

Desafios para a Atenção Primária à Saúde Indígena brasileira sob a perspectiva da gestão do trabalho

Challenges for primary Brazilian Indigenous Health Care from the perspective of work management

Desafíos para la Atención Primaria de Salud Indígena brasileña desde la perspectiva de la gestión del trabajo

Recebido: 10/01/2025 | Revisado: 13/01/2025 | Aceitado: 13/01/2025 | Publicado: 17/01/2025

Edson Oliveira Pereira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8933-8141>

Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde, Brasil

E-mail: edson.oliveira@agenciasus.org.br

Luciana Maciel de Almeida Lopes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6779-5261>

Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde, Brasil

E-mail: luciana.maciel@agenciasus.org.br

Williames Pimentel de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-2337-5555>

Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde, Brasil

E-mail: williames.pimentel@agenciasus.org.br

André Longo Araújo de Melo

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6043-2247>

Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde, Brasil

E-mail: andre.longo@agenciasus.org.br

Resumo

Enquanto a Atenção Primária à Saúde convencional enfrenta grandes desafios na promoção da saúde brasileira, a Atenção Primária à Saúde Indígena, pouco abordada pela ciência, experimenta problemática adicional aos desafios convencionais. O provimento e fixação de profissionais da área de saúde nos territórios indígenas, a adoção de processos de trabalho capazes de contemplar as necessidades e especificidades do usuário indígena e a convivência harmônica entre a medicina acadêmica e a medicina indígena compõem importantes desafios enfrentados pelos sistemas de saúde indígenas brasileiros. Este estudo objetiva explorar os desafios enfrentados pela Atenção Primária à Saúde Indígena brasileira considerando três categorias de análises: provimento e permanência de profissionais; processos de trabalho; e interculturalidade com as medicinas indígenas. Realizou-se uma pesquisa de natureza qualitativa e do tipo documental de fonte direta e indireta e reflexiva. As discussões centrais apresentadas trazem a formação intercultural como uma importante fragilidade em todas as categorias de análise, ao tempo em que se apresenta como uma potente ferramenta para avançar nos desafios propostos pelo trabalho. Assim, a conclusão apresentada neste estudo aponta a necessidade de investimentos nos processos formativos, na gestão do trabalho e nos processos assistenciais, considerando a interculturalidade como tema transversal nas ações a serem desenvolvidas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde indígena; Interculturalidade; Medicinas indígenas; Gestão do trabalho indígena.

Abstract

While conventional Primary Health Care faces major challenges in promoting Brazilian health, Primary Indigenous Health Care, little addressed by science, experiences additional problems to conventional challenges. The provision and retention of health professionals in indigenous territories, the adoption of work processes capable of addressing the needs and specificities of Indigenous users, and the harmonious coexistence between academic medicine and indigenous medicine make up important challenges faced by the health systems of Brazilian Indigenous people. This study aimed to explore the challenges faced by Brazilian Indigenous Primary Health Care considering three categories of analysis: provision and retention of professionals; work processes; and interculturality with Indigenous medicines. Documentary research was carried out using direct and indirect sources of a qualitative nature and was reflective. The central discussions presented bring intercultural training as an important weakness in all categories of analysis, at the same time it presents itself as a powerful tool to advance the challenges proposed by the work. Thus, the conclusion presented in this study points to the need for investments in training processes, work management, and care processes, considering interculturality as a transversal theme in the actions to be developed.

Keywords: Primary Health Care; Indigenous health; Interculturality; Indigenous medicines; Indigenous labor management.

Resumen

Mientras que la Atención Primaria de Salud convencional enfrenta grandes desafíos en la promoción de la salud brasileña, la Atención Primaria de Salud Indígena, poco abordada por la ciencia, experimenta problemas adicionales a los desafíos convencionales. La provisión y retención de profesionales de la salud en territorios indígenas, la adopción de procesos de trabajo capaces de atender las necesidades y especificidades de los usuarios indígenas y la convivencia armoniosa entre la medicina académica y la medicina indígena constituyen importantes desafíos que enfrentan los sistemas de salud de los pueblos indígenas brasileños. Este estudio tiene como objetivo explorar los desafíos que enfrenta la Atención Primaria de Salud Indígena brasileña considerando tres categorías de análisis: provisión y retención de profesionales; procesos de trabajo; y la interculturalidad con las medicinas indígenas. La investigación documental se realizó a partir de una fuente directa, indirecta de la naturaleza cualitativa y reflexiva. Las discusiones centrales presentadas traen la formación intercultural como una debilidad importante en todas las categorías de análisis, al mismo tiempo que se presenta como una poderosa herramienta para avanzar en los desafíos propuestos por el trabajo. Así, la conclusión presentada en este estudio apunta a la necesidad de inversiones en procesos de formación, gestión del trabajo y procesos de cuidado, considerando la interculturalidad como un tema transversal en las acciones a desarrollar.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Salud indígena; Interculturalidad; Medicinas indígenas; Gestión laboral indígena.

