



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ELSON SILVA DE JESUS
PEDRO NETO DO VALE PESSOA

**DIFICULDADES ENFRETTADAS PELOS ENFERMEIROS ATUANTES
NA SAÚDE INDÍGENA DE ITAITUBA, PARÁ, BRASIL**

ELSON SILVA DE JESUS
PEDRO NETO DO VALE PESSOA

**DIFICULDADES ENFRETTADAS PELOS ENFERMEIROS ATUANTES
NA SAÚDE INDÍGENA DE ITAITUBA-PARÁ-BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à faculdade
de Itaituba para obtenção do título de Bacharel em
enfermagem.

Orientadora: Mestra Rosangela de Aguiar Rodrigues

Itaituba - PA
2023

ELSON SILVA DE JESUS
PEDRO NETO DO VALE PESSOA

**DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS ENFERMEIROS ATUANTES
NA SAÚDE INDÍGENA DE ITAITUBA, PARÁ, BRASIL**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de Bacharel
em Enfermagem.

Orientadora: Mestra Rosangela de Aguiar Rodrigues

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____

Prof. Rosangela de Aguiar Rodrigues, Mestre.

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof. Nome, titulação.

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof. Nome, titulação.

Resultado: _____ Nota: _____

Data: ____ de março de 2023.

À Deus, por iluminar nossos caminhos durante a graduação e no decorrer deste trabalho. A fé que temos no Senhor foi combustível para disciplina, persistência e força. Por todas as bênçãos que recaíram, não só sobre nós, mas também sobre todos aqueles que amamos.

AGRADECIMENTO

Aos nossos familiares, por toda a base e pelo imensurável apoio, que nos contribuiu para a realização deste Curso.

Aos amigos, que sempre estiveram ao nosso lado dando todo apoio, também pela amizade absoluta ao longo de todo esse período de tempo em que nos dedicamos a este trabalho.

Aos professores, por todos os conselhos, ajuda, paciência e pelos ensinamentos e correções que nos toleraram apresentar um mais perfeito desempenho nesse processo de desenvolvimento profissional ao longo deste curso.

A todos que participaram, direta ou indiretamente do desenvolvimento deste trabalho de pesquisa, enriquecendo o nosso processo de aprendizado.

Às pessoas com quem convivemos ao longo desse período de curso, que vinheram nos incentivar e que com certeza trouxeram impacto em nossa formação acadêmica.

Aos colegas de turma, por compartilharem conosco tantos momentos de descobertas e aprendizado e por todo o companheirismo ao longo deste percurso.

À Faculdade de Itaituba, que foi essencial nesse processo de formação profissional, pela imensa dedicação, e por todo aprendizado ao longo dos anos do curso. Sua direção, corpo docente e administração que nos oportunizaram a janela que hoje enxergamos um horizonte de forma superior, elevado por uma confiança no mérito e na ética presente.

À Mestre Rosangela de Aguiar Rodrigues, somos extremamente gratos por nos ajudar no progresso acadêmico, sendo a responsável por orientar nosso trabalho. Agradecendo assim, por nos esclarecer inumeráveis dúvidas e ser de uma forma tão gentil e paciente. Não deixaremos passar nem um dia sem reconhecermos que hoje não seríamos os mesmos seres humanos se você unicamente não fosse dessa forma.

O Cuidar não é competência apenas do Sistema de Saúde. É uma responsabilidade alçada à Vida Individual e Coletiva.

Fernando Matos

RESUMO

O cuidado a população indígena é permeado por diversas barreiras, o que a torna muito desafiante, devido sua diversidade cultural. Ante o exposto questiona-se: quais as dificuldades encontradas num contexto intercultural entre enfermeiro e população indígena? E como são enfrentadas? O presente estudo tem relevância social, histórica e acadêmica, uma vez que busca elencar as reais dificuldades existentes que os enfermeiros precisam enfrentar dia a dia, para que este possa manter de forma efetiva a promoção e proteção da saúde, visando uma qualidade de vida de toda a população indígena, prestando a esses povos os cuidados preventivos e terapêuticos, e possam traçar planos de tratamento adequados no intuito de redução das internações hospitalares. A presente pesquisa teve como objetivo geral, analisar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na saúde indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) - Rio Tapajós. Trata-se de um estudo teórico empírico do tipo descritivo-exploratório de levantamento, com abordagem quantitativa, realizado com dez enfermeiros atuantes na saúde indígena do DSEI Rio Tapajós. Dentre os resultados alcançados, houve um número equiparado quando relacionado ao sexo, sendo que o principal motivo que os levaram a trabalhar na saúde indígena foi o financeiro, visto que os DSEI's oferecem hoje os salários mais atrativos para os profissionais da saúde. Diferindo dos estudos anteriores que mostraram um motivo mais subjetivo, como a necessidade/vontade de conhecer novas culturas, novas línguas e se identificar com área. Quanto as dificuldades, evidenciou a comunicação como fator preponderante, assim como a diversidade cultural da população indígena. Deste modo, faz-se necessário focar em educação permanente para os enfermeiros principalmente voltada para o respeito as práticas culturais, conhecimentos das línguas dos povos nativos, e com isso, traçar capacitações baseada das diretrizes da Atenção Primária à Saúde (APS), com foco na qualidade do cuidado mediante a comunicação entre as partes envolvidas.

