrevistas. Solicita-se ainda descrever os demais procedimentos presentes no desenho do estudo, tais como o uso de fotografias e observação participante. Portanto, solicita-se adequação do TCLE informando com maiores detalhes sobre os procedimentos do estudo.

**RESPOSTA:** Sua participação é voluntária e o método do estudo dar-se-á por meio de entrevista individual gravada com você, além de observações e anotações minhas, a respeito das perguntas que irei fazer. A entrevista será marcada conforme sua disponibilidade de dia, horário e local. O tempo da entrevista ocorrerá em aproximadamente uma hora, e serão abordados assuntos sobre a resolutividade dos problemas de saúde e como a enfermagem trabalha para resolver estes problemas na comunidade que você trabalha. Eu estarei lhe acompanhando durante minha pesquisa com o propósito de realizar a observação do

**Endereço:** SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.750-521  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 1.092.459

estudo, nos momentos que estejam relacionados com o tema desta pesquisa. Além da entrevista e da observação, também serão realizadas fotografias em situações relacionadas com o tema da pesquisa que serão registradas apenas para o uso deste estudo. Este registro de imagens será realizado por mim, por indígenas da comunidade, por agentes indígenas de saúde e enfermeiros.

**ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.**

5.2. Solicita-se a explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.3.h).

**RESPOSTA:** Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são considerados de risco mínimo do tipo psicoemocional, de você profissional de saúde ter alguma reação de não aceitação de participar do estudo. Se isso ocorrer, fica assegurado que estaremos à disposição para oferecer-lhe os cuidados necessários e esclarecer qualquer dúvida que possa surgir em relação a pesquisa. Fica garantido que você será indenizado caso sobrevenha algum dano decorrente na sua participação na pesquisa.

**ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.**

5.3. Além das formas de contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, solicita-se incluir no TCLE uma breve descrição do que é o CEP e qual a sua função no estudo, pois diversos participantes de pesquisa desconhecem a existência e as atividades desempenhadas pelo CEP.

**RESPOSTA:** O Comitê de Ética em Pesquisa é um colegiado de avaliação de projetos com o objetivo de atender a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos, seguindo uma tendência mundial de defesa dos sujeitos de pesquisa.

**ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.**

5.4. Solicita-se inserir a numeração das páginas, incluindo o seu número total, por exemplo: 1 de 2; 2 de 2, de forma a garantir a integridade do documento.

**RESPOSTA:** Foram enumeradas as páginas deste documento conforme solicitado pela CONEP através do Parecer Consubstanciado.

**ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.**

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.750-521  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 1.092.459

**Considerações Finais a critério da CONEP:**

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

BRASILIA, 03 de Junho de 2015

---

Assinado por:  
Gabriela Marodin  
(Coordenador)

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde  
CEP: 70.750-521  
Bairro: Asa Norte  
UF: DF Município: BRASÍLIA E-mail: conep@saude.gov.br  
Telefone: (61)3315-5878

# APÊNDICE

## Apêndice A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Profissional de Saúde/Enfermagem

Convidamos você, para participar da Pesquisa **RESOLUTIVIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS COMUNIDADES INDÍGENAS KWATÁ E LARANJAL: PERCEPÇÃO DO INDÍGENA E DA EQUIPE DE SAÚDE**, sob a responsabilidade da pesquisadora Bahiyyeh Ahmadpour Furtado, a qual tem o objetivo de analisar a resolutividade dos serviços de saúde por meio da visão de mundo (percepção) dos profissionais de saúde/enfermagem e dos indígenas Munduruku nas comunidades indígenas Kwatá e Laranjal com base no Modelo *Sunrise* da Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidar de Leininger.

Sua participação é voluntária e o método do estudo dar-se-á por meio de entrevista individual gravada com você, além de observações e anotações minhas, a respeito das perguntas que irei fazer. A entrevista será marcada conforme sua disponibilidade de dia, horário e local. O tempo da entrevista ocorrerá em aproximadamente uma hora, e serão abordados assuntos sobre a resolutividade dos problemas de saúde e como a enfermagem trabalha para resolver estes problemas na comunidade que você trabalha.

Eu estarei lhe acompanhando durante minha pesquisa com o propósito de realizar a observação do estudo, nos momentos que estejam relacionados com o tema desta pesquisa. Além da entrevista e da observação, também serão realizadas fotografias em situações relacionadas com o tema da pesquisa que serão registradas apenas para o uso deste estudo. Este registro de imagens será realizado por mim, por indígenas da comunidade, por agentes indígenas de saúde e enfermeiros.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são considerados de risco mínimo do tipo psicoemocional, de você profissional de saúde ter alguma reação de não aceitação de participar do estudo. Se isso ocorrer, fica assegurado que estaremos à disposição para oferecer-lhe os cuidados necessários e esclarecer qualquer dúvida que possa surgir em relação a pesquisa. Fica garantido que você será indenizado caso sobrevenha algum dano ocorrente na sua participação na pesquisa.

Como benefícios, o estudo dará visibilidade ao trabalho da enfermagem na perspectiva das populações indígenas, como forma de contribuir e subsidiar a formação de futuros profissionais de saúde pública no contexto transcultural para um cuidar congruente culturalmente, contribuindo diretamente com propostas de melhorias no processo de cuidar pela enfermagem com populações indígenas.

Depois de concluída a pesquisa, os benefícios resultantes serão divulgados na comunidade indígena que você trabalha da seguinte forma: será entregue um exemplar da dissertação de mestrado para a liderança indígena e agendada uma reunião com a comunidade para apresentação dos resultados da pesquisa; será realizada uma reunião com a equipe de enfermagem para apresentar os resultados da pesquisa; e será entregue um exemplar da dissertação ao órgão de saúde do qual você está vinculado.