1. Introdução

A Constituição Federal (CF) brasileira, aprovada em 1988 (Brasil, 1988), estabeleceu, teoricamente, um novo tratamento aos povos indígenas, reconhecendo e respeitando sua identidade cultural como própria e diferenciada (organização social, costumes, línguas, crenças e tradições), assegurando o direito de permanecerem na condição de sua origem e explicitou como direito originário o usufruto das terras que tradicionalmente ocupam.

A instituição do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), como componente do SUS, por meio da Lei nº 9.836/99 (Brasil, 1990) foi um grande marco no reconhecimento das especificidades e a aprovação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) por meio da Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002, do Ministério da Saúde promoveu, sem dúvidas, um relevante avanço no que diz respeito à saúde indígena, valorização da diversidade cultural e, ainda, à promoção da cidadania desses povos (Brasil, 2002).

Em 2010, com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), criada pelo Decreto nº 7.336, de 20 de outubro de 2010 (Brasil, 2010), a responsabilidade pela gestão dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e execução das diretrizes da PNASPI ficam, até os dias atuais, sob responsabilidade da SESAI. A SESAI assumiu a responsabilidade da cobertura da Atenção Primária indígena, incluindo o grande desafio de prover profissionais de saúde para os territórios indígenas, os quais incluem regiões remotas de difícil acesso.

Embora essas sejam conquistas importantes, elas, por si só, não garantem suas implementações e sustentação pelos governos no regime de alternância de poder, a considerar o momento político vividos por esses Povos nos anos de 2019 a 2022, em que os direitos garantidos nessas Políticas foram fortemente ameaçados (Amado, 2020; Athias, 1998; Cimi, 2020).

A escassez de profissionais de saúde em áreas remotas é um tema de preocupação mundial. No Brasil, historicamente, as áreas indígenas apresentam grande dificuldade em contar com a atuação permanente de equipes de saúde, principalmente médicos, devido às dificuldades de acesso e à diversidade étnico-cultural, de forma mais acentuada nas regiões Norte e Nordeste, em especial na Amazônia Legal (Gondin, 2018).

Os sistemas de contratação de profissionais médicos, por exemplo, para cobertura da Atenção Primária à Saúde nos contextos indígenas brasileiros, até a chegada do Programa Mais Médicos (PMM), em 2013, era exclusivamente por meio de celebração de convênios entre o Ministério da Saúde com Organizações Não Governamentais, modelo de vínculo precário que persiste até os dias atuais (*Ibid*, 2018). Nesse contexto, a criação do Programa Mais Médicos pela Medida Provisória (MP) Nº

621, de 8 de julho de 2013, depois convertida na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde, constituiu um importante incremento nessa força de trabalho.

O PMM apresentou ascensão no que diz respeito ao número de profissionais e área de cobertura, por meio de médicos brasileiros, intercambistas e estrangeiros, principalmente cubanos, até a criação do Programa Médicos pelo Brasil (PMpB), instituído pela Lei Federal nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019, com a finalidade de incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade e de fomentar a formação de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade, no âmbito da Atenção Primária à Saúde no SUS, como forte demanda das entidades médicas brasileiras frente ao grande número de médicos sem registros de classe atuando nos contextos da Atenção Primária à Saúde Brasileira. A prioridade do Programa, teoricamente, é atender os vazios assistenciais do Brasil, com descrição estabelecida em lei e maior concentração de suas vagas no Norte e Nordeste do País, por meio de processo seletivo estruturado.

Recentemente, o governo brasileiro retoma a implementação do Programa Mais Médicos, por meio da Portaria GM/MS Nº 485, de 14 de abril de 2023, acrescentando novos atrativos para recrutamento de profissionais médicos para o Programa, porém mantendo o programa de provimento médico do Programa Médicos pelo Brasil.

A saúde indígena sempre foi marcada pela ausência de médicos nas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena que atuam nos territórios sob a coordenação dos 34 DSEI e resta compreender se as políticas e programas de provimento existentes, compreendem as reais necessidades em números e nos aspectos específicos dos contextos interculturais indígenas. Assim, para além da questão do acesso aos profissionais médicos, o presente estudo justifica-se pela escassez de estudos que considerem as especificidades indígenas, como também de diretrizes específicas para o provimento médico em áreas indígenas. Assim, é oportuno mecanismos de avaliação entre as diferentes estratégias de provimento médico, com vistas a operacionalização não apenas de coberturas a essas populações em vulnerabilidade, como também uma adequada gestão e implementação de políticas públicas efetivas.