Palavras-chave: Saúde Indígena. Dificuldade. Comunicação. Interculturalidade. Enfermeiro.

ABSTRACT

Care for the indigenous population is permeated by several barriers, which makes it very challenging, due to its cultural diversity. In view of the above, the question is: what are the difficulties encountered in an intercultural context between nurses and the indigenous population? And how are they tackled? The present study has social, historical and academic relevance, as it seeks to list the real existing difficulties that nurses need to face on a daily basis, so that they can effectively maintain the promotion and protection of health, aiming at a quality of life of the entire indigenous population, providing these peoples with preventive and therapeutic care, and can draw up adequate treatment plans in order to reduce hospital admissions. The general objective of this research was to analyze the difficulties encountered by nurses in indigenous health in the Special Indigenous Sanitary District (DSEI) - Tapajós River. This is an empirical theoretical study of the descriptive-exploratory type of survey, with a quantitative approach, carried out with ten nurses working in the indigenous health of the DSEI. Among the results achieved, there was an equal number when related to gender, and the main reason that led them to work in indigenous health was financial, since the DSEI's currently offer the most attractive salaries for health professionals. Differing from previous studies that showed a more subjective motive, such as the need/desire to get to know new cultures, new languages and identify with the area. As for the difficulties, communication was highlighted as a preponderant factor, as well as the cultural diversity of the indigenous population. Thus, it is necessary to focus on permanent education for Nurses, mainly focused on respect for cultural practices, knowledge of the languages of native peoples, and with that, tracing training based on the APS guidelines, focusing on the quality of care through the communication between the parties involved.

Keywords: Indigenous Health. Communication. Permanent Education. Interculturality.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Histórico da Saúde Indígena.....	25
Quadro 2 -	Distribuição do DSEI Rio Tapajós quanto a sede, os polos e as CASAI's.....	31
Quadro 3 -	Os motivos que levaram os entrevistados a ingressar na Saúde Indígena.....	40
Quadro 4 -	Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros na (s) aldeia (s) sob responsabilidade do DSEI Rio Tapajós.....	41
Quadro 5 -	Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros que atuam na saúde indígena do DSEI Rio Tapajós.....	43
Quadro 6 -	A opinião dos enfermeiros quanto a necessidade de aprender e/ou aprimorar sua conduta profissional.....	45

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas e suas respectivas localizações pelo território nacional.....	26
Figura 2 -	Modelo de Referência e Contrarreferência adotado pela PNASPI nos Distritos Sanitários.....	27

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Gênero dos enfermeiros entrevistados. Fonte: Elaborado por Jesus e Pessoa (2023).....	35
Gráfico 2 -	Faixa etária dos participantes da pesquisa. Fonte: Elaborado por Jesus e Pessoa (2023).....	37
Gráfico 3 -	Raça/cor dos participantes da pesquisa Fonte: Elaborado por Jesus e Pessoa (2023).....	37
Gráfico 4 -	Identificação do estado civil dos participantes da pesquisa Fonte: Elaborado por Jesus e Pessoa (2023).....	38
Gráfico 5 -	Profissionais que possuem especialização em Saúde Indígena Fonte: Elaborado por Jesus e Pessoa (2023).....	39
Gráfico 6 -	Quantidade de capacitações/treinamentos recebidos pelos enfermeiros entrevistados do DSEI Rio Tapajós Fonte: Elaborado por Jesus e Pessoa (2023).....	46