Se depois de consentir em sua participação, você desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa. O (a) Sr.(a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra

informação você entrar em contato com o pesquisador no endereço Rua Teresina, 495, Manaus-AM, Telefone (92) 93709270 ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa pelo endereço e telefone: Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, Fone: (92) 3305-5130 - (92) 9171-2496. O Comitê de Ética em Pesquisa é um colegiado de avaliação de projetos com o objetivo de atender a [Resolução 466/2012](#) do [Conselho Nacional de Saúde](#) do [Ministério da Saúde](#) que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos, seguindo uma tendência mundial de defesa dos sujeitos de pesquisa.

### **Consentimento Pós-Informação**

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pela pesquisadora, ficando uma via com cada um de nós.

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do participante

\_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador Responsável

## Apêndice B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Indígena

Convidamos você, para participar da Pesquisa **RESOLUTIVIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS COMUNIDADES INDÍGENAS KWATÁ E LARANJAL: PERCEPÇÃO DO INDÍGENA E DA EQUIPE DE SAÚDE**, que será realizada pela pesquisadora Bahiyyeh Ahmadpour Furtado, que tem o objetivo de analisar a resolutividade dos serviços de saúde por meio da visão de mundo (percepção) dos profissionais de saúde/enfermagem e dos indígenas Munduruku nas comunidades indígenas Kwatá e Laranjal.

Sua participação é voluntária e o método do estudo será através de entrevista individual gravada com você, além de observações e anotações minhas a respeito das perguntas que irei fazer. A entrevista será marcada conforme sua disponibilidade de dia, horário e local. O tempo da entrevista ocorrerá em aproximadamente uma hora, e serão abordados assuntos sobre a resolutividade dos problemas de saúde e como a enfermagem trabalha para resolver estes problemas na sua comunidade.

Eu estarei lhe acompanhando durante minha pesquisa com o propósito de realizar a observação do estudo, nos momentos que estejam relacionados com o tema desta pesquisa. Além da entrevista e da observação, também serão realizadas fotografias em situações relacionadas com o tema da pesquisa que serão registradas apenas para o uso deste estudo. Este registro de imagens será realizado por mim, por indígenas da comunidade, por agentes indígenas de saúde e enfermeiros.

Os riscos de sua participação na pesquisa são considerados de risco mínimo do tipo emocional e se sentir mal, pela possibilidade de você ter alguma reação de não aceitação de participar do estudo. Se isso ocorrer, fica assegurado que estaremos à disposição para oferecer-lhe os cuidados necessários e esclarecer qualquer dúvida que possa surgir em relação a pesquisa. Fica garantido que você será indenizado caso sobrevenha algum dano ocorrente na sua participação na pesquisa.

Como benefícios, o estudo poderá mostrar o trabalho da enfermagem com populações indígenas, como forma de contribuir e ajudar a formação de futuros profissionais de saúde e de enfermagem com um cuidar que observe a cultura dos diferentes povos e populações, contribuindo assim diretamente com propostas de melhorias no processo de cuidar pela enfermagem com populações indígenas.

Depois de concluída a pesquisa, os benefícios resultantes serão divulgados na comunidade indígena que você trabalha da seguinte forma: será entregue um exemplar da dissertação de mestrado para a liderança indígena e agendada uma reunião com a comunidade para apresentação dos resultados da pesquisa; será realizada uma reunião com a equipe de enfermagem para apresentar os resultados da pesquisa; e será entregue um exemplar da dissertação de mestrado ao órgão de saúde responsável pelo pólo-base da sua comunidade.

Se depois de consentir em sua participação, você desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa. O (a) Sr.(a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhum dinheiro. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação você poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Rua Teresina, 495, Manaus-AM, Telefone (92) 93709270 ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa pelo endereço e telefone: Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, Fone: (92) 3305-5130 - (92) 9171-2496. O

Comitê de Ética em Pesquisa é um colegiado de avaliação de projetos com o objetivo de atender a [Resolução 466/2012](#) do [Conselho Nacional de Saúde](#) do [Ministério da Saúde](#) que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos seguindo uma tendência mundial de defesa dos sujeitos de pesquisa.

### **Consentimento Pós-Informação**

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pela pesquisadora, ficando uma via com cada um de nós.

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do participante



Impressão do dedo polegar

(Caso não saiba assinar)

\_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador Responsável

**APÊNDICE C - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS – Roteiro**

**PROFISSIONAIS DE SAÚDE/ENFERMAGEM**

<b>Dados de Identificação do Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Nº</b>
1)Nome:	
2)Idade:	
4)Data da entrevista:	
5) Profissão:	
4) Comunidade Indígena: (    ) Kwatá    (    ) Laranjal	

1. Fale como são resolvidos pelos indígenas os problemas de saúde na comunidade.
2. Fale como a enfermagem trabalha (cuida) para resolver os problemas de saúde na comunidade.

**APÊNDICE D - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS – Roteiro**

**INDÍGENAS**

<b>Dados de Identificação do Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Nº</b>
1)Nome:	
2)Idade:	
4)Data da entrevista:	
4) Comunidade Indígena: (    ) Kwatá    (    ) Laranjal	

1. Fale como são resolvidos os problemas de saúde na sua comunidade.
2. Fale como a enfermagem trabalha (cuida) para resolver os problemas de saúde na comunidade.