Embora anteriormente sejam exploradas as perspectivas da força de trabalho médico no contexto indígena, este artigo não se limita a esta categoria profissional. Com isso, o objetivo deste trabalho é evidenciar, ao tempo em que se analisa, os principais desafios da Atenção Primária Indígena brasileira a partir da dimensão da gestão do trabalho.

2. Metodologia

Realizou-se uma pesquisa de natureza qualitativa, do tipo documental de fonte direta (Legislação e websites governamentais) e indireta (por meio de artigos) e reflexiva (Pereira et al., 2018). Considerando o objetivo central deste estudo, como também as perspectivas de abordagem trazidas como referencial teórico, trata-se de um estudo exploratório, de caráter descritivo na qual as estratégias qualitativas empregadas buscaram compreender os contextos históricos com uma revisão crítica desse percurso. Para operacionalização metodológica foi utilizado estratificadas três categorias de análise: I) Formação, Provimento e Permanência de profissionais, II) Processos de Trabalho, III) Interculturalidade e Medicinas Indígenas.

3. Resultados e Discussão

3.1 Saúde Indígena Brasileira: Enredos e contextos de luta e resistência

Os 400 milhões de povos indígenas em todo o mundo representam uma riqueza de diversidade linguística e cultural, bem como conhecimentos tradicionais e práticas sustentáveis que são recursos inestimáveis para o desenvolvimento humano. Esses povos indígenas constituem um importante pilar dessa diversidade, principalmente no âmbito cultural, pois seus saberes e práticas remetem a fatores que contribuem para a formação de sociedades atuais. Essas práticas e saberes, ainda que sofrendo constantes pressões para integração com a cultura hegemônica, majoritariamente ocidental, conseguem se perpetuar, mesmo

com a forte devastação de muitas delas. No entanto, populações indígenas permanecem na margem da sociedade em países de alta, média e baixa renda, e têm uma carga desproporcional de pobreza, doença e mortalidade em comparação com a população em geral, com um cenário de desigualdade crescente em todo o mundo (Hernandez et al., 2017).

O Convênio número 169 sobre Povos Indígenas e Tribais de 1989, firmado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), reconheceu, pela primeira vez, os direitos do coletivo indígena (OIT, 2011). Essa foi considerada a primeira conquista global pelos direitos dos povos indígenas, até que, em 2007, a publicação da Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas (UNDRIP), passou a ser considerada, até os dias atuais, como o marco histórico na defesa internacional desses povos. Sua importância foi assegurar que os direitos essenciais dos povos indígenas fossem protegidos dos interesses dos Estados, frente aos contratempos de interesses econômicos ou dos estratos sociais distintos (ONU, 2008).

A aprovação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) por meio da Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002, do Ministério da Saúde representou, sem dúvidas, um grande avanço no que diz respeito à saúde indígena, valorização da diversidade cultural e, ainda, à promoção da cidadania desses povos (Brasil, 2002). A comprovação é a obtenção de direitos, por parte dessas comunidades, e o inegável aumento da visibilidade dessa população a partir da publicação da Política, mesmo que a sua existência não garanta a sua implementação pelos governos no regime de alternância de poder, a considerar o momento político atual em que os direitos garantidos nessa política estão fortemente ameaçados (Amado, 2020; Athias, 1998; Cimi, 2020).

Porém, tratou-se de um processo lento e árduo de lutas e resistências, pois esses povos se apresentam como sobreviventes a processos que os expuseram a condições de muita vulnerabilidade, a exemplo das epidemias de doenças infecciosas provocadas pelo modo de vida após a colonização e cristianização (Brasil, 2002). As agressões e as tentativas de dizimação dos povos indígenas no início do século XVI contaram com ferramentas diversas, partindo não só de patologias desencadeadas pelo contato com o homem branco, como também do processo escravocrata, trabalho forçado, maus tratos, confinamento e sedentarização compulsória em aldeias e internatos, gerando fortes impactos negativos na autoestima, além de acentuada desestruturação social, econômica e de valores coletivos (Brasil, 2002; Brito, 2020).

Os enredos que envolvem o contexto histórico da Saúde Indígena brasileira, até a instituição da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena e de uma secretaria exclusiva para a pauta no Ministério da Saúde, são baseados em ações de saúde esporádicas⁽¹³⁾, projetos e intervenções compulsórias e não consensuais (Costa, 1987), retomada da concepção de que indígenas eram passíveis de “evolução” na ditadura militar (Martins, 2013), além do trânsito livre e encorajado de conflitos e violências no setor saúde (Ribeiro, 1982).

