



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Departamento de Enfermagem  
Curso de Enfermagem

Rayanne Cristine Máximo França

**ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DO FLUXO DE ATENÇÃO EM UM AMBULATÓRIO  
DE SAÚDE INDÍGENA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Brasília

2017

Rayanne Cristine Máximo França

**ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DO FLUXO DE ATENÇÃO EM UM AMBULATÓRIO  
DE SAÚDE INDÍGENA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da Graduação em Enfermagem, da Universidade de Brasília, apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso 2, como exigência parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Simone Roque Mazoni

Profa. Dra Denise Osório Severo

Brasília

2017

Rayanne Cristine Máximo França

**ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DO FLUXO DE ATENÇÃO EM UM AMBULATÓRIO  
DE SAÚDE INDÍGENA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado e defendido em 28 de novembro de 2017 pela  
Banca Examinadora composta por:

---

Professora Dra. Simone Roque Mazoni

Orientadora

---

Professora Dra. Maria da Graça Luderitz Hoefel

Avaliadora

---

Professor Dr. Umberto Euzébio

Avaliador

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho aos povos indígenas por entender que todo o processo de violência sofrido contra nós nos últimos 517 anos deve ser registrado, mostrando a sociedade brasileira que nós, povos indígenas continuamos vivos e resistindo e somos totalmente capazes de enfrentar o universo acadêmico e ser produtores de conhecimento.

Dedico a minha família, em especial ao meu pai Valdenir Andrade França por sempre me incentivar e apoiar a luta em prol de uma qualidade de saúde aos povos indígenas.

A minha co-orientadora Denise Osório Severo, a professora Maria da Graça Luderitz Hoefel, ao professor Umberto Euzébio por me mostrar e ensinar os caminhos da pesquisa.

Dedico aos meus amigos Poran Potiguara e Tsitsina Xavante e aqueles que contribuíram até aqui.

Em especial ao Thales Augusto Lellis Vicarone por toda a cumplicidade e cuidado comigo durante este trabalho.

E a Deolinda de Oliveira (*in memoriam*) minha avó.

A todos a minha gratidão eterna.

## **Agradecimentos**

Primeiramente a Deus e aos encantados que me guiaram durante todos estes anos na Universidade. Em segundo lugar, a minha orientadora Simone Roque Mazoni por ter aceitado o desafio de falar sobre Saúde Indígena comigo e a confiança no meu trabalho.

Agradeço ao coletivo dos Estudantes Indígenas da Universidade de Brasília por serem a minha família nos últimos anos, por pensarem comigo um projeto de sociedade que foi a criação do Ambulatório de Saúde Indígena e que juntos idealizamos um sonho e hoje o realizamos.

Também aos professores do Departamento de Enfermagem que me apoiaram nos últimos dias para a construção desse trabalho, que enxugaram as minhas lágrimas muitas vezes e me incentivaram a não desistir diante das circunstâncias ruins.

Aos meus pais Laura e Valdenir, ao meu irmão João Alberto por terem acreditado nesse sonho comigo, que entenderam as minhas ausências e que em silêncio e de longe cuidaram de mim com todo amor e carinho.

Aos meus eternos sogros Rosane e José Augusto Lellis Vicarone por cuidarem de mim como filha.

Aos meus amigos Poran Potiguara, Tsitsina Xavante, Marcelo Santos, Isabela Fernandes, Laura Celeste Gonçalves e Lucia Alberta Andrade que foram as pessoas que sempre me apoiaram nas decisões, que me seguraram em todos os momentos, que riram e choraram comigo. Aos colaboradores da Rede de Juventude Indígena por fortalecer as minhas capacidades e me ensinaram a utilizar a Universidade em prol dos povos indígenas do Brasil. Aos meus amigos de longe que torceram por mim, muito obrigada.

Aos meus mestres Prof. Dr. Umberto Euzébio, Claudia Regina, Prof. Dra. Maria da Graça Luderitz Hoefel, Prof. Dra. Denise Osório Severo, Prof. Dra. Simone Roque Mazoni.

Por fim, agradeço a equipe do Ambulatório de Saúde Indígena aos preceptores, gestores, monitores, enfermeiros, profissionais de referência e técnicos por todo aprendizado nestes anos.

Gratidão

## **Análise da percepção do fluxo de atenção em um Ambulatório de Saúde Indígena em um Hospital Universitário**

**Resumo:** A criação e implantação do *Ambulatório de Saúde Indígena (ASI)* no Hospital Universitário de Brasília (HUB), requer apoio às mudanças de modelo de atenção e de gestão, na garantia do acesso à saúde enquanto direito de todo e qualquer cidadão. A partir dessa contextualização, os produtos deste processo são essenciais para fortalecimento das ações, os profissionais como mediadores no espaço do ambulatório e as constituições de novas práticas interculturais. **Objetivos: geral** - Analisar a percepção dos profissionais e estudantes acerca do fluxo de atenção à um subsistema de Saúde Indígena. **Específicos:** Descrever o fluxo de assistência dos pacientes indígenas encaminhados pela CASAI-DF ao Hospital Universitário; Identificar, a partir da percepção dos profissionais e estudantes vinculados ao ASI, CASAI, HUB os fatores institucionais intervenientes para a constituição do fluxo de assistência aos pacientes indígenas no Hospital Universitário; Identificar, a partir da percepção dos profissionais e estudantes vinculados ao ASI, CASAI, HUB os fatores individuais intervenientes para a constituição do fluxo de assistência aos pacientes indígenas no Hospital Universitário; Apresentar as potencialidades e desafios relativos a implementação do fluxo de atenção assistencial à saúde indígena. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa, os instrumentos de pesquisa adotados foram constituídos por: entrevistas semiestruturadas e observação participante e diário de campo. Os dados qualitativos das entrevistas e diário de campo foram analisados sob a luz da Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** apresentou a necessidade de um estabelecimento da linha de cuidado ao indígena, conhecendo o itinerário terapêutico do usuário e assim permitir pensar em seu plano terapêutico singular, ou seja, efetivar o seu processo de cuidado. **Conclusão:** a pesquisa pretende contribuir cada vez mais para os avanços da linha de cuidado e auxiliar na organização da rede de saúde visando à articulação entre os diversos níveis de atenção em saúde voltados para os povos indígenas, bem como para a garantia de continuidade do cuidado integral, desde as ações de promoção às de tratamento e reabilitação.

**Descritores:** Saúde Indígena; Ambulatório de Saúde Indígena; Fluxo de Atenção.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**AIS** - Agentes Indígenas de Saúde

**AISan** - Agentes Indígenas de Saneamento

**ASI** - Ambulatório de Saúde Indígena

**CAN** - Correio Aéreo Nacional

**CASAI** - Casa de Saúde do Índio

**CIS** - Comissão Intersetorial de Saúde

**CISI** - Comissão Intersetorial de Saúde do Índio

**COSAI** - Coordenação de Saúde do Índio

**DASI** - Departamento de Atenção à Saúde Indígena

**DEOPE** - Departamento de Operações

**DGESI** - Departamento de Gestão da Saúde Indígena

**DSC** – Departamento de Saúde Coletiva

**DSEI** - Distritos Sanitários Especiais Indígenas

**DSESI** - Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde

**EPM** - Escola Paulista de Medicina

**EVS** - Equipes Volantes de Saúde

**FAB** - Força Aérea Brasileira

**FUB** – Fundação Universidade de Brasília

**FUNAI** - Fundação Nacional do Índio

**FUNASA** – Fundação Nacional de Saúde

**GT** - Grupo de Trabalho

**HUB** - Hospital Universitário de Brasília

**MP** - Medida Provisória

**ODS** - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

**OIT** - Organização Internacional do Trabalho

**ONU** – Organização das Nações Unidas

**PEAC** - Projeto de Extensão de Ação Contínua

**PET** – Programa de Educação pelo Trabalho

**PNASPI** – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

**PNH** – Política Nacional de Humanização

**POP** - Procedimento Operacional Padrão

**PVP** - Projeto Vidas Paralelas

**PVPI** - Projeto Vidas Paralelas Indígena

**SasiSUS** - Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

**SESAI** - Secretaria Especial de Saúde Indígena

**SPI** - Serviço de Proteção ao Índio

**SPILTN** - Serviço de Proteção ao Índio e Localização dos trabalhadores nacionais

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**SUSA** - Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas

**UBSI** - Unidades Básicas de Saúde Indígena

**UnB** – Universidade de Brasília

**Unifesp** - Universidade Federal de São Paulo

## **LISTA DE FIGURAS**

<b>Figura 1-</b> Organograma da Secretaria Especial de Saúde Indígena.....	23
<b>Figura 2-</b> Mapa de distribuição dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas.....	24
<b>Figura 3-</b> Organização do DSEI e Modelo Assistencial.....	25
<b>Figura 4-</b> Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e fluxo de referência e contra referência.....	34
<b>Figura 5:</b> Resumo de palavras a partir dos resultados.....	50
<b>Figura 6:</b> Análise gráfica a partir das redes de palavras.....	51

## Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. OBJETIVOS.....	16
2.1 Objetivo Geral.....	16
2.2 Objetivos específicos .....	16
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1. Direitos Indígenas / Marcos Regulatórios e Legislação .....	17
3.2. Direito a Saúde e Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) .....	20
3.2.1. A criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena.....	24
3.3. Organização do Subsistema de atenção à Saúde Indígena.....	26
3.4. Ambulatório de Saúde Indígena.....	30
3.5. Fluxo de Atenção à saúde indígena .....	33
4. METODOLOGIA.....	39
RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	40
Eixo 1: Fluxos de assistência à saúde indígena .....	40
Eixo 2: Fatores institucionais intervenientes para constituição de um ‘fluxo’ .....	43
Interculturalidade .....	43
Comunicação .....	44
Dificuldades logísticas.....	45
Filosofia de gestão .....	46
Aparato financeiro .....	47
Recursos Humanos .....	48
Eixo 3: Fatores pessoais intervenientes para constituição de um ‘fluxo’ .....	49
Eixo 4: Potencialidades e dificuldades para constituição de um ‘fluxo’ .....	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	54
REFERÊNCIAS .....	56
APÊNDICES .....	61

ROTEIRO DE ENTREVISTA .....	61
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TLCE).....	62
Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa ....	65
ANEXOS .....	67

## 1. INTRODUÇÃO

A implantação do Subsistema de Atenção à Saúde indígena (SasiSUS) no Brasil, deu-se a partir da criação da Lei Arouca (nº 9.836, de 23 de setembro de 1999), seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em que considerou como premissa fundamental a participação dos povos a construção, planejamento, gestão, execução e avaliação dos programas dentro dos territórios, garantindo estes direitos frente à diversidade cultural, que integram as práticas tradicionais das comunidades indígenas. (DIEHL, 2015).

Com a ascensão das políticas de ações afirmativas nas universidades públicas, França (2016a) destaca que a inclusão dos povos indígenas nas Universidades ainda representa um fenômeno recente e, como tal, encontra-se em fase de construção de mecanismos que viabilizem as relações de trocas e diálogos necessárias para que ocorra a melhoria dessa política, assim possibilitando intercâmbios de saberes e construção e/ou (re) formulação de políticas de educação, saúde e meio ambiente.

Nesse sentido, os estudantes Indígenas, buscaram organizar-se, a fim de reivindicar seus direitos e superar a resistência cultural existente dentro do universo acadêmico. Hoefel (2015b) afirma que para atender as necessidades da população indígena presente na universidade, em 2011 os indígenas passam a integrar o Projeto Vidas Paralelas (PVP) do Departamento de Saúde Coletiva (DSC), criando o Projeto Vidas Paralelas Indígena (PVPI). Este projeto tinha por objetivo atuar na promoção de diálogos entre os saberes acadêmicos e os saberes tradicionais indígenas, bem como revelar e visibilizar o cotidiano de vida, cultura e trabalho dos povos indígenas a partir do olhar dos próprios sujeitos, por meio de processos de formação em cultura digital e articulação de redes sociais para fortalecimento da promoção da saúde, cultura e participação social na construção de políticas públicas.

Esta aproximação com a extensão conduziu ao estreitamento das relações entre a comunidade tradicional e a comunidade acadêmica, propiciando o surgimento da demanda pela criação do Ambulatório de Saúde Indígena (ASI), cuja ideia foi advinda dos próprios estudantes indígenas, em diálogo com as suas respectivas comunidades originárias.

Logo após a inauguração do Ambulatório, realizada em abril de 2013, os estudantes indígenas com o apoio de alguns docentes, pesquisadores do Departamento de Saúde Coletiva foram contemplados no edital do PET- Redes de Atenção à saúde, com vigência prevista para 2013-2015, assim garantindo a ampliação do diálogo e a articulação com o tripé da

universidade – pesquisa, ensino e extensão - e os serviços de saúde, com a especificidade da saúde indígena.

A criação e implantação do *Ambulatório de Saúde Indígena (ASI)* no Hospital Universitário de Brasília (HUB), como um dos resultados do movimento dos acadêmicos indígenas enquanto uma ação inovadora no meio acadêmico e serviço integrante da rede de Saúde do Distrito Federal, requer apoio às mudanças de modelo de atenção e de gestão, na garantia do acesso à saúde enquanto direito de todo e qualquer cidadão.

A criação de novos processos de trabalho não é tarefa fácil. Segundo Rocha (2000), o processo saúde-doença-cuidado aloca o trabalho interdisciplinar em diferentes níveis, além do tratamento de temas específicos por diferentes disciplinas, de diferentes áreas com diferentes abordagens, acarretando dificuldade na criação de processos de trabalho realmente capazes de agregar, transformar e construir novos pensamentos e práticas geradas a partir deste diálogo.

A construção do ASI se dá através da articulação com diversos atores, os estudantes indígenas, os docentes da universidade, o Hospital Universitário, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e a diretoria da Casa de Saúde do Índio, no Distrito Federal (CASAI –DF), para que todos possam pensar a proposta e estabelecer instrumentos que norteassem a assistência e os fluxos de atenção à saúde dos pacientes indígenas dentro do HUB.

Pontes (2015), contextualiza o fluxo de atendimento à saúde indígena como organizativo e operacional. Em se tratando da dinâmica de funcionamento, o HUB é referência à CASAI – DF, e o Ambulatório é atualmente a “porta de entrada” dos indígenas no Hospital Universitário de Brasília, cabendo a ele o acolhimento, o atendimento inicial e o acompanhamento, cujos processos abarcam, entre outras coisas, o desenvolvimento da escuta qualificada, a construção de projetos terapêuticos singulares e do itinerário terapêutico que os sujeitos indígenas encaminhados ao hospital vivenciam (HOEFEL et al, 2015b).

Segundo Paim (2009), ao se pensar em mudanças no modelo de atenção e linhas de cuidado é preciso ressaltar uma inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção de saúde, assim favorecendo um cuidado integral à saúde. O autor destaca a necessidade de entender que a criação de linhas de cuidado é parte de uma pactuação entre os atores envolvidos, os quais controlam os serviços e os recursos assistenciais.

No decorrer da implementação do ASI, houve muitos desafios e avanços. Conseguiu-se um espaço físico dentro do HUB para realização do acolhimento, construção de equipes

multiprofissionais, construção de projetos terapêuticos singulares, bem como o estreitamento das relações institucionais com a CASAI. Porém, um dos principais desafios no cotidiano das práticas de atenção à saúde no ASI é o estabelecimento de um novo fluxo de atenção, que implica na mudança e reorganização do processo de trabalho dos atores envolvidos, ou seja, o processo de trabalho neste caso, carece de uma interação de saberes e práticas, necessárias para o cuidado integral à saúde indígena.

A partir dessa contextualização, os produtos deste processo são essenciais para fortalecimento das ações, os profissionais como mediadores no espaço do ambulatório e as constituições de novas práticas interculturais.