Entretanto, a história da saúde indígena é concentrada, principalmente, em ações assistenciais esporádicas e individuais, não evoluindo de forma que se adequasse a um modelo eficaz, sendo seus principais problemas voltados ao despreparo dos profissionais de saúde, à falta de recursos, ausência de gestão coordenada dos serviços (Costa, 1987). A ainda Fundação Nacional do Índio que mudou para Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI), ao longo de décadas de atuação, sempre se distanciava das discussões a respeito da ausência de sistemas locais de saúde, capazes de prestar assistência às necessidades sanitárias dos povos indígenas, ou seja, sistemas em que se ofereçam serviços regulares, contínuos e sistematizados, focados nos cuidados primários à saúde e na prevenção de agravos (Garnelo, 2012).

De todas as conquistas já alcançadas no campo da saúde indígena, um dos fatos mais marcantes no que diz respeito a ações públicas foi a instituição do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), como componente do SUS, por meio da Lei nº 9.836/99, conhecida popularmente como Lei Arouca por ter sido o deputado Sérgio Arouca o autor do Projeto de Lei (Brasil, 1999). Entre outras medidas, a lei transferiu as ações de saúde indígena para o Ministério da Saúde, que passou a ser responsável por estabelecer as políticas e diretrizes para promoção, proteção e recuperação da saúde do índio. Nesse mesmo

ano, o Decreto 3.156, de 27 de agosto (Brasil, 1999), delegou à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), vinculada ao Ministério da Saúde (MS), a competência para execução dessas ações (Garnelo, 2012).

Em uma análise holística desse cenário dos anos iniciais do SASI, Garnelo e Sampaio (Garnelo & Sampaio, 2005), comentaram que a terceirização, firmada por meio de convênios, foi a medida mais factível para a FUNASA implantar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em uma amplitude nacional, mesmo com uma forte centralização de poder no âmbito do DESAI, frente a um contexto desfavorável, principalmente no que diz respeito à qualidade e ao número de pessoal. As autoras expuseram, ainda, uma situação complexa e ambígua pois, se por um lado negativo a terceirização da saúde para as organizações indígenas não lhes conferiram autonomia e autogestão, exigindo delas um aprendizado de caráter burocrático para ações práticas de gestão que não são comuns às suas práticas organizacionais cotidianas, por outro lado acarretou um fortalecimento administrativo e gerencial das entidades indígenas, tornando-as mais respeitadas nas interações entre as minorias étnicas e o Estado brasileiro (Garnelo & Sampaio, 2005).

Nesse contexto foi criada, em 2002, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e regulamentada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Brasil, 2002), a partir da necessidade do setor da saúde dispor de uma política específica para os Povos Indígenas, como resultado de consultas a diferentes segmentos envolvidos direta ou indiretamente com a temática indígena (Brasil, 2002). Essa política foi construída em observância às determinações da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) e das Leis Orgânicas da Saúde, 8.080/90 e 8.142/90 (Brasil, 1990), regulamentadas pelo Decreto nº 1.356 de 27 de agosto de 1999 (Brasil, 1999), pela Medida Provisória nº 1.911-8/99 e pela Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999.

A unidade executora das ações de saúde é o DSEI que é conceituado na Política como um modelo de organização de serviços, orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, com a responsabilidade de incluir em seu conjunto de atividades e ações, racionalidade e qualidade nos serviços de atenção à saúde, cabendo ainda um reordenamento da rede assistencial e sanitária com controle social (Brasil, 2002).

Em 2010, com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), criada pelo Decreto nº 7.336, de 20 de outubro de 2010 (Brasil, 2010b), a responsabilidade pela gestão dos DSEI e execução das diretrizes da PNASPI ficaram sob responsabilidade da nova Secretaria. Essa era uma reivindicação estrutural antiga, proposta pelos povos indígenas. A SESAI assumiu, assim, a responsabilidade pela organização e prestação de ações de atenção à saúde dessas populações, anteriormente realizadas pela FUNASA.

Uma das diferenças entre as Equipes de Saúde da Família instituídas nos estabelecimentos do SUS e aquelas do SASI é a inclusão do trabalhador Agente Indígena de Saúde (AIS) e Agente Indígena de Saneamento (AISAN) que são fundamentais para a garantia da integração dos demais profissionais com as comunidades indígenas fortalecendo a atenção básica nas aldeias, uma vez tratar-se de um membro da comunidade que conhece e influi através do contato diário sobre as ações de saúde dos indivíduos em sua área de jurisdição (Brasil, 2002).

Assim, este estudo considera este contexto histórico ao qual a saúde indígena foi criada e desenvolvida, devendo as categorias de análises criadas a partir das demandas evidenciadas nos desafios históricos que, por ventura, ainda persistem, mesmo em menor grau.

Considerando o objetivo central deste estudo em explorar os desafios enfrentados pela Atenção Primária à Saúde Indígena brasileira, foram adotadas três categorias de análises a partir da contextualização e aspectos teóricos contidos no contexto ao se forma a história da gestão do trabalho na Saúde Indígena: I) Formação, Provimento e Permanência de profissionais, II) Processos de Trabalho, III) Interculturalidade e Medicinas Indígenas.

3.2 Provimento e Permanência de Profissionais: A formação como estratégia de atração

Como preparar o profissional para um contexto tão específico frente a uma formação que não considera essas especificidades? Como prover profissionais para um contexto ao qual eles não foram preparados para atuar? As fragilidades nos processos formativos, em diferentes níveis, talvez seja um dos principais fatores impeditivos para garantia de atração e permanência nos contextos culturalmente diversos, como é o caso da Saúde Indígena.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, por exemplo, destaca a formação e capacitação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), sem ênfase para os trabalhadores não indígenas. A formação dos profissionais integrados da Saúde Indígena acontece no modelo “ensino em serviço”.

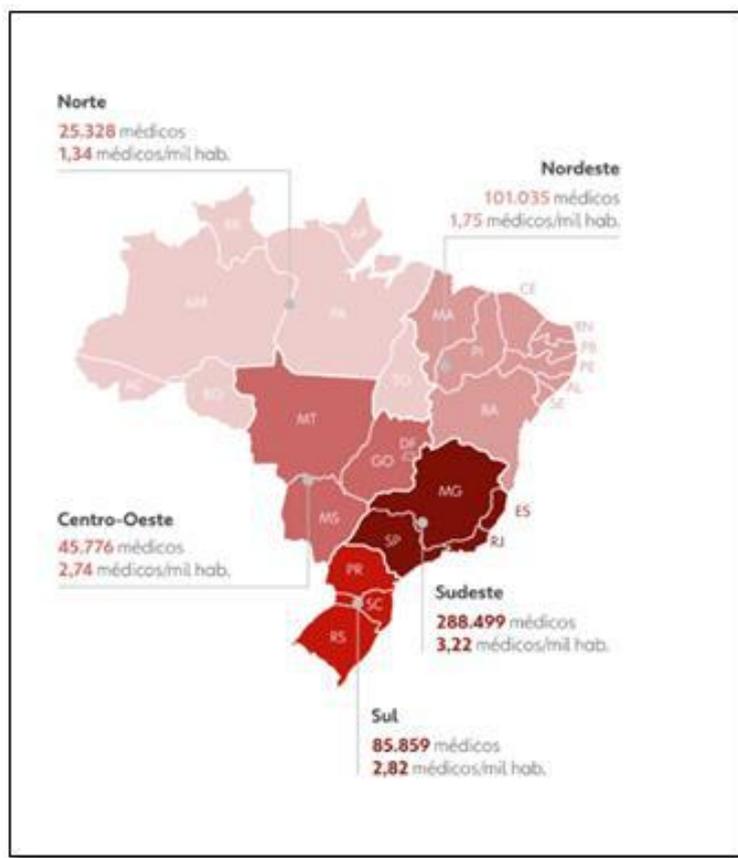
Considera-se que a precariedade dos vínculos e a gestão da força de trabalho do modelo de contratação dos profissionais grandes obstáculo para provimento e permanência dos profissionais em seus postos de trabalho na Saúde Indígena. Considera-se, ainda, o fato do acréscimo de dificuldades e barreiras associadas aos locais de difícil acesso e escalas de trabalho contínuas, que garantem de forma ininterruptas o profissional durante períodos de 10, 20 ou até mesmo 30 dias em área, para o mesmo período em descanso.

Segundo Barbosa (Barbosa, 2018), a questão da fixação profissional afeta de forma negativa os municípios brasileiros, principalmente as localidades mais remotas, devido à dificuldade de acesso às comunidades, dispersão da população, longas distâncias, problemas relacionados à infraestrutura e a deficiente qualificação dos profissionais que iriam atuar nesse cenário. Esses fatores influenciam negativamente na promoção da saúde por meio de cuidados adequados à população, principalmente nas regiões remotas e de difícil acesso, o que amplia as desigualdades regionais (Dolzane & Schweickardt, 2020).

Apesar dos avanços nas políticas públicas de saúde, algumas áreas ainda apresentam desafios importantes, principalmente os contextos indígenas que experimentam condições desiguais de acesso aos serviços preconizados pelo Sistema Único de Saúde. Os indicadores de acessibilidade aos serviços de saúde no que diz respeito a importantes princípios do SUS, como integralidade, universalidade e equidade nas diferentes regiões do país ainda se caracteriza como um desafio para inclusão de todas as pessoas indígenas, considerando suas especificidades (Dolzane & Schweickardt, 2020).