Nesse sentido, a experiência do ASI no período entre 2013 e 2015, evidenciou que as equipes multidisciplinares, tanto da CASAI quanto do hospital, tem a dificuldade de estabelecer novos fluxos dos processos de atenção, elemento que prejudica a construção de novas práticas de atenção. Desse modo, torna-se fundamental conhecer os fatores que influenciam nesta ação, assim possibilitando a construção de novas capacidades e conhecimento para o desenvolvimento de processos de trabalho, a partir de uma avaliação e crítica que incide sobre os procedimentos e conhecimentos individuais ou coletivos, valorizando a produtividade, a satisfação e a realização de profissionais e usuários (FARIA, 2009).

Faz-se necessário a investigação, para que se possa determinar até que ponto a autonomia do trabalhador influencia no processo de trabalho e suas relações com o modo de organização do trabalho, o que se torna fundamental ou determinante para realização de possíveis mudanças. Para Lacaz (2006), é precisamente importante discutir como os mecanismos possibilitam canais de abertura de negociação, diálogo entre as partes em quaisquer âmbitos do trabalho, o que dificultam ou ajudam na busca de encaminhamento das contradições e conflitos de interesses.

O ASI propôs realizar ações que ultrapassam o âmbito da média e alta complexidade e incluem a construção de ações capazes de impulsionar mudanças nas práticas de atenção e gestão em todos os níveis e esferas deste Subsistema. Diante dessas considerações pergunta-se: Quais são os fatores que interferem no fluxo de atenção à saúde indígena no âmbito do processo de trabalho? Considerando a premência de avançar nos processos de mudança do modelo de atenção e formação rumo à novas práticas que avancem no sentido da interculturalidade, entende-se que esta pesquisa poderá contribuir para a compreensão dos

fatores mencionados e para o estabelecimento de processos de trabalho favoráveis à implantação dos fluxos de atenção à saúde no ASI.

Este trabalho apresenta-se dividido em cinco capítulos afim de esclarecer melhor os pontos importantes para a construção deste e seus resultados. Primeiro têm-se uma apresentação da legislação e marcos regulatórios sobre os direitos dos povos indígenas. O segundo capítulo apresenta o direito a saúde e a criação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, e as práticas por ela reconhecidas. No terceiro capítulo temos a organização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. No quarto capítulo abordamos o Ambulatório de Saúde indígena e seus objetivos de construção. Por fim, o quinto capítulo onde trataremos em especial sobre o fluxo de atenção à saúde indígena no âmbito do ASI.

## **2. OBJETIVOS**

### ***2.1 Objetivo Geral***

Analisar a percepção dos profissionais e estudantes acerca do fluxo de atenção à um subsistema de Saúde Indígena.

### ***2.2 Objetivos específicos***

- Descrever o fluxo de assistência dos pacientes indígenas encaminhados pela CASAI-DF ao Hospital Universitário;
- Identificar, a partir da percepção dos profissionais e estudantes vinculados ao ASI, CASAI, HUB os fatores institucionais intervenientes para a constituição do fluxo de assistência aos pacientes indígenas no Hospital Universitário;
- Identificar, a partir da percepção dos profissionais e estudantes vinculados ao ASI, CASAI, HUB os fatores individuais intervenientes para a constituição do fluxo de assistência aos pacientes indígenas no Hospital Universitário;
- Apresentar as potencialidades e desafios relativos a implementação do fluxo de atenção assistencial à saúde indígena.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### *3.1. Direitos Indígenas / Marcos Regulatórios e Legislação*

As legislações e os marcos regulatórios são instrumentos que viabilizam a garantia dos seus direitos individuais e coletivos, estes sob a forma de política e serviços públicos. Estes são utilizados pelos povos indígenas de vários modos, incluindo a promoção de seus direitos em fóruns políticos e legais em nível nacional e internacional.

A partir dessa perspectiva se faz necessário entender como os direitos indígenas são conceituados. Segundo Anaya (2005), o direito à autodeterminação responde, em seu sentido coletivo, à responsabilidade do ser social ou do povo para se organizar em suas comunidades ou sociedades onde vivem os membros desse povo. Nesse sentido, os povos indígenas têm um impulso natural para se auto organizar e definir suas prioridades, aspirações e necessidades como um coletivo conforme traz a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas (ONU, 2007), um marco internacional. Tal conceito é utilizado nas leis brasileiras e nos mecanismos de direito internacional.

Artigo 4. Os povos indígenas, no exercício do seu direito à autodeterminação, têm direito à autonomia ou ao autogoverno nas questões relacionadas a seus assuntos internos e locais, assim como a disporem dos meios para financiar suas funções autônomas (ONU, 2008a; p.7).

No âmbito nacional, o Brasil possui os artigos 231 e 232 da Constituição Federal de 1988 e o Estatuto do Índio como marcos legais que promovem os direitos dos povos indígenas. A Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973, conhecida como Estatuto do Índio regula a situação dos povos e comunidades indígenas, com o intuito de preservação da cultura e “integração” nacional.

Parágrafo único. Aos índios e às comunidades indígenas se estende a proteção das leis do País, nos mesmos termos em que se aplicam aos demais brasileiros, resguardados os usos, costumes e tradições indígenas, bem como as condições peculiares reconhecidas nesta Lei (BRASIL, 1973d).

A Constituição de 1988 afirma que os povos indígenas são reconhecidos por suas especificidades étnicas e tradicionalmente culturais.

Art. 231. São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que

tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens (BRASIL, 1988a).

A Constituição de 88 também cria o Sistema Único de Saúde – SUS, que foi regulamentado mais tarde pela lei 8080/90, a qual também trata da questão dos direitos dos povos indígenas em relação a sua saúde. Tal abordagem será realizada de maneira mais profunda no próximo capítulo.

No que concerne ao direito internacional, os povos indígenas utilizam dois instrumentos de proteção dos seus direitos: a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas e a Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT).

A Declaração (ONU, 2008a) como um todo faz, o reconhecimento dos direitos dos povos indígenas no que tange à garantia e proteção dos territórios, práticas tradicionais de educação, saúde e cultura, participação social, entre outros. Em relação ao direito à saúde, em seu artigo 24, ele afirma que os povos indígenas têm direito a seus próprios medicamentos tradicionais e à conservação de suas plantas medicinais. Também garante o acesso dos povos indígenas aos serviços de saúde sem discriminação e conclui, garantindo a saúde integral, física e mental para os povos indígenas.

Artigo 24. 1. Os povos indígenas têm direito a seus medicamentos tradicionais e a manter suas práticas de saúde, incluindo a conservação de suas plantas, animais e minerais de interesse vital do ponto de vista médico. As pessoas indígenas têm também direito ao acesso, sem qualquer discriminação, a todos os serviços sociais e de saúde (ONU, 2008a; p.13).

2. Os indígenas têm o direito de usufruir, por igual, do mais alto nível possível de saúde física e mental. Os Estados tomarão as medidas que forem necessárias para alcançar progressivamente a plena realização deste direito (ONU, 2008a; p.13).

Em relação aos povos indígenas e ao direito à saúde, a Convenção n. 169 da OIT garante o direito à saúde dos povos indígenas, protegendo os direitos dos povos indígenas para controlar e organizar serviços de saúde em territórios indígenas em seu artigo 25. A saúde foi identificada pela sociedade global como um elemento de prioridade, como um elemento fundamental dos direitos humanos conforme refletido nos atuais Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (ODS) (ONU, 2015b).

A partir desta perspectiva e aos seus princípios culturais de bem-estar e harmonia com a natureza, os povos indígenas concebem o direito à saúde de forma holística. Esta compreensão da saúde incorpora a saúde mental, física, espiritual e emocional do ser humano em relação à natureza e ao respeito a sua tradição e cultura. Estes são elementos fundamentais

à construção de políticas de saúde indígena que devem ser considerados no sentido de favorecer o enfrentamento as possíveis desigualdades existentes nas relações com a sociedade não-indígena.

### ***3.2. Direito a Saúde e Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)***

O direito a saúde é um direito fundamental. A Constituição de 88 em seu artigo 196 afirma que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido o direito mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção recuperação” (BRASIL, 1988a).

A Constituição Federal de 88 e a criação do SUS, foram marcos fundamentais para a caracterização da política pública de saúde dos povos indígenas vigentes na atualidade. Estabeleceu a responsabilidade à União para garantir a implementação de ações em saúde e ao Ministério da Saúde a responsabilidade da gestão federal sobre os Sistema de Saúde Indígena (FUNASA, 2002).

Apesar dos significativos avanços após a criação do SUS, vale ressaltar que a implementação das ações em saúde é anterior as própria criação e implementação das diretrizes do SUS. Se faz necessária uma retrospectiva da saúde indígena no Brasil para que se possa refletir sobre as práticas, leis, portarias, decretos e outros que influenciam diretamente na conjuntura atual das políticas para a saúde dos povos indígenas.

No ano de 1910, podemos destacar a criação do Serviço de Proteção ao Índio e localização dos trabalhadores nacionais (SPILT, a partir de 1918 apenas SPI) que era vinculado ao Ministério da Agricultura como um dos marcos legislativos oficiais que regulamentou a saúde indígena. A SPI tinha como um dos seus objetivos a “proteção dos índios” e sua integração à sociedade assim como o uso de progressivo e integrativos de suas terras (BRASIL, 2009c). A assistência sanitária dentro da SPI era conduzida por profissionais indigenistas e não possuía servidores da saúde, assim os postos detinham medicamentos, porém os profissionais não possuíam conhecimento farmacêutico, prevalecendo altos índices de mortalidade durante o período de pós-contato com os índios. Nesta fase, é necessário destacar o papel de Noel Nutels, como propulsor das vacinações em massa no território nacional, com o apoio de Correio Aéreo Nacional (CAN) e a Força Aérea Brasileira (FAB) para tal atividade na SPI, conforme afirma Freire (2011).

Na década de 1950, o Ministério da Saúde criou o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), que tinha por objetivo fazer a cobertura vacinal, controle de doenças

pulmonares como a tuberculose, atendimento odontológico e doenças transmissíveis (FUNASA, 2002). Com inúmeras dificuldades apresentadas ao longo de sua existência, em 1967 a SPI foi extinta, dando origem a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), vinculada ao Ministério da Justiça até hoje.

Dentro da FUNAI, foi criada a divisão de saúde e estabeleceu a criação de unidades de saúde dentro das terras indígenas com suplementação das Equipes Volantes de Saúde (EVS) que prestariam assistência seguindo a lógica adotada pelo SUS (FUNASA, 2002; COSTA, 1987). Historicamente, a saúde indígena foi pensada a nível de atenção primária à saúde, assim vale descrever o fluxo de atenção durante esse período.

[...]os problemas de saúde deveriam ser resolvidos no próprio Posto Indígena. Casos mais difíceis, que precisassem de diagnóstico ou tratamento mais sofisticado, deveriam ser remetidos aos hospitais locais e/ou aos serviços dos Ministérios da Saúde com quem a FUNAI mantinha convênios (INAMPS rural, Secretarias de Saúde dos Estados, FUNRURAL, SUCAM e INAM). Finalmente, os casos mais sérios deveriam ser encaminhados às Casas do Índio no Centro Regional (LANGDON, 2000).

Podemos afirmar que as características do modelo de atenção adotado pela saúde indígena hoje são resquícios da época da FUNAI, tal como a Casa do Índio, hoje denominada CASAI e o modelo descentralizado e regionalizado. As equipes de saúde eram compostas por um médico, um enfermeiro, um dentista e um bioquímico (COSTA, 1987). Para Langdon (2000) e Garnelo (2012) os serviços continuaram inadequados e incipientes diante das necessidades destes povos, pois as iniciativas de atenção à saúde ignoravam os sistemas de saúde tradicionais, culturais e sociais destes povos.

Durante o período compreendido entre 1986 e 1993, duas Conferências marcaram a discussão sobre a saúde indígena, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, ambas por recomendações do VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde (FUNASA, 2002), assim descobrindo novos caminhos para se organizar e começavam a instituir novos espaços de participação e discussão de políticas de saúde. As conferências foram importantes, pois propuseram o modelo distritalizado (LUCIANO, 2006 p. 180) de atendimento adotado até hoje, a estratégia dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), permitindo acesso universal e integral, participação e controle social à saúde destes povos.

Seguindo os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 1990e), o capítulo V da Lei Orgânica dispõe em caracterizar as especificidades da saúde dos povos indígenas em:

Art. 19-F [...]levar em consideração a realidade local, as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional (BRASIL, 1990e).

No ano de 1991, o Decreto Presidencial nº23/90 transferiu as responsabilidades pelas ações de saúde para a coordenação do Ministério da Saúde, estabelecendo os DSEIs como apoio da organização dos serviços de atenção à saúde. Dentro do organograma do MS foi criada a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI) que era subordinada ao Departamento de Operações (DEOPE) da FUNASA, assim, no intuito de estabelecer um novo modelo de atenção à saúde dos povos indígenas (MISSIONÁRIO, 2013). No mesmo ano, o Conselho Nacional de Saúde através da Resolução nº 011, de outubro de 1991, criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), que tinha por objetivo a criação de princípios e diretrizes para a saúde indígena (FUNASA, 2002). Ressalte-se aqui o papel fundamental dos povos indígenas dentro da CISI à política de saúde dos povos indígenas desde esta época até nos dias atuais, como controle e participação social.

As políticas para os povos indígenas desde os seus primórdios foram marcadas por diversos conflitos de interesses, como por exemplo em 1994, foi criada a Comissão Intersetorial de Saúde (CIS) por um Decreto presidencial, que em conjunto com vários Ministérios que tinham por interesses as questões indígenas juntamente com a FUNAI, estabeleceram através da Resolução nº 2, de outubro de 1994, o “Modelo de Atenção Integral a Saúde do Índio”, que devolvia parte da responsabilidade da saúde para a FUNAI (FUNASA, 2002). Podemos destacar o impacto da resolução sob os aspectos da gestão da política, uma vez que dividiu as responsabilidades das ações de saúde entre: recuperação e prevenção de saúde, sendo a recuperação responsabilidade da FUNAI e a prevenção responsabilidade do Ministério da Saúde, ocasionando certa fragmentação e inúmeros conflitos de gestão entre FUNAI e FUNASA (FUNASA, 2002)

Os conflitos de interesses gerados a partir da Resolução nº2, foram claros além de se manterem as dificuldades que a FUNAI já vinha enfrentando, agora lidavam com ações fragmentadas e que pouco se aproximava do propósito constitucional de se prestar atenção à saúde integral aos povos indígenas (GARNELO, 2012). Apesar do modelo teoricamente ideal, sua implementação ainda assim não foi satisfatória para os povos. A Medida Provisória (MP) nº 1.911-8, de 29 de julho de 1999, transferiu as responsabilidades de atenção à saúde da

FUNAI para a FUNASA e em seguida o Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, estabelece as ações de saúde indígenas todas em âmbito do SUS (FUNASA, 2009).

Art. 1. A atenção à saúde indígena é dever da União e será prestada de acordo com a Constituição e com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), objetivando a universalidade, a integralidade e a equanimidade dos serviços de saúde (BRASIL, 1999b).

A partir deste momento temos a criação do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos indígenas pela Lei Arouca (nº 9.836, de 23 de setembro de 1999), que regulamentou as ações de trabalho ministeriais para a implementação do modelo de atenção diferenciada para a saúde dos povos indígenas. Cabia agora à FUNASA, a função de coordenar e executar as ações da saúde indígena (GARNELO, 2009).

Todavia, a FUNASA não detinha recursos humanos suficiente para realizar as ações de modo integral, realizando assim convênios com municípios e organizações não - governamentais para atividades nas aldeias onde não possuíam sede (GARNELO, 2012). Entretanto em 2002, foi instituído através da Portaria nº254, de 31 de janeiro de 2002, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).

A PNASPI tem por objetivo garantir o direito ao acesso aos serviços de saúde de acordo com as realidades locais, regulamentadas pelo Decreto nº 3.156/99 e a MP nº 1.911-8 e a Lei Arouca, assim regendo os princípios e diretrizes do SUS, respeitando as características étnicas, sociais e culturais desses povos, garantindo a saúde como um direito universal e equitativo (FUNASA, 2002).

“A implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços - voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde -, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Para sua efetivação, deverá ser criada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população” (FUNASA, 2002, p.6).

Diretrizes estruturantes da PNASPI (FUNASA, 2002):

1. Organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;
2. Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;
3. Monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;

4. Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
5. Promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
6. Promoção de ações específicas em situações especiais;
7. Promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
8. Promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
9. controle social.

Entende-se que a criação da PNASPI parte não somente da necessidade de garantir o princípio da integralidade, mas sim reconhecer a particularidade da diversidade desses povos e alinhar aos princípios e diretrizes estruturantes do SUS, reconhecer os sistemas tradicionais de promoção, prevenção e recuperação da saúde, assim como o reconhecimento aos processos de cura e morte e prover assistência à saúde de qualidade, diretrizes estas que dão suporte às práticas exploradas no capítulo 4 para fundamentação deste trabalho.

### **3.2.1. A criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena**

Os 10 anos de atuação da FUNASA na gestão e assistência à saúde dos povos indígenas foram marcadas por inúmeras denúncias de má-gestão, improbidades administrativas, aumento nos casos de mortalidade infantil, um total descaso sob a ótica dos povos indígenas, manifestadas em cartas ao Ministério Público Federal e na crescente demanda por mudanças na estrutura organizacional do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas como afirma Gouvêa (2007). Uma época marcada por conflitos, manifestações populares e ocupações de prédios da FUNASA com a finalidade de mostrar a insatisfação com os serviços ofertados.

Diante deste cenário, em 2008 o Ministério da Saúde publicou duas portarias que foram de suma importância para o contexto atual da saúde indígena, as portarias nº 3034 e nº 3035, ambas de 17 de dezembro de 2008, criando um grupo de trabalho (GT) que tinha por objetivo, discutir e apresentar proposta de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde, no que se refere à gestão dos serviços de saúde oferecidos aos indígenas. Após inúmeros encontros e discussões, ocorreu a transferência das responsabilidades do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para o Ministério da Saúde através da criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) por meio do Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010 (GARNELO, 2010). Para os povos indígenas foi uma vitória diante do que

se passava na época, conforme relatos abaixo extraídos de entrevistas do Jornal Saúde em foco:

“Para Valdenir França, do povo Baré “É uma coisa que estávamos esperando há muito tempo. Uma vitória de todos nós. Vínhamos reivindicando isso há muito tempo. Agora temos que ter consciência que o efeito não será imediato. É hora de nos superarmos mais uma vez”, concluiu” (BRASIL, 2010h)

“O SasiSUS é uma grande conquista dos povos indígenas, pois é um sistema que garante a esses povos um atendimento básico diferenciado nas próprias aldeias. No entanto, segundo Xokó, atualmente o atendimento de média e alta complexidade aos indígenas necessita de atenção “esse ainda é um grande desafio, garantir atendimento diferenciado e ágil aos indígenas, quando necessitarem de um exame mais complexo, de uma internação ou cirurgia” sabemos das dificuldades, mas contamos com a Sesai [...] para que tenhamos de fato uma atenção à saúde de fato diferenciada” (BRASIL, 2012j, p. 04)

### 3.3. Organização do Subsistema de atenção à Saúde Indígena

A nova organização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena tem por objetivo de implementar um novo modelo de gestão e de atenção descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira e responsabilidade sanitária dos DSEIs, ou seja, a reordenação das ações de saúde. A nova organização é constituída por 34 DSEIs, há, ainda, os Polos Base, Casas de Saúde Indígena (Casais) e postos de saúde e no âmbito da Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde está organizada por 3 departamentos: Departamento de Gestão da Saúde Indígena (DGESI), Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI), Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde (DSESI), conforme figuras abaixo.

**Figura 1:** Organograma da Secretaria Especial de Saúde Indígena



Fonte: SESAI, 2017.

Ainda em relação aos DSEIS, eles são a unidade gestora descentralizada do subsistema e tem a responsabilidade da execução das ações básicas no território indígena (BRASIL, 2012j).

**Figura 2:** Mapa de distribuição dos DSEIs



Verifica-se que a organização dos DSEI não compreende a lógica da divisão territorial brasileira, uma vez que seu modelo de organização dos serviços tem por base os aspectos do espaço sócio, étnico, cultural, geográfico, epidemiológico, populacional e administrativa visando a qualificação da assistência à saúde, desenvolvendo ações administrativas e gerenciais com a participação social através do controle social (Figura 2) (FUNASA, 2002).

É de responsabilidade de cada DSEI a organização dos serviços de atenção básica dentro dos territórios e articulada com a rede do SUS (FUNASA, 2002). Assim, a organização do fluxo de atendimento aos indígenas pode ser caracterizada segundo Pontes (2015), como organizativo e operacional. O autor divide o fluxo em três momentos: 1) o atendimento pelas equipes de saúde a nível local, nas aldeias, assim como a presença dos agentes indígenas de saúde (AIS); 2) Os polos base que devem contar com a estrutura mínima de técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e odontólogos, unidade de referência aos AIS; e 3) os atendimentos realizados fora do território, direcionando o paciente à CASAI de referência e conjuntamente, articulação com a rede de serviços do SUS.

**Figura 3:** Organização do Modelo Assistencial à Saúde Indígena



Fonte: SESAI, 2017.

As equipes multidisciplinares são compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo e auxiliares, o diferencial das equipes são a inclusão dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISan). Os agentes necessariamente precisam ser residentes das aldeias/comunidades das quais abrangem a sua cobertura. Estas equipes atuam nas aldeias e tem como referência os polos-base (BRASIL, 2012j).

Os polos-base são as bases de apoio para a atuação das equipes de saúde. São divididos ainda em tipo I e II, o tipo I é localizado nas terras indígenas e o tipo II em municípios de referência (BRASIL, 2012j).

As Casas de Apoio a Saúde do Índio (CASAI) são estruturadas para receber os indígenas e tem por objetivo fornecer alojamento, alimentação, transporte para o deslocamento para os pacientes e seus acompanhantes durante as consultas e exames, assim como prestar assistência de enfermagem para os pacientes que são encaminhados para a rede do SUS. As CASAI também têm a responsabilidade de marcar consultas, exames e

internação hospitalar. Devem fornecer acompanhamento dos pacientes e organizar o retorno dos indivíduos às comunidades de origem quando isso já for possível (FUNASA, 2009).

As CASAIs são as referências para a média e alta complexidade, atualmente são 75 CASAIs ao longo do País (BRASIL, 2012j), que estão localizadas em municípios de referência dos DSEIs e outras nas grandes capitais, como a CASAI-DF que é uma CASAI nacional. Elas têm a responsabilidade de acompanhar os pacientes indígenas nos processos de referência, contra referência nas unidades de saúde de média e alta complexidade que recebem incentivos financeiros para um atendimento diferenciado ao indígena, com a possibilidade de interprete, dieta diferenciada, leitos e processo terapêutico singular conforme necessidade sociocultural, étnica e espiritual (FUNASA, 2002).

### ***3.4. Ambulatório de Saúde Indígena***

O Ambulatório de Saúde Indígena nasce da ideia dos acadêmicos indígenas da Universidade de Brasília (UnB), oriundos do Convênio nº001/2004 firmado entre a FUB/FUNAI, como parte da implementação do Plano de metas para Integração Social Étnica e racial da UnB. Os estudantes indígenas da UnB são resilientes dentro deste espaço e configuram a sua presença como parte de seu processo de demarcação política e cultural na Universidade, extrapolando as ações do projeto político – pedagógico intra e extra-muros (FRANÇA, 2017b). Para França (2016a) a inclusão dos povos indígenas nas Universidades ainda representa um fenômeno recente e, como tal, encontra-se em fase de construção de mecanismos que viabilizem as relações de trocas e diálogos necessárias para que ocorra a melhoria dessa política, assim possibilitando intercâmbios de saberes e construção e/ou (re) formulação de políticas de educação, saúde e meio ambiente.

Com o desejo de corresponder, minimamente às demandas de suas comunidades originárias, os estudantes indígenas buscaram se organizar a fim de reivindicar seus direitos e superar a resistência cultural existente dentro do universo acadêmico, o projeto do Ambulatório de Saúde Indígena (ASI) constitui um desmembramento de outras ações de extensão inicialmente desenvolvidas pelos estudantes indígenas. Hoefel (2015b) afirma que para atender as necessidades da população indígena presente na universidade, em 2011 os indígenas passam a integrar o Projeto Vidas Paralelas (PVP) do Departamento de Saúde Coletiva (DSC), criando o Projeto Vidas Paralelas Indígena (PVPI) e posteriormente, a disciplina de Saúde Indígena que representa um marco dentro do espaço acadêmico, uma vez que a disciplina permite um diálogo interdisciplinar, multicultural e social.

Segundo Hoefel et al (2012a) o projeto tinha por objetivo atuar na promoção de diálogos entre os saberes acadêmicos e os saberes tradicionais indígenas, bem como revelar e visibilizar o cotidiano de vida, cultura e trabalho dos povos indígenas a partir do olhar dos próprios sujeitos, por meio de processos de formação em cultura digital e articulação de redes sociais para fortalecimento da promoção da saúde, cultura e participação social na construção de políticas públicas. Esta aproximação com a extensão conduziu ao estreitamento das relações entre a comunidade tradicional e a comunidade acadêmica, integrando o ensino, pesquisa e extensão o PVPI e a disciplina propiciam o surgimento da demanda pela criação do Ambulatório de Saúde Indígena (ASI), cuja ideia foi advinda dos próprios estudantes

indígenas, em diálogo com as suas respectivas comunidades originárias, com o intuito de superar barreiras, como as de discriminação e promover o respeito a interculturalidade.

Naquela ocasião já se tinha o conhecimento que em São Paulo já existia um Ambulatório do Índio. O Ambulatório do Índio tem atuação na assistência à saúde desde 1965, com a Escola Paulista de Medicina (EPM) hoje atual, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), sob a demanda dos irmãos Villas Bôas e realizavam atividades clínicas no território do Parque Indígena do Xingu (PIX), com realização de cadastramento dos usuários, vacinação e em casos de média e alta complexidades, os pacientes eram encaminhados a EPM em São Paulo (BARUZZI, 2007). Perante tal contexto histórico é possível analisar que antes mesmo da criação de políticas indigenistas para a saúde a EPM já realizava ações de referência e contra referência aos pacientes indígenas do PIX, anterior a criação da própria FUNAI e a adoção dos modelos de assistência distritalizados.

De acordo com a Portaria GM / MS nº 70, de 20 de janeiro de 2004, cabe aos DSEIs a responsabilidade da atenção primária aos indígenas e a referência e contra referência aos serviços de média e alta complexidade e nesse sentido, a articulação entre os gestores dos diferentes níveis de referência da atenção à saúde é fundamental para a prestação de uma assistência contínua e integral à essa população, uma vez que cabe aos Estados e Municípios a complementariedade do cuidado.

Na perspectiva de contribuir com a atenção à saúde dos usuários indígenas referenciados a Rede de Saúde do DF, por meio da CASAI-DF, o Hospital Universitário de Brasília juntamente com o Departamento de Saúde Coletiva da UnB inauguraram em 2013, o Ambulatório de Saúde Indígena (ASI), como um dos resultados do movimento dos acadêmicos indígenas da UnB (HOEFEL, 2015b; QUEZADO, 2016; FRANÇA, 2017b).

A atividade do Ambulatório Saúde Indígena tem como propósito viabilizar o acolhimento dos usuários / pacientes indígenas referenciados pela CASAI por meio de contato mais direto com os estudantes da saúde e de áreas afins da UnB, de modo a oportunizar aos estudantes, em destaque os indígenas, a vivência dos princípios e diretrizes da Saúde Pública e, por consequência, uma aproximação do SUS como um campo de intervenção. Para exercer tal atividade em 2013, o ASI foi contemplado com o PET-Saúde Indígena da UnB constitui uma proposta que nasce no interior do processo de implantação do Ambulatório de Saúde Indígena do HUB (ASI-HUB), institucionalizado enquanto um Projeto de Extensão de Ação Contínua (PEAC) (HOEFEL, 2015b).

O ASI também almejou criar movimento de conexão dos pontos da rede de saúde do DF com o subsistema indígena nas localidades dos povos referenciados à CASAI / DF, em seus diferentes níveis de complexidade e ampliar o diálogo entre os saberes tradicionais indígenas e os saberes hegemônicos da medicina clínica científica ocidental na formação acadêmica em saúde e no cotidiano do SUS. Essas ações estão associadas ao processo de formação dos estudantes e à realização de atividades de ensino, pesquisa e extensão (QUEZADO, 2016).

Em se tratando da dinâmica de funcionamento, o HUB é referência à CASAI – DF, e o Ambulatório é atualmente a “porta de entrada” dos indígenas no Hospital Universitário de Brasília, cabendo a ele o acolhimento, o atendimento inicial e o acompanhamento, cujos processos abarcam, entre outras coisas, o desenvolvimento da escuta qualificada, a construção de projetos terapêuticos singulares e do itinerário terapêutico que os sujeitos indígenas encaminhados ao hospital vivenciam (HOEFEL et al, 2015b). Segundo Rosa (2013) o HUB é responsável por mais de 50% dos atendimentos realizados. Da totalidade de consultas realizadas pela Rede SUS-DF, 51% são realizadas pelo HUB, fato que permite vislumbrar a dimensão da responsabilidade desta Unidade (SANTOS E HOEFEL, 2014b).

O HUB responde pela maior parte do atendimento referenciado prestado à população indígena no Distrito Federal. Para a adequação do serviço prestado pelo hospital a esses povos, o HUB recebe, mensalmente um incentivo financeiro proveniente do Incentivo ao Atendimento Ambulatorial e Hospitalar à População Indígena. As adequações têm o objetivo promover a humanização do atendimento e o acolhimento aos pacientes indígenas, maior resolutividade e respeito às características culturais desses povos (HOEFEL, 2015b; ROSA, 2013)

### ***3.5. Fluxo de Atenção à saúde indígena***

A organização dos serviços de saúde para o atendimento a todas as necessidades do indivíduo está prevista no SUS. No entanto, os sistemas de saúde que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados uns dos outros, nem sempre conseguem prestar uma atenção integral e contínua à população. Este estudo tem como foco principal a análise do fluxo de atenção à saúde ao paciente indígena em articulação em rede e para isso há a necessidade de se definir alguns conceitos que serviram de subsídio para a implantação do Ambulatório de Saúde Indígena e extrema contribuição para a pesquisa, estes:

1. Fluxo de atenção:
2. Itinerário terapêutico:
3. Linhas de cuidado:
4. Procedimento Operacional Padrão (POP); e
5. Fluxograma.

Antes de definir cada um dos conceitos acima, destaca-se que no decorrer desta pesquisa, percebeu-se que no cotidiano das práticas de saúde, o conceito de fluxo de atenção muitas vezes se confunde com os demais conceitos descritos a seguir, acredita-se que essa reflexão nos “modelos de atenção à saúde” revive os momentos da Reforma Sanitária (TEIXEIRA, 2003) onde se tem inúmeras diversificações de abordagens conceituais, experiências e evidências que permite renormalizações em constante movimento (SCHWARTZ, 2004).