O provimento e a permanência de profissionais de saúde em áreas remotas ou de difícil acesso também se constituem num desafio para garantir o acesso universal a todas as pessoas e em todos os lugares. A falta de médicos nas equipes de saúde, por exemplo, e a concentração desses profissionais em centros urbanos mais estruturados, principalmente nas regiões Sul e Sudeste do país refletem desigualdades no que se refere a acesso de políticas de saúde (Dolzane & Schweickardt, 2020). O Programa Mais Médicos e, com menos força, o Programa Médicos pelo Brasil, conseguiu ao longo do tempo diminuir a discrepância dessas distribuições, mas em localidades remotas, principalmente com populações com perfil cultural muito diverso, ainda é persistente. A Figura 1, a seguir, apresenta a distribuição de médicos no Brasil:

Figura 1 – Distribuição de médicos por região no Brasil.



Fonte: Conselho Federal de Medicina (2022).

É imperioso que os processos formativos sejam uma estratégia central na atração de profissionais para a saúde indígena brasileira, considerando os riscos associados a inserção de profissionais sem qualquer qualificação no campo da interculturalidade. A fragilidade formativa influencia diretamente nos processos e trabalho no território, tema a ser discutido na dimensão seguinte.

3.3 Processos de Trabalho: Reaprendendo processos assistências

No Brasil, os Povos Indígenas experimentam consequências do contexto histórico ao qual a marginalização social, particularmente em relação ao acesso a serviços de saúde adequados e específicos e com interculturalidade. Os processos de trabalho ofertados a população não contemplam as especificidades dos usuários indígenas, principalmente pelos aspectos culturais associados a tradição de seus povos.

Assim, a assistência à saúde da população indígena é atravessada por fatores culturais, sociais, históricos, econômicas e políticos. Os trabalhadores de saúde envolvidos no cuidado ao indígena deparam-se constantemente com perspectivas distintas concernentes ao modelo biomédico clássico predominante nas sociedades ocidentais (Amado, 2020; Gondim, 2018).

Franco e Merhy (2012) afirmam que o cuidado é influenciado por aspectos da organização do processo de trabalho, tais como as tecnologias da saúde (equipamentos materiais e imateriais), tipo de vínculo de trabalho, educação permanente, flexibilização dos direitos trabalhistas e divisão técnica do trabalho. No contexto da Saúde Indígena Brasileira, onde evidenciam-se fragilidades históricas nesses aspectos que influenciam o processo de trabalho, é preciso ser compreendido os impactos dessas influências, como também determinar quais os perfis dos processos de trabalho estão sendo aplicados e quais são adequados.

Considerando assim que os aspectos da organização do trabalho influenciam sobremaneira a produção do cuidado, é preciso compreender de quais maneiras os aspectos interculturais ou a falta deles nos processos assistenciais influenciam tanto para aspectos negativos, como não adesão a tratamento, abandono e evasão, quanto para aspectos positivos como integração com a comunidade, estabelecimento de vínculos e combinação terapêutica da medicina acadêmica e a medicina indígena.

Segundo a ótica do processo de trabalho, o processo de cuidar pelo usuário e o processo de trabalho pelo profissional acontece durante o encontro entre trabalhador de saúde e a pessoa em um equipamento de saúde ou ambiente normatizado para tal, seja um centro de saúde ou em uma visita domiciliar. Nesse encontro entre o profissional de saúde acadêmico e o usuário indígena, são apresentadas diferentes demandas e expectativas por parte do usuário sobre o processo saúde-doença. O processo de trabalho da atenção à saúde indígena considera diversos aspectos que diferem dos aspectos considerados nos contextos convencionais, pois é condicionado além dos fatores biológicos, por determinantes históricos, como também, sociais, econômicos e culturais peculiares (Montenegro, 2006).

É imprescindível que os processos de trabalho em saúde para usuários indígena se apoiem em outros campos do conhecimento acadêmico, com vistas a aproximar as necessidades do usuário com a oferta do serviço. A integração de diferentes tipos de saberes, como os da saúde coletiva (epidemiologia, planejamento, gestão e ciências sociais). A antropologia possui um papel fundamental tanto nos processos formativos quanto nos processos de assistenciais a povos indígena, mas a associação desses conhecimentos requer a integração de profissionais não comuns em equipes de saúde. E retorna-se ao fato da formação desses profissionais a partir do modelo biomédico não construir uma postura aberta para entender abordagens dessas áreas incomuns nos processos assistenciais e, conseqüentemente, não aceitando as estratégias terapêuticas utilizadas pelos indígenas, bem como suas interpretações a respeito do processo de adoecimento e de cura.