Ao mesmo tempo é possível observar que dentre as portarias, decretos e políticas de saúde do Ministério da Saúde, também não há a definição de fluxo assistencial ou fluxo de atenção, são remetidos a “importância de estabelecimentos de fluxos assistenciais para organização da Rede”. Ou seja, a partir da Política Nacional de Humanização (PNH) é perceptível uma mudança nas definições das práticas, conceitos e ações nos serviços de saúde.

“A humanização é entendida como uma transformação cultural da atenção aos usuários e da gestão de processos de trabalho [...] Repensar a gestão e os processos de trabalho e a tarefa de produzir saúde traz como consequência o maior entendimento desse elo vital na construção de uma rede de atenção humanizada e solidária” (HENNINGTON, 2007, p. 1).

Por conseguinte, as mudanças em alguns conceitos necessitam de revisão. Uma vez que a literatura anterior a PNH utiliza a terminologia “fluxo de atenção”, porém, não a

definem e os novos artigos, a partir da PNH tem seu conceito subjetivado associados a redes, processos, linhas de cuidado e até mesmo itinerário terapêutico permitindo uma confusão do termo, promovendo uma lacuna para a pesquisa, permitindo novos caminhos para a investigação.

Para Silva (2011, p.1), “O levantamento da estrutura, fluxos e capacidade resolutiva da atenção básica, por si, já embasa a montagem do processo regulatório”, ou seja, não conceitua o fluxo, mas afirma que a descrição e mapeamento do fluxo são importantes para os processos de regulação, como protocolos de serviços que subsidiam o processo assistencial.

Hubner (2015, p.21) ao escrever sobre Fluxo de atendimento em uma unidade básica não explica o conceito de fluxo apenas afirma que “A desorganização do fluxo de atendimento prejudica os usuários e dificulta o trabalho da equipe”.

Seguindo o objetivo proposto acima as definições dos conceitos citados são:

- **Itinerários terapêuticos:** Para Cabral et al (2001) itinerários são os caminhos/ percursos percorridos pelos usuários em busca de cuidado terapêutico, porém não necessariamente coincidem com fluxos pré-determinados e esquemas. São as escolhas feitas pelo usuário e/ou o coletivo para garantir sua promoção, recuperação da saúde através de mecanismos que podem ser de acordo com o modelo biomédico, popular ou folk (que seriam as práticas místicas ou religiosas) (KLEINMAN, 1980 apud CABRAL, 2001,p. 4434ent).

- **Linha de cuidado:** Podem ser entendidas como modelos de atenção matriciais, que integram ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e de terapêutica, como também uma visão global das condições de vida que o usuário pode acessar em qualquer momento no serviço (JUNGES, 2012; LAGROTTA, 2010).

- **Procedimento Operacional Padrão:** Para Faraco (2004) entende-se que equivale aos padrões de cuidado, que se relacionam com os direitos do cliente de receber assistência de acordo com as suas necessidades. Uma representação sistematizada do cuidado, onde descreve cada passo de forma crítica e sequencial garantindo um resultado (GUERRERO, 2008).

- **Fluxograma:** é uma técnica de mapeamento que permite o registro de ações de algum tipo e pontos de tomada de decisão que ocorrem no fluxo real (SLACK ET AL, 1997).

O cuidado a saúde deve ser pensado de modo integral, Cecilio e Merhy (2003b) afirma que “a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede” deste modo, entende-se que os serviços prestados pelos DSEI, de forma articulada com o Sistema Único de Saúde (SUS), preveem a integração e a hierarquização dos serviços com complexidade crescente, desde o nível das aldeias até as redes de atenção à saúde do SUS, fora dos territórios indígenas, ou seja, articulando com a média e alta complexidade nos serviços de referência e contra referência.

Por isso, a construção de redes de saúde aparece como a possibilidade de integrar os diversos pontos de atendimento garantindo o acesso da população aos serviços, em seus diferenciados níveis de complexidade (MENDES, 2010). Assume-se nesta pesquisa, concordando com o autor, que conceitua o seguinte:

“as redes de atenção à saúde [...] se concretizam por meio de um conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar uma atenção contínua e integral a população.” (MENDES, 2010, p. 6)

O trabalho em rede se efetiva mediante a promoção da articulação dos profissionais e serviços de saúde, a troca de informações e saberes, a tomada horizontal de decisões, baseada na cooperação, garantindo a continuidade do cuidado, do usuário e dos problemas colocados, até a sua completa resolução, de forma a contribuir para integralidade da atenção e a proteção (BRASIL, 2005f).

A organização do fluxo de usuários dentro das redes e unidades de saúde problematiza, constantemente, a capacidade de resposta do sistema e informa sobre as dificuldades para sua legitimação junto à sociedade (BRASIL, 2006g). A partir dessa perspectiva entende-se os processos regulatórios necessários para o estabelecimento do controle ao acesso aos serviços de saúde, organização sistemática para a atenção e qualificação do atendimento, minimizando agravos e atendendo aos princípios e diretrizes do SUS (BARBOSA, 2016; BRASIL, 2011i).

Franco (2003) reflete que os processos de trabalho são desafios na mudança dos serviços de saúde, uma vez que este deve estar operante nas necessidades centradas no usuário de modo integral e humanizado. Atualmente utilizamos do sistema biomédico, centrado na

patologia, ou seja, um modelo médico hegemônico, porém o saber em saúde vai além das necessidades da doença e sim das necessidades do usuário, uma vez que necessita de uma interação entre saberes e práticas, associados as tecnologias duras (baseadas em máquinas e instrumentos), leve-duras (conhecimento técnico) e leves (as tecnologias das relações) para o cuidado integral (MERHY,1998; FRANCO, 2003). O uso da tecnologia das relações é a condição para que o sistema de saúde seja promotor do cuidado.

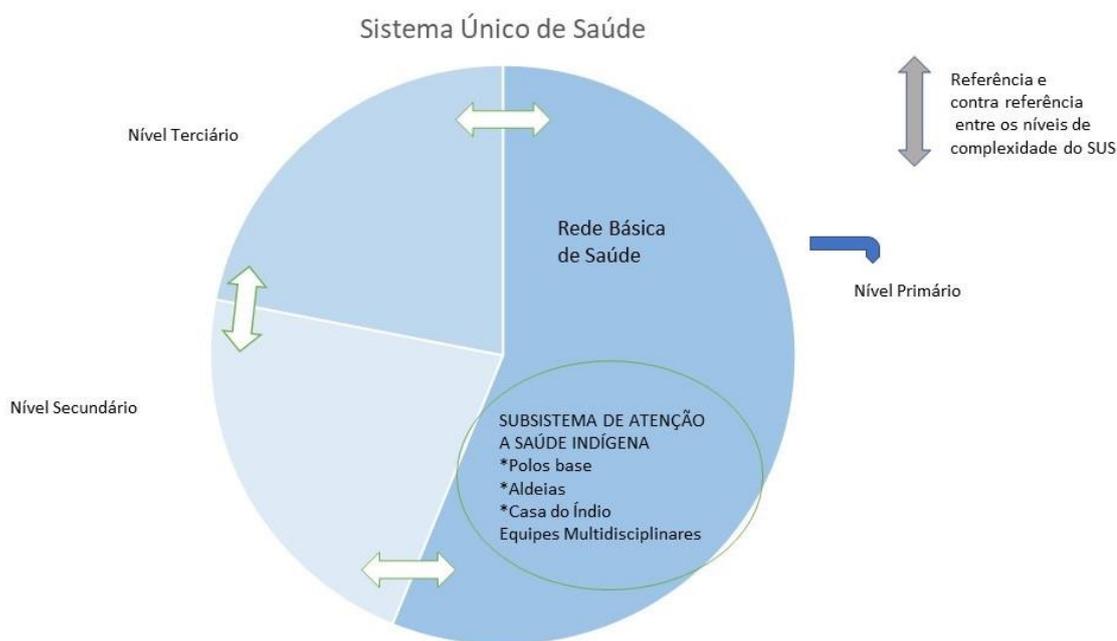
Cecilio (1997a), explica que o modelo assistencial não deve ser pensado de modo piramidal com a hierarquização dos serviços de modo estagnado e imutável, é necessário se pensar o modelo em círculos uma vez que nos dá a dimensão de estar em constante movimento e nos permite abrir possibilidades de atenção integral. Essa analogia faz uma relação direta com o objeto de estudo, o fluxo assistencial a saúde uma vez que ao se pensar em fluxo, estamos falando de algo procedimental e operacional, o que nos permite refletir que na própria literatura a palavra pode estar tornando-se obsoleta, uma vez que o próprio Ambulatório dentro de seus objetivos de criação estão intrinsecamente vinculados a Política Nacional de Humanização. Pensar nesse sentido de “movimento” de modelo de atenção trazido por Cecilio (1997a) nos faz pensar na qualificação desta porta de entrada, uma vez que são espaços de acolhimento e reconhecimento dos indígenas vulnerabilizados pelo próprio processo patológico, reconhecendo sua necessidade intercultural no cuidado no ambiente hospitalar.

A constituição da rede de serviços leva em conta a estrutura de serviços de saúde já existentes nas terras indígenas, sendo adequada e ampliada de acordo com as necessidades de cada localidade. De acordo com a Portaria GM / MS nº 70, de 20 de janeiro de 2004, cabe aos DSEIs a responsabilidade da atenção primária aos indígenas e a referência e contra referência aos serviços de média e alta complexidade e nesse sentido, a articulação entre os gestores dos diferentes níveis de referência da atenção à saúde é fundamental para a prestação de uma assistência contínua e integral à essa população, uma vez que cabe aos Estados e Municípios a complementariedade do cuidado.

A Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena estabelece a necessidade de se definir a referência para procedimentos de média e alta complexidade e o incentivo aos estabelecimentos de saúde pela oferta de serviços diferenciados com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas (como os relativos às restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérprete, visita de

terapeutas tradicionais, adaptação das acomodações, entre outros) quando considerados necessários pelos próprios usuários e negociados com o prestador de serviço (FUNASA, 2002).

**Figura 4:** Modelo de referência e contra referência à Saúde Indígena.



Fonte: Adaptação do modelo de atenção à saúde Indígena conforme Santos et al., (2008a; p.18).

Segundo o protocolo de acesso da CASAI, são atendidos os pacientes indígenas referenciados pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) para a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (Rede SUS), quando as demandas de saúde não forem atendidas no grau de resolutividade dos Polos Base.

1. DSEI de origem, por intermédio das Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI), Polos Base Tipo 1, CASAI, profissionais pertencentes à Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) ou as Centrais Municipais, Regionais ou Estaduais de Regulação realizarão o agendamento prévio da consulta ou exame do Paciente na unidade de referência. Obs.: Em casos excepcionais, quando não houver possibilidade de agendamento pela unidade solicitante e com a devida justificativa, esta poderá solicitar à CASAI executante o agendamento;

2. O DSEI, por intermédio da UBSI, Polo Base Tipo 1 ou CASAI solicitante- deverá solicitar vaga para paciente e acompanhante(s) nas CASAI executantes por meio de encaminhamento das fichas ou guias de agendamento assinadas pelo profissional de saúde e formulário de referência; e
3. Mediante a data do agendamento e confirmação do leito pela CASAI, o DSEI de origem solicitará o transporte do paciente e acompanhante(s).

O HUB responde pela maior parte do atendimento referenciado prestado à população indígena no Distrito Federal. Embora existam normatizações acerca da estruturação, os processos de trabalho são complexos, demandando negociações e pactuações constantes para que a prescrição e objetivos da norma sejam alcançados.

## 4. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa que tem como objetivo **“Análise da percepção dos profissionais e estudantes sobre o fluxo de atenção à Saúde Indígena no âmbito do ASI, CASAI, HUB no período de 2013 a 2015”**. Por entender que tais metodologias não são excludentes enquanto instrumento de análise, embora sejam diferentes quanto à forma e à ênfase, possibilitando avaliar de modo complementar os processos percorridos (CRESWELL, 2007) escolheu-se tal delineamento. Neste caso, para Brandão (1988), os saberes dos indivíduos construídos no cotidiano, da vida comunitária, são parte importante no processo de construção do conhecimento, portanto, essa modalidade busca envolver aquele que pesquisa e aquele que é pesquisado no estudo do problema a ser superado, conhecendo sua causa, construindo coletivamente as possíveis soluções.

O critério de inclusão foi a participação pregressa dos profissionais da CASAI, SESAI, HUB além dos professores, preceptores e estudantes vinculados ao Ambulatório, no fluxo de atenção à Saúde Indígena, entre 2013 e 2015.

Os instrumentos de pesquisa adotados foram constituídos por: entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE A), observação participante e diário de campo. A coleta de dados foi feita por meio de realização de cinco entrevistas, segmentadas de acordo com a organização institucional (um gestor, um professor, dois alunos e um servidor da área assistencial do HUB), para tanto, antecedeu-se a entrevista mediante a assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e de Pós-Esclarecimento – TCLE (APÊNDICE B), bem como o de autorização para os recursos de gravação (APÊNDICE C). Além disso, foi realizada uma etapa documental, na qual foram analisados instrumentos de rotina que fazem parte dos procedimentos de acompanhamento aos pacientes do ambulatório, atas, memórias de reuniões e avaliações semestrais do ambulatório. Os dados qualitativos das entrevistas e diário de campo foram analisados sob a luz da Análise de Conteúdo de Bardin (1977).

Esta pesquisa constitui desmembramento do projeto submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília intitulado **“Referência e contra referência de pacientes do Ambulatório de Saúde Indígena do Hospital Universitário de Brasília/Casa de Saúde do Índio do Distrito Federal”**, protocolo número 12527213.0.0000.0030 e encontra-se aprovado (ANEXO A). Todas as normas previstas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde serão obedecidas,

com vistas à proteção e preservação dos direitos dos sujeitos envolvidos na pesquisa. Cabe ressaltar que os estudantes indígenas sujeitos desta pesquisa constituirão também parte da equipe de pesquisadores, motivo pelo qual foi escolhida a referida metodologia descritiva.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise de dados foi realizada sob a luz do conteúdo de Bardin e permitiu dividir em quatro eixos que serão descritas a seguir.

### Eixo 1: Fluxos de assistência à saúde indígena

Durante as entrevistas os participantes puderam explicar sob sua óptica a descrição do fluxo de atenção à saúde, o que nos permitiu visualizar dois momentos de fluxos de atenção nas subcategorias: 1) que segue o modelo assistencial de acordo com a PNASPI e 2) o fluxo a partir da chegada do indígena no HUB.

No primeiro momento, os resultados indicam que todos os entrevistados têm clareza do modelo assistencial adotado pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, entendendo a lógica da articulação em rede para o processo de referência e contra referência do SUS para os pacientes indígenas.

*“ele vinha (ao HUB) referenciado pela CASAI e a CASAI que levava o paciente, marcava as consultas e levava o paciente para o HUB, ele sempre chega no hospital referenciado de algum lugar, ele não vinha direto da aldeia”. Entrevistado 01*

*“fluxo é comunidade indígena - DSEI, DSEI - CASAI, CASAI - HUB. E a partir daí o HUB quando terminava todo tipo de atendimento, liberava e dava alta para esse indígena para retornar a sua comunidade”. Entrevistado 02*

*“a ligação da CASAI é com os DSEIs [...] os DSEIs que fazem essa referência para eles, encaminha para eles e aí eles tem o processo na CASAI de agendamento, de referenciar para os hospitais de Brasília, começa pelo HUB onde tem as especialidades que o HUB atende, então a primeira referência é o HUB, aí eles entram em contato com o HUB, marcam a consulta e quando marcam essa consulta aí no período da data eles avisam”. Entrevistado 03*

*“os pacientes vinham lá do DSEI e eram encaminhados para a casai DF de acordo com as suas especialidades e eles eram divididos nos hospitais, da Criança, o Sarah e o HUB”. Entrevistado 04*

*“fluxo de assistência ele é dado desde a comunidade, os polos base onde é feito o primeiro processo de triagem Identificação do caso de*

*algum paciente se caso seja necessária vai para um hospital de referência do Estado né? que eu acredito que seja um hospital de atendimento de médio atendimento e se necessitar de um caso mais grave ele é encaminhado para o Hospital Universitário de Brasília”. Entrevistado 05*

No segundo momento, seria o fluxo deste usuário dentro do Hospital Universitário que de acordo com as entrevistas podem ser classificados em dois períodos: 1) antes da criação do Ambulatório de Saúde Indígena e 2) após a criação do Ambulatório de Saúde Indígena.

Antes da criação do Ambulatório de Saúde Indígena, já se entendia que o HUB era referência para atendimento dos indígenas que vinham da CASAI. A CASAI realizava o agendamento e no dia da consulta levava o usuário até o ambulatório da especialidade onde tinham as fichas de prioridade, o usuário entrava na consulta que aconteciam em dois momentos: um com o residente e/ou o interno de medicina e no segundo momento com o staff, nem sempre havia a possibilidade do profissional técnico ou enfermeiro da CASAI em participar de todas as consultas, o paciente saía e aguardava o momento do retorno a CASAI, na CASAI o profissional de referência realizava a evolução clínica no prontuário da CASAI.

*“aqui no campo do ambulatório ele já tinha um agendamento prévio a equipe da casai chegava porque o HUB trabalhava com uma senha de atendimento e eles tinham prioridade então HUB trabalha com o sistema de ficha então o técnico da casa aí chegava, pegava aquela fila [...]tinham prioridade um momento por um tempo o paciente [...] o HUB por ser um hospital escola a consulta acontece em dois momentos: a consulta médica no primeiro momento o interno ou residente de acordo com a especialidade e a disponibilidade para fazer o atendimento e no segundo momento o staff”. Entrevistado 04*

A partir da criação do Ambulatório de Saúde Indígena há um processo de mudança nesse fluxo, uma vez que os objetivos do Ambulatório é que este pudesse ser porta de entrada para os pacientes referenciados, seguindo os princípios da Política de Humanização do SUS com enfoque no acolhimento e humanização da assistência integral. O fluxo acontecia com a chegada do usuário na sala do ASI, nesta sala seria realizado o acolhimento com os preceptores e monitores, ao mesmo tempo o profissional responsável da CASAI pegaria a senha do atendimento, após o acolhimento o usuário era levado até a consulta da especialidade e os estudantes participavam da consulta, usuário voltava a sala do ASI para aguardar os demais e retornava à CASAI, posteriormente os estudantes e preceptores evoluíam no livro de anotações do próprio ASI.

*“a gente tentou implementar que o ASI seria porta de entrada para os indígenas [...]aí quando ele chegava no ambulatório eles eram atendidos pelos estudantes [...] sendo estudantes indígenas e não*

*indígenas e um preceptor que tinha como tarefa atender esses indígenas e orientar todo processo de atendimento”. Entrevistado 02*

*“chegando na CASAI [...] ela mandava uma agenda para o ambulatório e o ambulatório já sabia qual era os pacientes que iriam chegar e a gente pegava aquela agenda e já verificada junto com a equipe, junto com os monitores e os preceptores, já pegava aquele caso e já fazia uma análise do prontuário dele, da demanda desse paciente e a partir dessa demanda fazer o acompanhamento junto na hora da consulta. Se fosse consulta normal, se fosse internação fazer o acompanhamento na internação E se fosse urgência e se fosse indígena a gente ia lá ver a forma de atendimento então esse era o fluxo normal esse era o fluxo de funcionamento”. Entrevistado 03*

*“monitores do ambulatório de saúde indígena e iam até aquela recepção e ali tentavam fazer um atendimento breve com os pacientes e acompanhar aquela[...] eu entendo que a presença de uma pessoa de um profissional vinculado ao ambulatório de saúde indígena ele trazia um viés no atendimento por que acabava que era o controle social da forma como aquele atendimento era feito”. Entrevistado 04*

*“com a criação do ambulatório foi pactuado que ambulatório pudesse acompanhar essas consultas, o atendimento ou parte do atendimento feito na dentro do Hospital Universitário [...] Depois do atendimento que quase sempre são os primeiros atendimentos do dia do hospital, esse pessoal que vem referenciado pela CASAI, o paciente se dirige até o próprio espaço do ambulatório, uma sala dentro do hospital do próprio ambulatório de saúde indígena para aguardar os demais que serão atendidos ainda ou o que precisarão fazer exames e para seu retorno à CASAI”. Entrevistado 05*

Ao mesmo tempo, o que estes descrevem todas as etapas citadas como fluxo, o discurso acaba se encontrando com o de linha de cuidado, revisado no capítulo V onde estes são modelos assistenciais matriciais, ou seja, que realizam articulações em rede e que permitem ao usuário perpassar em qualquer momento do seu cuidado e assistência assim refletindo a argumentação teórica de Cecílio (1997) que sustenta o modelo assistencial de modo circular para ter noção do movimento. Porém, o discurso descreve o fluxo como um articulador para funcionamento da Rede de Atenção à Saúde, ou seja, todos falam em fluxos sob diversas perspectivas dissociadas dos conceitos teóricos atuais.

Ao se dizer que o “paciente veio referenciado do DSEI” estamos falando da linha de cuidado relacionada ao matriciamento. Em outro momento “quando o paciente saí do HUB, retorna a comunidade e depois volta ao HUB” se tem a ideia do fluxo relacionado as redes de referência e contra referência. Em outra citação das entrevistas quando se diz “mostrar que o fluxo de atenção não era adequado para entender o caminho de retorno a comunidade e a não

adesão ao tratamento” podemos associar ao itinerário terapêutico articulado com as linhas de cuidado em redes de atenção.

Em suma, há uma necessidade de atualização conceitual das práticas e teorias utilizadas para assegurar o direito à saúde do paciente indígena dentro do Hospital Universitário, uma vez que estas devem estar alinhadas aos objetivos do Ambulatório de Saúde Indígena e da PNH permitindo um cuidado integral. Dado a necessidade de atualização, esta poderá estar implicando no processo de trabalho dos diversos atores podendo ser um fator interveniente para a constituição do cuidado integral. Franco (2003) afirma as mudanças nos serviços de saúde partem da premissa da mudança no processo de trabalho, posto que o conhecimento do profissional pode estabelecer o vínculo com o usuário, podendo realizar um cuidado em sua integralidade.

## **Eixo 2: Fatores institucionais intervenientes para constituição de um ‘fluxo’**

Com base nas entrevistas puderam ser extraídas 6 subeixos que foram importantes para analisar os fatores institucionais. De acordo com a ordem de prioridade apareceram, porém vale ressaltar que estes resultados não são interdependentes e induziam o processo do outro.

1. Interculturalidade;
2. Comunicação;
3. Dificuldades logísticas;
4. Filosofia de gestão;
5. Aparato financeiro; e
6. Recursos humanos.

### ***Interculturalidade***

A interculturalidade também foi destaque como fator interveniente, sob duas perspectivas, uma negativa que consequentemente gerou algo positivo. É explícita a necessidade de um diálogo entre os saberes ocidentais hegemônicos e os saberes tradicionais indígenas, para assim favorecer a mudança do modelo de assistência à saúde dos povos indígenas, há uma carência de informação dos profissionais sobre estes sujeitos.

Verifica-se que em um primeiro momento foi diagnosticada as fragilidades que os profissionais do HUB tinham em relação ao atendimento aos pacientes indígenas, e a partir

desta inquietude do estudante indígena emergiu-se a necessidade de criação do ASI, com o objetivo principal de minimizar estes conflitos.

*“acho que tem outra grande dificuldade que é a questão intercultural [...] atenção era marcada por uma forte discriminação dos profissionais de saúde e pela falta de entendimento efetivo da questão indígena [...] eu fiquei sabendo que todo indígena que chegava na internação e tossisse entrava com tratamento para tuberculose sem ter feito investigação”. Entrevistado 02*

*“eu entendo que a presença de uma pessoa de um profissional vinculado ao ambulatório de saúde indígena trazia um viés no atendimento por que acabava que era o controle social da forma como aquele atendimento era feito, claro que isso não barrava situações de achar que o fato de ser indígena deveria tomar remédio anti verme não tendo nada naquela história clínica que pudesse levar levantar essa hipótese diagnóstica para essa necessidade então com o tempo amenizou mas não deixou de influenciar nesse fluxo algumas situações após o seu atendimento dentro desse fluxo” Entrevistado 04*

As características peculiares da atenção à saúde indígena, principalmente seu caráter pluriétnico, impõem a todos os atores envolvidos a permanente necessidade de reverem suas práticas, conceitos e posturas, a fim de aplicar condutas eticamente pautadas, com respeito aos diferentes valores que se manifestam na relação intercultural. Diante deste cenário, o preconceito e a discriminação impulsionaram à criação do ASI, permitindo se pensar em atendimento qualificado que pudesse atender as demandas dos indígenas em consonância com a política já existente da rede de atenção entre a CASAI-DF e o HUB.

*“parte do desconhecimento se entende que, por parte do hospital a direção tinha muita vontade em fazer o atendimento diferenciado, que atendesse, que fosse melhor para os pacientes indígenas”. Entrevistado 05*

Há a necessidade de reorientar os serviços de saúde com um enfoque intercultural para avançar com equidade e justiça social, conforme as leis que protegem os direitos indígenas.

## **Comunicação**

A subseção **Comunicação** foi considerado como um dos elementos mais importantes para constituição de um fluxo de atenção, dos 5 entrevistados 3 ressaltaram tal dado. Para Peduzzi (2001) a comunicação entre os atores atuantes são o denominador comum do trabalho em equipe e perpassa o trabalho e a interação.

*“A falta de comunicação entre os três envolvidos, tanto a CASAI, como o próprio Ambulatório Indígena e a própria instituição o HUB, é a falta de comunicação entre esses três pode interferir sim em*

*alguns processos como, as vezes chegar um paciente que a gente não sabe que ele foi pro HUB, não tem agenda, esses processos atrapalham bastante, atrapalha nosso acompanhamento do Ambulatório com os pacientes e o paciente vai direto pra consulta médica ou as vezes, está internado e a gente nem sabe que ele está internado”. Entrevistado 01*

*“Com a falta de entendimento da função do ASI, houve um problema concreto de compreensão dos objetivos do Ambulatório e a gente acabou não cumprindo com o que eles imaginavam, esse momento foi marcado de muita e muita dificuldade com a CASAI [...] então esse foi um dos grandes problemas do fluxo, foi a falta de compreensão e gerou frustração da parte deles e nossas[...] e essas dificuldades se expressaram de diversas formas, uma das formas era do não encaminhamento dos indígenas para o ambulatório, encaminhava direto para os diversos setores ”. Entrevistado 02*

*“enquanto ela não enviava (a agenda) e aí passou, teve um GAP no não envio dessa agenda e foi quando o Ambulatório de certa forma ele deu uma paralisada porque tudo isso foi no processo de negociação constante “. Entrevistado 03*

*“tem que ter uma articulação muito forte, tem que falar mesmo a linguagem, tem que entender que somos uma única equipe independente de eu estar no espaço físico e na missão CASAI ou no espaço físico missão HUB, nós fazemos parte da mesma equipe com o mesmo objetivo com a mesma Intencionalidade”. Entrevistado 03*

A dificuldade para manter o estabelecimento de uma comunicação que pudesse ser compreensível a todos (ASI, HUB e CASAI) permitiu a fragilidade de um processo que ainda estava em fase de construção e implementação. A CASAI tinha certas dificuldades em entender como se daria esse novo processo com o Ambulatório e isso acarretava mudanças no processo de trabalho, pois a CASAI deveria encaminhar sua agenda para o ASI e estes realizar acolhimento diário e em turnos pré-definidos, o que implicava na efetividade da proposta de fluxo de atenção do ASI.

A citação do entrevistado 3 explicita bem a necessidade da compreensão dos objetivos e papéis a partir dos diversos atores para a mudança no modelo assistencial aos povos indígenas. Ciampone (2000) sugere que o trabalho é mediado pela comunicação e interação de seus agentes, reforçando a necessidade do dialogo multiprofissional.

### **Dificuldades logísticas**

Nesta sessão são ressaltadas as necessidades logísticas tanto da CASAI quanto do HUB e o ASI. A CASAI na época realizava o deslocamento dos usuários até os hospitais de referência em uma van antes das 6h da manhã para que pudesse deixar todos os pacientes nos hospitais e que pudessem ser os primeiros a serem atendidos para que assim conseguissem

acompanhar o máximo de usuários possíveis e acarretava uma dificuldade em passar primeiro no ASI e depois seguir ao ambulatório da especialidade, quando estes usuários saíam da consulta, o carro para o transporte de retorno já os aguardava, inviabilizando o acolhimento pela equipe do ASI.

*“e outro problema seríssimo que a gente teve foi a forma como a CASAI levava os indígenas ao ambulatório e não respeitava a questão do tempo necessário que a gente realizasse nossas tarefas [...] então esse foi um dos grandes problemas do fluxo, de estruturação do tempo para que a gente pudesse cumprir aquilo que a gente se propõe”.*  
Entrevistado 02

Outra demanda logística destacada se refere ao fato que por mais que houvesse a abertura da gerencia do HUB, o ASI não tinha permissão de fazer a evolução da consulta do usuário no prontuário, uma vez que o prontuário é um documento no qual estão contidas informações clínicas, nutricionais, psicossociais, mas não tinha a evolução com as características interculturais.

*“a gente não fazia nada por escrito oficialmente no prontuário porque o prontuário é um documento legal do paciente e a gente acabava fazendo dentro das anotações do Ambulatório de Saúde Indígena e que isso por muito tempo foi questionado porque a partir do momento que a gente não se registra, não faz registro com a nossa presença do ASI no prontuário físico ou hoje AGHU o que é o prontuário eletrônico, a gente deixa de existir porque a gente passa a ser muito mais um observador do que na realidade parte da assistência nesse paciente indígena”.* Entrevistado 04

### **Filosofia de gestão**

Outro fator interveniente segundo a pesquisa foram as mudanças dos gestores e consequentemente, mudança na filosofia de gestão. A filosofia de gestão é denominada como *“sistema de conceitos que embasam os objetos e objetivos que constituem os alvos de racionalização, envolve valores, competências, lógicas de realização e racionalização”* (LABATUT, AGGERI, GIRARD, 2012 apud LÚCIO et al, 2014). Foram identificados que a partir do momento que havia mudanças nos gestores da CASAI, SESAI e o HUB, haviam mudanças nos valores em relação ao ASI e o que dificultava a construção e do fluxo de atenção.

*“uma alternância de gestores que atrapalha muito, cada gestor que vem com um olhar diferenciado, vem com um olhar de importância também diferenciado, tem aqueles que dizem ‘não’ eu acho que precisamos fazer alguma coisa e aqueles que acham ‘ah não vamos deixar para depois’ e não se envolvem tanto “.* Entrevistado 03

*“A CASAI não enviando mais agenda por questões acredito, por questões política de mudança de gestão a casais, a CASAI teve então essa questão que dificultou”. Entrevistado 03*

*“A construção do fluxo não foi fácil [...] é algo que tem que mexer na estrutura do hospital por completo e as vezes parece que eles entendem como se fosse uma coisa empurrada e na verdade não é, só estamos tentando construir um fluxo de atenção especial para a saúde indígena e aí dependendo de quem estiver na gestão pode achar isso é uma mera resposta pra tudo que ele precisava ter ou pode ter a concepção que só estão querendo empurrar alguma coisa dentro da estrutura”. Entrevistado 05*

De acordo com Lúcio et al (2014) para cada nova tecnologia há a necessidade de construção que combinam diversos elementos, estas são resultados de ações políticas, porém seus significados devem ir além da sua função e sim estar alinhada com os objetivos das pessoas que as criam e utilizam.