3.4 Interculturalidade com as Medicinas Indígenas: Um novo capítulo das Ciências Indígenas

A interculturalidade, importante fator na aplicação e promoção da Assistência Farmacêutica Indígena, é conceituada como um conjunto de propostas de convivência democrática entre diferentes culturas, em busca da integração entre elas sem anular sua diversidade, “fomentando o potencial criativo e vital resultante das relações entre diferentes agentes e seus respectivos contextos” (Fleuri, 2005). A difusão do termo interculturalidade nos diversos setores do Estado proporcionou uma grande visibilidade e garantiu um discurso de reivindicação para as associações indígenas, principalmente no campo da saúde mediado entre o sistema médico ocidental e o sistema médico indígena.

As medicinas indígenas enquanto sistemas socio médicos, onde estão imersos os conhecimentos e as práticas indígenas de prevenção, promoção e recuperação da saúde, são de domínio dos próprios grupos indígenas, a partir da compreensão das ciências indígenas que são diversas e operadas por meio dos especialistas que detém o conhecimento e a técnica.

Os desafios que envolvem profissionais de saúde nos contextos indígenas são inúmeros e a interculturalidade é um fator primordial nas relações entre as medicinas indígenas e acadêmicas, como também na promoção dos processos terapêuticos. Estudos demonstram que a chegada do profissional acadêmico e do medicamento industrializado nos territórios indígenas desencoraja a atuação dos especialistas das medicinas indígenas, como também de suas medicinas ancestrais milenares, atribui este evento ao despreparo dos profissionais acadêmicos para atuação em contextos culturalmente diversos (Pereira, 2021; Pontes & Garnelo, 2014).

Além dos recursos terapêuticos como a utilização de ervas medicinais durante a gravidez para ter um parto rápido e sem dor e, posteriormente, durante o pós-parto, para preservar a saúde da criança, existem também o cumprimento de regras alimentares, tanto durante a gravidez quanto depois do parto, buscando atender a diversas finalidades: preservar a saúde da mãe e evitar que seu corpo sofra transformações indesejadas (manchas na pele, rachaduras nos pés, uma barriga grande etc.);

prevenir problemas na hora do parto; conservar a saúde da criança, já que se considera que os espíritos dos animais ingeridos podem “vingar-se”, provocando doenças. Essas regras devem ser cumpridas tanto pelas mães quanto pelos pais (Correia, 2003).

Os desafios que permeiam a atuação dos profissionais de saúde não indígena nos cenários indígenas são intensificados quando observadas a diversidade cultural desses povos, já que no Brasil vivem 306 povos indígenas, considerando o processo migratório da etnia Warao da Venezuela para o Brasil que somava 305. A interculturalidade se baseia na compreensão e no respeito, com isso é oportunizado um espaço para o conhecimento dos contextos culturais e, a partir daí, novos processos de trabalho são reaprendidos.

4. Considerações Finais

Acreditamos ter alcançado, nas linhas deste artigo, o objetivo proposto inicialmente de evidenciar, ao tempo em que se analisa, os principais desafios da Atenção Primária Indígena brasileira a partir da dimensão da gestão do trabalho.

A PNASPI configurou um importante elemento para as ações de atenção à saúde dos Povos Indígena brasileiros, mas ela por si só não é suficiente para contemplar todos os seus campos e necessidades, principalmente no campo da atenção especializada. Considera-se, ainda, que a gestão da força de trabalho indígena é um campo que merece mais destaque da PNASPI ou que haja instrumentos norteadores complementares, mais específicos e adequados aos complexos contextos aos quais são tecidos os processos de trabalho, e diretrizes para o desenvolvimento das importantes habilidades e qualificações necessárias aos trabalhadores e trabalhadoras para atendimento à interculturalidade.

A assistência à saúde da população indígena é atravessada por fatores culturais, sociais, históricos, epidemiológicos, econômicas e políticos e os processos que envolvem a gestão da força do trabalho não podem ser considerados a partir dos contextos convencionais. A difusão do termo interculturalidade nos diversos setores do Estado proporcionou uma grande visibilidade e garantiu um discurso de reivindicação para as os segmentos indígenas e indigenistas, principalmente no campo da saúde mediado entre o sistema médico ocidental e as medicinas e ciências indígenas.

Sugerimos que se realizem mais estudos sobre o tema, apresentando casos e pesquisas de campo, com fomento para o desenvolvimento e apoio da ciência nesta importante área de conhecimento, trazendo retratação científica ao fato de o contexto da gestão do trabalho na saúde indígena possuir incipientes pesquisas quando comparado ao contexto convencional. Além disso, consideramos que estudos neste campo são importantes a partir dos diferentes e heterogêneos contextos aos quais a gestão do trabalho, o trabalhador e suas relações são estabelecidos, desenvolvidas e transformadas.