### **Aparato financeiro**

Foram identificadas que o lado financeiro tem influência direta para implementação do fluxo, quando este pode fornecer condições físicas, logísticas, de recursos humanos e dentre outros para atuação. Nos anos de 2013 a 2015, o ASI foi contemplado com o recurso do PET-Saúde e possibilitava o pagamento de bolsas de extensão acadêmica para os alunos e preceptores que atuavam no ASI.

*“há a necessidade de ofertar certas condições logísticas para funcionar em termos de que eu não consigo imaginar um trabalho nesse porte apenas como voluntariado não adianta a uma necessidade de levar as coisas a sério e para se levar uma coisa séria se precisa de um suporte financeiro para isso”. Entrevistado 03*

*“outra questão era de que as bolsas eram ligadas ao PET Saúde e o fim do PET Saúde que era um incentivo super importante”. Entrevistado 03*

Com o fim do recurso do PET-Saúde e as dificuldades para obtenção de novos recursos, houve uma redução no número de extensionistas, dado que o recurso também auxiliava na permanência do estudante na Universidade. Ao mesmo tempo o HUB passava por um momento de reestruturação com a chegada da EBSERH para assumir a gestão dos hospitais universitários ao longo do país e que demonstrava uma instabilidade orçamentária também.

*“a gente se deparava com a situação crítica de um hospital em crise”. Entrevistado 04*

Ao mesmo tempo o HUB também recebia um incentivo financeiro específico como incentivo para prestar atendimento aos povos indígenas, por parte da Secretaria Especial de Saúde Indígena. No entanto, não existiam relatos de ações pontuais de aplicação do recurso aos povos indígenas.

*“o Ambulatório dizia ‘ah se o HUB recebe tantos milhões para o indígena, tudo o que se tem direito deve ser feito’, só que na ponta do lápis a contra resposta que a gente tem da própria instituição é ‘não é bem’ assim porque o recurso parece ser muito, mas ele é muito pouco perto da quantidade de demanda[...] são os limites dos recursos financeiros [...] da situação real do hospital universitário”. Entrevistado 04*

Com isso se entende sobretudo acerca da necessidade de financiamento à saúde indígena dentro dos hospitais de média e alta complexidade para que se possa dar condições de trabalho e assim, garantir o direito a sua integralidade da assistência em saúde, respeitando os princípios da interculturalidade.

### **Recursos Humanos**

Por fim, os recursos humanos foram identificados como fatores intervenientes, visto que os recursos humanos estão relacionados ao aparato financeiro, logísticas e outras dificuldades citadas acima. Os recursos humanos do HUB são insuficientes para atender a demanda geral e no caso dos indígenas, há uma dificuldade real de assimilação sobre a questão indígena e a necessidade de formação de recursos humanos.

*“os recursos humanos da situação real do Hospital Universitário de Brasília que não é diferente dos outros hospitais públicos e que assim como vai influenciar no atendimento do paciente não indígena, também vai influenciar nos pacientes indígenas”. Entrevistado 04*

A equipe do ASI também foi destaque, pois algumas vezes era dificultoso realizar o acolhimento, ou seja, seguir o fluxo idealizado devido à falta de assiduidade dos monitores e preceptores que era incompatível com a rotina diária da CASAI.

*“o paciente que não era não era acolhido pelo ambulatório de saúde indígena com o formulário específico em um segundo momento ele era porque a questão do horário da rotina, da disponibilidade das dos preceptores e dos monitores podemos dizer que não haviam a assiduidade não havia uma rotina fixa estabelecida”. Entrevistado 04*

A situação da CASAI podemos analisar como um dos maiores entraves, em razão de ter um número reduzido de profissionais que realizavam o acompanhamento externo.

*“muitas das vezes só vem um ou dois enfermeiros acompanhando da CASAI e chegavam até 8 a 9 pacientes por turno isso sobrecarregava*

*(os profissionais) por que tinha que ficar acompanhando todos ao mesmo tempo por exemplo". Entrevistado 05*

*"e as enfermeiras ficavam nesse corre corre e auxiliava uma e outra, e ficava nisso que ao meu ver por si só, duas ou três pessoas da CASAI era pouco para as vezes 9 pacientes em um turno e muitas das vezes, tinham 3, 4 e até 6 simultaneamente e impossível de acompanhar e o ambulatório serviu para isso também". Entrevistado 05*

Porém, o fato de uma pessoa do ASI poder estar acompanhando na consulta foi um dos fatores intervenientes positivos na atenção ao fluxo e contribuindo para o trabalho em equipe.

### **Eixo 3: Fatores pessoais intervenientes para constituição de um 'fluxo'**

Os fatores pessoais de um modo ou outro estavam interligados também aos fatores institucionais. Vale destacar que durante as entrevistas enquanto pesquisadora, tomei todos os cuidados para que os fatores pessoais não pudessem "culpabilizar" o trabalhador e seus processos de trabalho, posto que os processos de trabalho estão diretamente atados, por vezes, às hierarquias institucionais.

Foi demonstrado que os valores individuais de cada monitor, preceptor, trabalhador e gestor foram os grandes pontos chave para a construção do fluxo, pois estes demonstraram que 'auxiliavam' o indígena, dentro de suas possibilidades, para que este ao chegar ao hospital não fosse desassistido.

*"eu acho que a nossa vontade de fazer, dos professores, dos preceptores e principalmente dos estudantes indígenas foi a coisa mais que facilitou, a vontade de querer fazer a coragem de fazer e de não ter medo de errar e correr atrás e de refazer". Entrevistado 02*

Ao mesmo tempo, como apareceu no subeixo recursos humanos, o compromisso e assiduidade dos preceptores e monitores do ASI, estes também refletem nos fatores individuais.

*"uma coisa individual minha que eu deveria ter ajudado mais e ter acompanhado mais pacientes indígenas". Entrevistado 01*

Outro destaque foram as relações éticas dos profissionais envolvidos quando se trabalha com as questões indígenas, quando se confronta com os desafios da interculturalidade em um processo de adoecimento, cura e morte, emissão de pareceres conforme código deontológico de cada profissão.

*“Então para mim, eu acho que o que é mais de desafiante no campo do individual é o fator ético porque não é fator ético em relação à comunidade nossa, é independente da profissão de cada um mas também do fator ético do código deontológico [...] uma vez tive que pedir um parecer de antropologia sobre aquela comunidade para de fato verificar se era algo cultural ou se tratava de fato de uma situação de violência [...] para algumas coisas então se você for ficar nessa do aspecto cultural você vai cometer até contra a legalidade do seu dever enquanto profissional notificar o Conselho Tutelar [...] então esse é o desafio você sem respeitar a questão da interculturalidade” Entrevistado 04*

Entretanto, com as dificuldades de respeito a interculturalidade e desconhecimento sobre os indígenas, repercutiam muitas vezes de modo negativo, o paciente era visto como um ser tutelado e que havia a necessidade de outras pessoas intermediarem e interpor a sua tomada de decisão. Em determinadas situações, por exemplo a FUNAI foi consultada para emitir um parecer autorizando uma conduta de um exame rotineiro, uma vez que este paciente falava português e seu acompanhante também. Assim relacionando os fatores intervenientes à formação acadêmica.

*“então quem é indígena que não está na universidade a gente pode achar que aquela pessoa não tem um poder deliberativo e eu sempre digo que a gente encontra o preceptor, monitor ou profissionais a gente sempre tem que garantir o direito deliberativo daquela pessoa e o que muito me incomodava é da gente sempre achar que a gente criticava quem proibia a voz dos pacientes indígenas, mas a gente por alguns movimentos proíbe o direito dele de falar sobre o direito da voz deles [...] mas havia o que desconhecimento eu acho que não só para a gente nos fatores individuais, mas talvez em alguns momentos pelo nosso desconhecimento da nossa formação a gente comete tantos erros dos quais a gente critica o outro e não faz a nossa auto crítica, de saber quantas vezes que a gente tá tomando a voz do outro e o outro não precisa da nossa voz para legitimar o processo de negociação e deliberar sobre uma coisa sobre muito importante que é a saúde”. Entrevistado 04*

Podemos ressaltar que os fatores individuais foram imprescindíveis para as mudanças no HUB no período de referência da pesquisa, o que permitiu identificar muitos fatores e promover o intercâmbio de experiências e a buscar modos de atender de maneira qualificada o indígena em todo seu itinerário terapêutico.

#### **Eixo 4: Potencialidades e dificuldades para constituição de um ‘fluxo’**

A potencialidade de estabelecer uma linha de cuidado ao indígena, conhecendo o itinerário terapêutico do paciente nos permite pensar em seu plano terapêutico singular, isto é, acerca de como se efetiva o processo e como deveria ser efetivado

*“efetivamente o que a gente está fazendo é transformando o ambulatório em porta de entrada e, ou seja, nenhum indígena (essa é a ideia) que chegar no hospital não vai passar no ambulatório”. Entrevistado 02*

Ao estabelecer estas práticas de atenção nos permite integrar as práticas interculturais nessa linha de cuidado, minimizando os agravos relacionados ao preconceito e a discriminação do usuário indígena. Assim como efetivando a comunicação entre os sujeitos envolvidos (ASI, HUB e CASAI) nesse processo de modo integral e construído coletivamente.

*“quando você traz a questão do fluxo o ambulatório para mim todo processo do ambulatório não foi pensado em fluxo ele foi pensado em projeto um projeto terapêutico em linha de cuidado por isso que ele se chama acolhimento”. Entrevistado 03*

A principal potencialidade seria no avanço da interculturalidade, nas práticas que permitam a autonomia do usuário, o cuidado integral a saúde e a articulação em redes.

Em síntese, as figuras abaixo demonstram as palavras mais recorrentes na análise de conteúdo, extraídas a partir do dispositivo Iramuteq, um software para análise de dados textuais, permitindo dois tipos de análises: 1) Análises sobre corpus textuais e 2) Análises sobre tabelas individuais / palavras.

Na pesquisa foram utilizadas dois parâmetros:

1) Nuvem de palavras – Agrupa as palavras e as organiza graficamente em função da sua frequência (CAMARGO e JUSTO, 2013).

2) Análise de similitude – Esse tipo de análise baseia-se na teoria dos grafos (Marchand & Ratinaud, 2012 apud CAMARGO e JUSTO, 2013) e é utilizada frequentemente por pesquisadores das representações sociais (cognição social). Possibilita identificar as ocorrências entre as palavras e seu resultado traz indicações da conexão entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura da representação.

**Figura 5:** Resumo de palavras a partir dos resultados, utilizando a nuvem de palavras extraídas do Iramuteq.





## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa evidencia a importância de investigação e atualização dos termos e conceitos relevantes às práticas de atenção à saúde bem como no que se refere a um estudo mais aprofundado acerca do conceito de “fluxo de atenção”, instigando para uma nova pesquisa que possibilite contribuir com o processo de formação profissional em saúde.

A partir das demandas explicitadas ao longo do trabalho vale refletir como a política do SUS ainda tem dificuldades para ser implementadas na ponta. O desconhecimento dos profissionais sobre os povos indígenas, infringem o princípio da equidade e integralidade que permeiam as políticas de saúde universal. Portanto, a escassez de informações sobre os usuários e suas demandas pode dificultar o êxito na criação das redes de atenção à saúde em seus diferentes pontos de atenção o atendimento integral à população, conforme os princípios constitucionais que regem o SUS.

Podemos ressaltar a importância da criação do ASI na mudança, no que tange às práticas de atenção à saúde indígena dentro do Hospital Universitário e a participação dos indígenas nesse espaço como meio de controle social e participação efetiva na construção.

O ASI é visto como um ponto positivo, que permitiu entender melhor o sistema de saúde e como pensar na melhoria de seus serviços, a partir de muitos olhares, de perspectivas diversas, sejam elas étnicas, culturais e sociais. Este se propôs realizar ações que ultrapassam o âmbito da média e alta complexidade e incluem a construção de ações capazes de impulsionar mudanças nas práticas de atenção e gestão em saúde, e desse modo configura-se em avanços ao incentivo à atenção na saúde indígena.

À partir do diálogo mais aproximado com o HUB, entre os estudantes indígenas através do ASI, os processos de formação pessoal, social e acadêmica foram possíveis, pois a proposta do ASI também contemplava mecanismos que auxiliam a articulação intersetorial, para ampliar as interfaces do Sistema Único de Saúde (SUS) com o Subsistema de Saúde indígena, bem como nas principais dificuldades que possam ocorrer na relação intercultural entre as equipes envolvidas.

Porém, podemos destacar que atualmente o presente estudo possibilita contribuir com o modelo assistencial em discussão entre o ASI, HUB e SESAI. Acreditamos que o ASI foi propulsor para recente criação da Portaria 2.663 de 11 de outubro de 2017, que dispõe sobre a regulamentação do incentivo para a atenção especializada para os povos indígenas (IAEPI). A

portaria tem por objetivo fomentar a qualificação do cuidado nos serviços de média e alta complexidade no que tange ao acesso dos povos indígenas. E o ASI por ser sediado em Brasília—desde 2013, tem buscado um diálogo com a SESAI na melhoria desses serviços e entendemos que a portaria se consolide à partir de reflexões acerca das ações do ASI.

Finalmente, a análise do fluxo de atenção neste Subsistema de Saúde Indígena fomenta avanços na linha do cuidado indígena e auxilia na organização e expansão da rede de saúde à medida que visa a articulação entre os diversos níveis de atenção em saúde voltados para os povos indígenas, tanto no que se refere à atenção hospitalar quanto à atenção básica, bem como para a garantia de continuidade do cuidado integral, desde as ações de promoção de tratamento até a reabilitação, com um itinerário ágil e oportuno, seja na atenção primária, secundária e terciária, com referência e contra referência responsável, até a recuperação completa do indivíduo.

## REFERÊNCIAS

ANAYA, S. James. **Los pueblos indígenas en el Derecho Internacional**, ed. Trotta en coedición con la Universidad Internacional de Andalucía. Madrid, 2005, p 141.

BARBOSA, Santos et al. **Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS**. Cadernos Saúde Coletiva. v. 24, n. 1, 2016.

BARUZZI, Roberto G. **A universidade na atenção à saúde dos povos indígenas: a experiência do Projeto Xingu da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina**. Saúde soc., São Paulo, v. 16, n. 2, p. 182-186, Aug. 2007.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988a**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 17 de outubro de 2017.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999b**. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nºs 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D3156.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3156.htm)>. Acesso em 24 de outubro de 2017.

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

\_\_\_\_\_. **Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973d**. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L6001.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6001.htm)>. Acesso em 17 de outubro de 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990e**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-normaatualizada-pl.pdf>>. Acesso em 21 de outubro de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. - Brasília: Ministério da Saúde.2005f. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_compro\\_crianca.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf)>. Acesso em 21 de outubro de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de implantação de complexos reguladores**. Conselho Nacional de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília; 2006g.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Presidente Lula assina MP que cria Secretaria de Saúde Indígena**. Brasília, 29 de março de 2010. Brasília, 2010h. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2010/29\\_mar\\_lula\\_secretaria.htm](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2010/29_mar_lula_secretaria.htm)>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.600, de 07 de julho de 2011i**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 8 de julho de 2011.

\_\_\_\_\_  
Ministério da Saúde. **13 anos do Subsistema: uma conquista dos povos indígenas.** Jornal Saúde indígena em foco, Brasília, 2012j. Ano 01, n.1. Abril 2012. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/13/jornalesai-0412.pdf>>.

\_\_\_\_\_  
**Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002k.** Dispõe da aprovação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Disponível em: <<http://bibliotecaatualiza.com.br/cursos/disc/sus/PORTARIA%20254.pdf>>. Acesso em 28 de outubro de 2017.

BRANDÃO, C. R. (Org.). **Pesquisa Participante.** 7 ed. São Paulo: Brasiliense, 1988.

CABRAL, Ana Lucia lobo Vianna et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, 2011, p.4434.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. **IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais.** Temas psicol., Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso)>.

**Convenção nº 169 sobre povos indígenas e tribais**, Art. 25. Disponível em: <[http://www.oitbrasil.org.br/sites/default/files/topic/gender/pub/convencao\\_169\\_portugues\\_web\\_292.pdf](http://www.oitbrasil.org.br/sites/default/files/topic/gender/pub/convencao_169_portugues_web_292.pdf)>. Acesso em 14 de outubro de 2017.

CIAMPONE, Maria Helena Trench; PEDUZZI, Marina. **Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 53, n. spe, p. 143-147, Dec. 2000

COSTA, Dina Czeresnia. **Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p.388-401, Dec. 1987. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1987000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1987000400003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 de outubro de 2017.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada.** VER-SUS, v. 13, n. 3, p. 69, 1997a.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde, v. 1, p. 197-210, 2003b.

DIEHL, Eliana Elisabeth; LANGDON, Esther Jean. **Transformaciones en la Atención a Salud Indígena: Tensiones y Negociaciones en un Contexto Indígena Brasileño.** Universitas Humanística, [S.l.], v. 80, n. 80, jul. 2015. ISSN 2011-2734. Disponível em: <<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/univhumanistica/article/view/7496>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

FARACO, Michel Maximiano; ALBUQUERQUE, Gelson Luiz de. **Auditoria do método de assistência de enfermagem.** Rev Bras Enferm, v. 57, n. 4, p. 421-4, 2004.

FARIA, Horácio; WERNECK, Marcos; SANTOS, Max André dos. **Processo de trabalho em saúde** - 2a ed. -Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed, 2009.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado**. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano, v. 2, p. 125-34, 2003.

FRANÇA, Rayanne Cristine Máximo. **O perfil da realidade do estudante indígena na Universidade de Brasília**. RELATÓRIO DE PESQUISA PIBIC AÇÕES AFIRMATIVAS UnB 2015-2016, Brasília, 2016a.

FRANÇA, Rayanne Cristine Máximo. **Análise das repercussões do Ambulatório de Saúde Indígena do HUB nos processos de formação acadêmica: olhares indígenas**. RELATÓRIO DE PESQUISA PIBIC AÇÕES AFIRMATIVAS UnB 2016-2017, Brasília, 2017b.

FREIRE, Carlos Augusto da Rocha. **Memória do SPI: textos, imagens e documentos sobre o Serviço de Proteção aos Índios (1910-1967)**. Rio de Janeiro: Museu do Índio/FUNAI, 2011.

FUNASA/Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas** – 2a edição. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2002.

GUERRERO, Giselle Patrícia; BECCARIA, Lúcia Marinilza; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. **Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 16, n. 6, 2008, p. 966-972.

HENNINGTON, Élida Azevedo. **Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia**. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 42, n. 3, p. 555-561, June 2008 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000300024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 09 Dec. 2017.

HOEFEL, Maria da Graça Luderitz et al. **O Projeto Vidas Paralelas Indígena e a construção da interculturalidade na formação em saúde: um estudo de caso**. Tempus Actas de Saúde Coletiva, v. 6, n. 1, p. 23-35, 2012a.

HOEFEL, M. G. L. ; SEVERO, D. O. ; BERMUDEZ, X. P. D. ; MERCHAN-HAMANN, E. ; CARVALHO, H. S. ; PET-SI, C. E. I. E. N. ; INDIGENA, C. P. P. . **PET-Saúde Indígena UnB: construindo redes interculturais em saúde**. Tempus: Actas de Saúde Coletiva, v. 9, p. 43-63, 2015b.

HUBNER, B.A. **FLUXO DE ATENDIMENTO INTERNO E EXTERNO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: organização do fluxo de atendimento para melhor atender a demanda**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Estratégia Saúde da Família) - Curso de Pós-Graduação em Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Juiz de Fora.

JUNGES, José Roque; BARBIANI, Rosangela. **Repensando a Humanização do Sistema**

**Único de Saúde à luz das Redes de Atenção à Saúde.** Mundo saúde (1995), p. 397-406, 2012.

LACAZ, F. A. C.; SATO, L. **Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde.** In: DESLANDES, S. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LAGROTTA, M.T. **Redes de atenção à saúde, territorialização e implementação de linhas de cuidado.** Teias/Mesquitas, 2010. Disponível em:  
<<http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1311947360515Redes%20de%20aten%E7%E3o%20a%20sa%FAde.doc>>

LANGDON, E. Jean Matteson. **Saúde e povos indígenas: os desafios na virada do século.** Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, 2000.

LUCIANO, Gersem dos Santos. **O índio brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje.** Ministério de Educação, SECAD, 2006.

LÚCIO, M. L.; DAROIT, D. ; BESSA, L. F. M.; MADURO- ABREU, A. **Sentidos e Significados de se Planejar Estrategicamente nas Organizações Públicas - Planejamento Estratégico Sociotécnico (PLANES): análise de uma experiência.** NAU Social, v. 5, p. 151-160, 2014.

MERHY, E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência.** In: REIS, A T. (Org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o Público.* SP: Xamã, 1998, p.3.

MISSIONÁRIO, CIMI–Conselho Indigenista. **A política de atenção à saúde indígena no Brasil: breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas.** Edição revisada, 2013.

ONU. Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas. UNIC: Rio de Janeiro, (2008a). Disponível em:  
<[http://www.un.org/esa/socdev/unpfi/documents/DRIPS\\_pt.pdf](http://www.un.org/esa/socdev/unpfi/documents/DRIPS_pt.pdf)>. Acesso em 10 de outubro de 2017.

ONU. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.** (2015b), Disponível em:  
<<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em 15 de outubro de 2017.

PAIM, JS. **Modelo de Atenção à Saúde no Brasil.** Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública. Estágio de vivência no SUS: o cotidiano do SUS enquanto princípio educativo, coletânea de textos / Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública. -- Salvador: SESAB, 2009. Disponível em: < <http://lce-ead.nutes.ufjf.br/constructore/objetos/Educa%E7%E3o%20Permanente.pdf#page=83>>. Acesso em: 07 out.2016.

PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia.** Rev Saúde Pública, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PONTES, Ana Lucia de Moura. REGO, Sergio e GARNELO, Luiza. **O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil.** *Ciênc. saúde coletiva*. 2015, vol.20, n.10, pp.3199-3210. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.18292014>>. Acesso em: 06 out 2016.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P.de. **O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade.** *Rev.latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dezembro 2000.

ROSA, Jéssica Camila de Sousa. **A gestão do subsistema de atenção à saúde indígena no Distrito Federal através dos itinerários terapêuticos dos povos indígenas.** 2013. 74 f., il. Monografia (Bacharelado em Saúde Coletiva)—Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

SLACK, N; CHAMBERS, S; HARLAND, C; HARRISON, A & JOHNSTON, R. **Administração da Produção.** Editora Atlas, SP, 1997

SANTOS, R. V. et al. **Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil.** In: GIOVANELLA, L. et al. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008a, p. 33-55.

SANTOS, Joalice Gonçalves; NERY, E.; Ashley Francimar da Silva Santos HOEFEL, Maria da Graça Luderitz; 2014b. **Análise da rede de atenção à saúde do Distrito Federal: perfil epidemiológico dos pacientes indígenas no HUB.** RELATORIO DE PESQUISA PIBIC AÇÕES AFIRMATIVAS UnB 2013-2014. BRASILIA, 2014.

SCHWARTZ Y. **Ergonomia, filosofia e extraterritorialidade.** In: Daniellou F, organizador. Ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos. São Paulo: Editora Edgard Blücher; 2004. p. 142-80.

SILVA, João Marcelo Barreto. A gestão do fluxo assistencial regulado no sistema único de saúde. **Brasil. Ministério da Saúde. Centrais de regulação. Regulação de acesso. Brasília (DF): Ministério da Saúde,** 2011. Disponível em: <[https://www.nesc.ufg.br/up/19/o/TEXTO\\_CURSO\\_GOIANIA\\_-\\_PARA\\_SALA\\_DE\\_AULA.pdf](https://www.nesc.ufg.br/up/19/o/TEXTO_CURSO_GOIANIA_-_PARA_SALA_DE_AULA.pdf)>

QUEZADO, Adriana Valls. **Perfil epidemiológico e sociocultural dos pacientes atendidos no Ambulatório de Saúde Indígena do HUB (ASI/HUB) no ano de 2015.** 2016. 37 f., il. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Gestão de Saúde Coletiva)—Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

TEIXEIRA, C.F. **A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços.** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, set./dez. 2003.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A



---

UnB/Universidade de Brasília

FS/Faculdade de Saúde

Departamento de Enfermagem

#### ***ROTEIRO DE ENTREVISTA***

1. Descreva o fluxo de assistência dos pacientes indígenas encaminhados pela CASAI-DF ao Hospital Universitário;
2. Identifique, a partir da sua percepção quais fatores institucionais intervenientes para a constituição e um fluxo de assistência aos pacientes indígenas no Hospital Universitário;
3. Identifique, a partir da sua percepção quais fatores individuais intervenientes para a constituição e um fluxo de assistência aos pacientes indígenas no Hospital Universitário;
4. Fale sobre as potencialidades e dificuldades relativos a implementação de um fluxo de atenção assistencial a saúde indígena.

## APÊNDICE B



---

UnB/Universidade de Brasília

FS/Faculdade de Saúde

Departamento de Enfermagem

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TLCE)**

Você está sendo convidado a participar voluntariamente do projeto de pesquisa que tem como título, **“Análise da percepção do fluxo de atenção em um Ambulatório de Saúde Indígena no Hospital Universitário”**, sob a responsabilidade do pesquisador Rayanne Cristine Máximo França. Esta pesquisa faz parte da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso, do curso de Enfermagem nessa instituição de Ensino. A pesquisa é um desdobramento do projeto original **“Referência e contra referência de pacientes do Ambulatório de Saúde Indígena do Hospital Universitário de Brasília/Casa de Saúde do Índio do Distrito Federal”**, uma iniciativa do Ambulatório de Saúde Indígena do Hospital Universitário de Brasília e do Laboratório de Saúde do Trabalhador e Saúde Indígena da Universidade de Brasília (UnB).

O projeto tem como objetivo geral **analisar a percepção dos profissionais e estudantes acerca do fluxo de atenção à saúde indígena dos pacientes referenciados ao HUB**. Serão realizadas nos serviços entrevistas individuais com registro de voz, para buscar na memória das pessoas, a sua percepção sobre o fluxo de atenção à Saúde Indígena no âmbito do ASI, CASAI, HUB no período de 2013 a 2015.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a), **será revelado apenas a categoria profissional no âmbito do fluxo de atenção, ou seja os nomes das pessoas não serão divulgados.**

A sua participação será através de uma entrevista com duração de 60 minutos, a qual será gravada por meio de gravador de voz e posteriormente transcrita. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer

questão que lhe traga constrangimento, prejuízo ou acanhamento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Você não terá que pagar (custear) quaisquer despesas com deslocamento (transporte), alimentação e hospedagem durante os dias e horários destinados para participação da pesquisa. Toda e qualquer despesa que seja parte do transporte, alimentação e hospedagem para participação da pesquisa é de responsabilidade do pesquisador.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: **Rayanne Cristine Máximo França** (61)98303-5427 ([rayanne Cristine@gmail.com](mailto:rayanne Cristine@gmail.com)) e **Profª Simone Roque Mazoni** (61) 98131-1068 ([simazoni@unb.br](mailto:simazoni@unb.br)) e a **Profª Denise Severo** (61) 981308018 [denise Severo.unb@gmail.com](mailto:denise Severo.unb@gmail.com), disponível inclusive para ligação a cobrar.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br) ou [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com), horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Fui devidamente informado e esclarecido pelos pesquisadores sobre os procedimentos envolvidos na pesquisa, bem como resultados decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo dos meus dados pessoais e de que **poderei retirar meu consentimento a qualquer momento** sem que isto leve a qualquer penalidade.

Estou de acordo com os termos lidos e estabelecidos no presente documento.

---

Nome / assinatura

---

Pesquisador responsável

Rayanne Cristine Máximo França

Local \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

**Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde  
da Universidade de Brasília – 3107-1947 / cepfs@unb.br**

## APÊNDICE C



---

UnB/Universidade de Brasília

FS/Faculdade de Saúde

Departamento de Enfermagem

**Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa**

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado, “**Análise da percepção do fluxo de atenção em um Ambulatório de Saúde Indígena no Hospital Universitário**”, sob responsabilidade de Rayanne Cristine Máximo França, acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade de Brasília.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizadas apenas para análise por parte da equipe de pesquisa, para fins de transcrição e análise de conteúdo, bem como a apresentações em conferências profissionais e/ou acadêmicas, atividades educacionais, minha participação inclui as respostas a algumas perguntas do questionário dos alunos, a qual serão gravadas somente por áudio.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

---

---

Assinatura do (a) participante  
pesquisador (a)

Nome e Assinatura do (a)

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

## ANEXOS



UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Referência e contra referência de pacientes do Ambulatório de Saúde Indígena do Hospital Universitário de Brasília/Casa de Saúde do Índio do Distrito Federal: um estudo dos fluxos e barreiras no sistema

**Pesquisador:** MARIA DA GRAÇA LUDERITZ HOEFEL

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

**Versão:** 3

**CAAE:** 56494815.1.0000.0030

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

**Patrocinador Principal:** CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLOGICO

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.258.817

**Apresentação do Projeto:**

"Resumo:

Na construção da linha de cuidado em saúde indígena do DF emergiu a necessidade de se investigar o porquê da alta frequência de retorno de usuários após o atendimento na rede de saúde. Os usuários indígenas retornam à CASAI ou à rede de saúde do DF, em função da falta de adesão ao tratamento e consequente descontinuidade do mesmo. Este estudo tem como foco principal a análise dos processos de contra referência aos DSEIs no retorno dos pacientes e acompanhantes às suas comunidades de origem por ocasião de alta e a articulação da rede básica de saúde local com a comunidade / usuário e cuidadores para a continuidade do tratamento / cuidado. Os processos terapêuticos são dificultados por inúmeros fatores de diversas origens. Entretanto, em pacientes indígenas, a não adesão e falta de continuidade nos tratamentos são dificultados por fatores culturais nem sempre percebidos pelos profissionais das equipes de saúde, quase sempre pertencentes à etnia dominante. Tal fenômeno tem sido contatado em diversos contextos. McDonald & Russ (2003) atribuem a alta taxa de mortalidade devida a doença renal terminal entre povos indígenas da Austrália e Nova Zelândia, à não adesão aos tratamentos das doenças que originaram o envolvimento renal, principalmente do diabetes. Bóia e colaboradores (2009),