Referências

- Amado, L. H. E. (2020). *Justiça Criminal e Povos Indígenas no Brasil*. São Leopoldo: Karywa, <http://apib.info/files/2020/04/Justic%CC%A7a-Criminal-ePovos-Indi%CC%81genas-no-Brasil.pdf>.
- Athias, R. (1998). Doença e cura: sistema médico e representação entre os Hupdê-Maku da região do Rio Negro, Amazonas. *Horizontes Antropológicos*. 4(9), 237-61. ISSN 0104- 7183.
- Barbosa, E. L. (2016). *Cenário das políticas públicas de fixação e provimento de profissionais de saúde no Amazonas, 1970-1990*. 119f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Gabinete da Presidência: 176 p. 1988. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>.
- Brasil. (1990a). Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.
- Brasil. (1990b). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. . Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990. Brasília: Presidência da República 1990b. <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=8080&ano=1990&ato=9f7gXSq1%20keFpWT905>

- Brasil. (1999). Lei nº 9.836, 23 de setembro de 1999. Brasília: Presidência da República 1999a. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm
- Brasil. (2002). Aprovar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Portaria Nº 254, 31 de janeiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde: 11 p. 2002. http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_254_2002.pdf
- Brasil. (1999c). 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 564, de 08 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. Decreto nº 3.156, 27 de agosto de 1999. Brasília: Presidência da República: 5 p. 1999c.
- Brasil. (2010). Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria 886, 20 de abril de 2010. Brasília: Ministério da Saúde 2010b. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0886_20_04_2010.htm
- Brito, C. A. G. D. (2020). A história da saúde indígena no Brasil e os desafios da pandemia de Covid-19. Rio de Janeiro: FIOCRUZ 2020. <http://coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-asnoticias/1779-a-historia-da-saude-indigena-no-brasil-e-os-desafios-da-pandemia-de-covid19>.
- Cimi. (2020). Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil. Brasília: Conselho Indigenista Missionário, 2020. https://cimi.org.br/wpcontent/uploads/2021/01/Porantim-429_Outubro-2020.pdf.
- Correia, C.S. (2003). "Verbete Nawa". Enciclopédia dos Povos Indígenas. Instituto Socioambiental.
- Costa, D. C. (1987). Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. Cadernos de Saúde Pública. 3(4), 388-401.
- Dolzane, R. S. & Schweickardt, J. C. (2020). Provisão e fixação de profissionais de saúde na atenção básica em contextos de difícil acesso: perfil dos profissionais de saúde em municípios do Amazonas. Trabalho, Educação e Saúde, 18(3), 2020, e00288120, DOI: 10.1590/1981-7746-so100288
- Fleuri, R. M. (2005). Entre limites e limiares de culturas: educação na perspectiva intercultural. XI ENDIPE: Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino – Igualdade e Diversidade na Educação, Goiania.
- Franco, T. B. & Merhy, E. E. (2012). Cartographies of Work and Healthcare. Tempus (Brasília). 6(2), 151- 63. <http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1120/1034>
- Garnelo, L. & Pontes, A. L. (2012). Saúde indígena: uma introdução ao tema. Brasília: Ministério da Educação/UNESCO.
- Garnelo, L. & Sampaio, S. (2005). Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de " fazer ver" e " fazer crer" nas políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 21(4), 1217-23.
- Gondim, F. S. S. (2018). *Projeto Mais Médicos Na Saúde Indígena No Brasil: Perfil E Cobertura Dos Profissionais Nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI*.
- Hernández, A. et al. (2017). Engaging with complexity to improve the health of indigenous people: a call for the use of systems thinking to tackle health inequity. *International Journal for Equity in Health*. 16(1), 1-5.
- Langdon, E. J. (1999). Saúde e Povos Indígenas: Os desafios na virada do século. V Congresso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina. Isla de Margarita, Venezuela.
- Martins, A. L. (2013). Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
- Montenegro, R. A. & Stephens, C. (2006). Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *Lancet*. 367 (9525): 1859-69. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16753489>. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)68808-9.
- OIT. (2011). Convenção nº 169 sobre povos indígenas e tribais e Resolução referente à ação da OIT / Organização Internacional do Trabalho. 5a. Brasília: Organização Internacional do Trabalho. http://portal.iphan.gov.br/uploads/ckfinder/arquivos/Convencao_169_OIT.pdf.
- ONU. (2008). Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas. UNIC/ Rio/ 023. Nações Unidas. https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_pt.pdf
- Pereira, E. O. (2021). *Assistência Farmacêutica Indígena: Brasil, Bolívia e Paraguai*. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília. Brasília.
- Pereira A. S. et al. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. [free e-book]. Editora UAB/NTE/UFMS.
- Pontes, A. M., Garnelo, L. & Rego, S. (2014). Reflection on moral issues in the relation between Indigenous people and health services. *Rev Bioet*. 22(2), 337-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222015>
- Ribeiro, D. (1982). *Os índios e a civilização*. Vozes.