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.258.817

trabalhando junto a comunidades indígenas de laureté (Estado do Amazonas, Brasil), atribuem as altas taxas de incidência de tuberculose e parasitismo intestinal ao isolamento geográfico e a não adesão aos tratamentos, por causa de fatores culturais. Oliva & Buhning (2000) e Oliva & Narváez (2009) investigaram diferenças culturais que incidem na não adesão a recomendações de dieta e tratamento medicamentoso da hipertensão arterial em indígenas do Chile. Buchillet e Gazin (1998) documentaram diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose entre comunidades indígenas do alto Rio Negro, no Brasil. Algumas delas eram decorrentes das dificuldades de acesso de determinados povos aos serviços de saúde. Álvarez-Gordillo e colaboradores (2000) pesquisaram as diferenças culturais subjacentes à falta de adesão ao tratamento da tuberculose entre indígenas e mestiços de Chiapas (México) constatando fatores culturais incompatíveis com as informações repassadas pelos profissionais de saúde. Marques e Cunha (2003) relataram a melhora da adesão ao tratamento entre indígenas do Mato Grosso do Sul, Brasil, ao ser mudada a estratégia de medicação que inclui a assistência direta. Com base nessas constatações, alguns autores (Brach & Fraserirector, 2000) propõem que os profissionais de saúde desenvolvam competências culturais para lidarem com pacientes de etnias diferentes das suas, incluindo a inserção no processo terapêutico de atores culturais tradicionais envolvidos na cura. Outros (como VidesPorras & Álvarez-Castañeda, 2013) propõem a incorporação da medicina tradicional como modelo de atenção integral à saúde. Outros ainda, propõem a estruturação de serviços especialmente desenhados para um acolhimento sensível a questões culturais, como a criação de um hospital indígena no Chile (Boccaro, 2007). A adesão aos tratamentos constitui um processo complexo em que influem fatores individuais (às vezes falsamente magnificados como dependências a substâncias psicoativas), variáveis relacionadas com a doença, características do próprio

tratamento, fatores micro-sociais de apoio e variáveis macro-sociais. Torna-se então um conceito complexo (Martín-Alfonso, 2004). Lidar com a adesão significa estabelecer uma relação dialógica entre paciente e profissional da saúde, pactuar metas horizontalmente, avaliar as dificuldades, podendo implicar no estabelecimento de alianças estratégicas com a família (aqueles de significado especial para o paciente) e com atores da comunidade. Pode requerer estabelecer grupos de pacientes (tais como os "grupos de adesão"), principalmente quando se trata de doenças estigmatizantes ou atingindo coletivos vulneráveis (Carvalho et al., 2003). Com o objetivo de aumentar o conhecimento científico sobre o tema, essa pesquisa pretende criar dispositivos que possam auxiliar a continuidade do cuidado ao paciente / usuário no retorno à comunidade, assim como fomentar a constituição de vínculo entre as equipes em todo o percurso da rede de

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** ceptsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.258.817

atenção a saúde: HUB / ASI / CASAI / DSEI / Polo Base / aldeia / UBS / Comunidade / usuário / Família / Pajé / Liderança. Os resultados da pesquisa subsidiará intervenções com impacto potencial sobre os processos de trabalho e sobre a qualidade e humanização do atendimento prestado à população indígena. Produzirá informações importantes para a conexão da rede de saúde do DF e os distritos sanitários indígenas. Buscará também identificar mecanismos que auxiliem a articulação intersetorial, para ampliar as interfaces do Sistema Único de Saúde (SUS) com o Subsistema de Saúde indígena, bem como as principais dificuldades que podem ocorrer na relação intercultural das equipes envolvidas. Para tanto, se fará uma pesquisa-ação junto ao DSEI do Xingu, tendo em vista ser o distrito com maior número de etnias por usuários referenciados para atendimento na rede SUS-DF, via CASAI-DF, no ano de 2013. Utilizar-se-á uma abordagem dialógica e problematizadora em todos os momentos da pesquisa. Será realizado inquérito para estimar a frequência de não adesão ou descontinuidade de tratamentos prescritos para doenças crônicas (diabetes, hipertensão arterial) ou doenças infecciosas endêmicas (tuberculose, hanseníase, dentre outras). Tentar-se-á investigar fatores associados a não adesão / descontinuidade. Nesse sentido, espera-se que os resultados possam auxiliar na efetivação da linha de cuidado em saúde indígena por meio da interconexão das equipes de saúde das comunidades locais (distrito sanitários) CASAI, HUB / ASI e a rede de saúde do DF em um todo. Almeja-se também que os resultados possam melhorar a relação entre profissionais e usuários e contribuir na formação dos novos profissionais de saúde, na perspectiva de que se tornem mais preparados para perceberem as diferentes realidades e contextos culturais que influenciam diretamente no modo de viver e adoecer da população brasileira, em toda a sua diversidade. Diante do exposto, acredita-se que o projeto de pesquisa proposto tem um grande potencial para contribuir para melhorias da saúde dos povos indígenas e para gerar reflexões dos processos de trabalho das equipes de saúde."

"Metodologia Proposta:

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritivo-exploratória, de abordagem quali-quantitativa, que utilizará a triangulação de métodos. Este tipo de pesquisa caracteriza-se pelo envolvimento e identificação do pesquisador com as pessoas investigadas. Minayo e Minayo-Gómez (2003) esclarecem que não há nenhum método melhor do que o outro, sendo que o bom método será sempre aquele capaz de conduzir o investigador a alcançar as respostas para suas perguntas, ou seja, desenvolver seu objeto, explicá-lo e compreendê-lo. Segundo os autores, os números (quantitativos) e categorias empíricas (qualitativas) são apenas linguagens que podem ter seus espaços específicos e adequados, sendo que a questão central da cientificidade de cada uma

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.258.817

destas abordagens é de outra ordem, relacionada à pertinência, relevância e uso adequado de todos os instrumentos. 1ª Etapa O projeto buscará nessa etapa, ouvir as comunidades por meio de instâncias de controle social, em especial o Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), lideranças das respectivas comunidades envolvidas, bem como a gestão do DSEI Xingu para incorporar questões que sejam pertinentes ao seu objeto e pactuar a realização do trabalho de campo e coleta de dados. O projeto priorizará quatro comunidades situadas na região do Alto Xingu, que encaminharam indígenas para tratamento em Brasília com maior frequência no ano de 2013. 2ª Etapa Na etapa do estudo documental, será priorizado o estudo do perfil epidemiológico das comunidades envolvidas, a revisão bibliográfica sobre o contexto sociocultural das

diferentes etnias e o mapeamento com base em dados secundários dos equipamentos de saúde existentes nos distintos níveis de atenção. 3ª Etapa A terceira etapa consistirá na coleta dos dados primários nos serviços de saúde e nas comunidades: HUB em Brasília, CASAI / DF, Divisão de Atenção à Saúde do DSEI Xingu, CASAI / Canarana - MT, Polo Base Leonardo, e Postos de Saúde Indígena de quatro aldeias selecionadas pelas lideranças indígenas. O estudo poderá coletar dados complementares em outros serviços que sejam pertinentes ao seu objeto. Nos serviços de

saúde, será realizada entrevistas individuais e ou coletivas, semi-estruturadas, aplicação de um questionário de avaliação de serviços e observação participante com os profissionais de saúde (gestores, Agentes Indígenas de Saúde e demais profissionais). Nas comunidades será realizada entrevistas individuais e ou coletivas, semi-estruturadas, e observação participante com os Agentes Indígenas de Saúde, lideranças indígenas, cuidadores tradicionais, com usuários e suas famílias. Será aplicado um questionário a pacientes que retomam de centros de referência (dentre eles o HUB), contendo variáveis referentes a gênero, idade, etnia, patologia que motivou a referência, tratamento prescrito, estimativa de adesão, dificuldades encontradas na adesão ao tratamento discriminando aquelas decorrentes do tratamento em si, da doença, de variáveis individuais, micro-sociais, macro-sociais e culturais. A análise será realizada seguindo vertentes que abrangem a complexidade do fenômeno sob estudo, de modo a configurar uma triangulação de métodos que inclui: a análise de conteúdo e a hermenêutica dialética dos dados qualitativos (Minayo et al., 2005), e a análise epidemiológica do questionário individual. Nesta última, as frequências serão documentadas como prevalências de relato. Para investigar a associação de variáveis, a variável de desfecho será a adesão aos tratamentos e os fatores de exposição serão as demais variáveis do questionário. A associação será testada pelos métodos corriqueiros (teste de chi-quadrado para dados dicotômicos com cálculo de intervalos de confiança e valor p) e método multivariado para neutralizar vieses de confundimento (Gordis,

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.258.817

2010)."

**"Critério de Inclusão:**

Pacientes indígenas atendidos pelo Ambulatório de Saúde Indígena do Hospital Universitário de Brasília residentes na região do Alto Xingu, profissionais de saúde (ocidental e tradicional), ou seja, àqueles vinculados as esferas do Subsistema de Saúde Indígena do DSEI Xingu e aos demais profissionais tradicionais das comunidades indígenas, tais como pajés, curandeiros, além de lideranças, usuários e famílias das respectivas comunidades incluídas no estudo."

**"Critério de Exclusão:**

Pessoas que não se enquadrem no perfil dos participantes de pesquisa incluídos nos critérios de inclusão."

**Objetivo da Pesquisa:**

**"Objetivo Primário:**

Investigar os fatores que influenciam o acesso e a adesão ao tratamento de saúde entre os indígenas do Xingu- MT, que são encaminhados para Ambulatório de Saúde Indígena do Hospital Universitário de Brasília – DF, no retorno as suas comunidades de origem."

**"Objetivo Secundário:**

a) Identificar aspectos socioculturais que influenciam no acesso e na continuidade dos tratamentos de pacientes indígenas nos diferentes níveis de atenção;b) Investigar a frequência de não adesão a tratamentos de algumas doenças e os fatores associados pacientes indígenas;c) Avaliar adequação das ofertas terapêuticas no âmbito da média e alta complexidade, considerados os aspectos socioculturais dos usuários;d) Identificar, por meio dos itinerários terapêuticos dos usuários, como se estabelecem as articulações entre os diferentes pontos de atenção da rede de serviços de saúde;e) Ampliar a dimensão ensino - serviço - comunidade na formação dos estudantes indígenas e não indígenas da UnB que atuam no ASI- HUB."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**"Riscos:**

Dadas as características do estudo, não há evidências de riscos. De toda forma, serão adotados todos os procedimentos para proteção, garantia do anonimato e demais processos que garantam os direitos dos povos indígenas e demais participantes não indígenas no desenvolvimento da pesquisa."

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900

**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.258.817

**"Benefícios:**

Identificação das causas relativas à falta de adesão e abandono do tratamento no âmbito do SUS, ampliação do conhecimento acerca das influências culturais nos processos terapêuticos adotados com os povos indígenas, bem como a melhoria do Subsistema de Saúde Indígena."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um projeto de pesquisa vinculado ao Laboratório de Saúde do trabalhador e saúde Indígena, do departamento de Saúde Coletiva da UnB.

Orçamento no valor total de R\$ 114.413,40, consistindo de passagem, combustível, contratação de aeronave e piloto e diárias.

Informa Cronograma de Execução de atividades Coleta de Dados ALTERADA 01/10/2017 até 30/06/2018

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

Foram analisados para emissão deste parecer os seguintes documentos apresentados ao CEP, além dos analisados anteriormente:

Informações Básicas do Projeto - ("PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_580064.pdf") postado em, 30/08/2017.

Projeto Detalhado - ("ProjetoXINGU\_CRONOGRAMA\_atualizado\_08082017.docx") postado em, 30/08/2017.

Outros - ("OFICIO\_CRONOGRAMA\_CEP.doc") postado em, 30/08/2017. Alterado e informado as modificações pela pesquisadora.

Cronograma - ("Cronograma\_ATUALIZADO\_Pesquisa\_Xingu\_2017.xls") postado em, 30/08/2017

**Recomendações:**

Não se aplica.

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

Projeto retornou ao CEP/FS/UnB para o cumprimento das pendências apresentados no parecer consubstanciado no. 2.178.260

Foi solicitado a atualização do cronograma prevendo o início da pesquisa para período posterior à

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.258.817

aprovação pelo CEP.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

**CONCLUSÃO:** Todas as pendências foram atendidas. Não há óbices éticos para a realização deste projeto. Protocolo de pesquisa está em conformidade com a Resolução CNS 466/2012 e Complementares.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

De acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

**O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_580064.pdf	30/08/2017 10:58:20		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoXINGU_CRONOGRAMA_atualizado_08082017.docx	30/08/2017 10:46:01	MARIA DA GRAÇA LUDERITZ HOEFEL	Aceito
Outros	OFICIO_CRONOGRAMA_CEP.doc	30/08/2017 10:45:19	MARIA DA GRAÇA LUDERITZ HOEFEL	Aceito
Cronograma	Cronograma_ATUALIZADO_Pesquisa_Xingu_2017.xls	30/08/2017 10:38:48	MARIA DA GRAÇA LUDERITZ HOEFEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoAutorizacaoImagemSomCEPFS16052017.doc	16/05/2017 17:02:37	MARIA DA GRAÇA LUDERITZ HOEFEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECORRIGIDOXINGU16052017.docx	16/05/2017 17:00:15	MARIA DA GRAÇA LUDERITZ HOEFEL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermodeConcordanciaDSEIEricDanielCOPARTICIPACAOSESAlcomassinatura pesquisador.pdf	06/12/2016 17:30:04	MARIA DA GRAÇA LUDERITZ HOEFEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEXINGUCORRIGIDO21112016.docx	06/12/2016 17:28:31	MARIA DA GRAÇA LUDERITZ HOEFEL	Aceito
Declaração de	TermoConcordCoparticipERICDANIAL	15/05/2016	MARIA DA GRAÇA	Aceito

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.258.817

Instituição e Infraestrutura	CANTUARIA.doc	16:32:09	LUDERITZ HOEFEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEXINGUCORRIGIDO16032016COMITE.pdf	15/05/2016 15:00:20	MARIA DA GRAÇA LUDERITZ HOEFEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEXINGUCORRIGIDO16032016COMITE.doc	15/05/2016 14:57:43	MARIA DA GRAÇA LUDERITZ HOEFEL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermodecienciaHUB.doc	15/05/2016 14:55:12	MARIA DA GRAÇA LUDERITZ HOEFEL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoSubmissaoComiteEtica.doc	15/05/2016 14:47:25	MARIA DA GRAÇA LUDERITZ HOEFEL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermodeconcordanciadacomunidadeMACARETRUMAI.doc	15/05/2016 14:46:16	MARIA DA GRAÇA LUDERITZ HOEFEL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermodeconcordanciaHUBHervaldo.doc	15/05/2016 14:43:25	MARIA DA GRAÇA LUDERITZ HOEFEL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoConcordCoparticpSESAIMS04052016.doc	15/05/2016 14:38:35	MARIA DA GRAÇA LUDERITZ HOEFEL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoConcordCoparticpSESAIMS2016.pdf	15/05/2016 14:36:51	MARIA DA GRAÇA LUDERITZ HOEFEL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoXINGU13052016.doc	15/05/2016 14:32:26	MARIA DA GRAÇA LUDERITZ HOEFEL	Aceito
Declaração do Patrocinador	Patrocinador.pdf	28/09/2015 18:35:29	MARIA DA GRAÇA LUDERITZ HOEFEL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoSubmissaoComiteEtica.pdf	28/09/2015 18:15:22	MARIA DA GRAÇA LUDERITZ HOEFEL	Aceito
Orçamento	OrcamentoXingu.pdf	28/09/2015 18:04:49	MARIA DA GRAÇA LUDERITZ HOEFEL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_concordancia_da_Comunidade_Macarea_Trumai.pdf	28/09/2015 18:00:21	MARIA DA GRAÇA LUDERITZ HOEFEL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_Ciencia_HUB_SetorPesquisa.pdf	28/09/2015 17:58:49	MARIA DA GRAÇA LUDERITZ HOEFEL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_concordancia_DSEI_Eric_Daniel.pdf	28/09/2015 17:57:43	MARIA DA GRAÇA LUDERITZ HOEFEL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermodeConcordanciaHub.pdf	28/09/2015 17:57:14	MARIA DA GRAÇA LUDERITZ HOEFEL	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900

UF: DF Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.258.817

Folha de Rosto	FolhadeRostoHoefel.pdf	28/09/2015 17:33:34	MARIA DA GRAÇA LUDERITZ HOEFEL	Aceito
----------------	------------------------	------------------------	-----------------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

BRASILIA, 04 de Setembro de 2017

---

**Assinado por:**  
**Keila Elizabeth Fontana**  
(Coordenador)

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com