LISTA DE ABREVIATURAS

AIS	- Agente Indígena de Saúde
APS	- Atenção Primária à saúde
CASAI	- Casa de Saúde do Índio
CIMI	- Conselho Indigenista Missionário
DANT	- Doenças e Agravos não Transmissíveis
DSEI	- Distrito Sanitário Especial Indígena
EMSI	- Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena
EP	- Educação permanente
FUNAI	- Fundação Nacional do Índio
FUNASA	- Fundação Nacional de Saúde
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	- Infecções sexualmente transmissíveis
MS	- Ministério da saúde
NASI	- Núcleos de Apoio à Saúde Indígena
PNASPI	- Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNEPS	- Política Nacional de educação Permanente em Saúde
Sasi-SUS	- Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS
SESAI	- Agente Indígena de Saúde
SIASI	- Sistema de Informação da atenção à Saúde Indígena
SUS	- Sistema Único de Saúde
SUSA	- Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UBSI	- Unidade Básica Saúde Indígena

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
2.1	HISTÓRIA DOS INDÍGENAS NO BRASIL.....	15
2.2	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.....	16
2.3	POLÍTICAS DE ATENÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL.....	18
2.4	ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS NO BRASIL NO CONJUNTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	20
2.5	A INSTAURAÇÃO DA FUNAI E DA FUNASA.....	22
2.5.1	Fundação Nacional do Índio - FUNAI.....	22
2.5.2	Fundação Nacional de Saúde - FUNASA.....	23
2.6	A CONSTITUIÇÃO FEDERAL E A LEI AROUCA: CAMINHOS PARA A CRIAÇÃO DO DSEI.....	24
2.7	O DISTRITO SANITÁRIO DE SAÚDE INDÍGENA.....	26
2.8	PAPEL DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE INDÍGENA.....	28
2.9	O DSEI RIO TAPAJÓS.....	30
3	METODOLOGIA.....	32
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	32
3.2	LOCAL DE COLETA.....	33
3.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	33
3.4	ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	33
3.5	ANÁLISE DOS RISCOS E BENEFÍCIOS.....	34
3.6	ASPCTOS ÉTICOS.....	34
4	RESULTADO E DISCUSSÃO.....	35
4.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICOS DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA SAÚDE INDÍGENA NO DSEI RIO TAPAJÓS.....	35
4.2	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS ENFERMEIROS NO CUIDADO À POPULAÇÃO INDÍGENA SOB RESPONSABILIDADE DO DSEI RIO TAPAJÓS.....	39
4.3	DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS ENFERMEIROS NA SAÚDE INDÍGENA DO DSEI RIO TAPAJÓS.....	43
5	CONCLUSÃO.....	49
	REFERÊNCIAS.....	51

ANEXO A.....	57
ANEXO B.....	59
ANEXO C.....	61
ANEXO D.....	62
ANEXO E.....	64

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos dados emitidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população indígena foi considerada em 817.963 pessoas, representando assim, cerca de 0,4% de toda população brasileira, localizados tanto em áreas rurais quanto em urbanas de todo território nacional (IBGE, 2010).

A realidade da população indígena no Brasil é das mais diversas, uma vez que existem povos isolados. Há nativos que recentemente tiveram contato com a sociedade e ainda alguns grupos indígenas que há décadas convivem com o Estado e suas diversidades sociais; além do mais, povos que vivem à beira de estradas, em barracos sem saneamento básico, em condições precárias. Entretanto, todos esses povos têm fatores em comum, especificamente, os direitos negados e violados pelo poder público (RELATÓRIO..., 2017).

Em se tratando dos povos indígenas, prestar assistência de enfermagem, sempre foi e continua muito desafiante, pois há uma grande diferença entre culturas, e isso por si só traz consigo uma gama de dificuldades que os enfermeiros enfrentam no dia a dia, entre tantas outras. De acordo com o citado, para o cuidado e inclusão da saúde indígena, entender essas dificuldades, respeitar as particularidades e atender os demais princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de integral e universal, sendo assim, necessário reconhecer que a diversidade sociocultural do indígena é ampla, visto que convivem em territórios geográficos, sociais e políticos desiguais (POTTER, 2018).

Tendo assim, como a principal questão norteadora: quais as dificuldades encontradas num contexto intercultural entre enfermeiro e população indígena? E como são enfrentadas?

Sendo assim, a presente pesquisa tem como objetivo geral, analisar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na saúde indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) - Rio Tapajós. Bem como, demonstrar o perfil sociodemográfico dos enfermeiros que atuam na saúde indígena; descrever as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros frente as ações de Atenção Primária, voltadas à população indígena; e, apontar as principais dificuldades que o enfermeiro enfrenta durante a execução de suas atividades com os cuidados aos indígenas.

Este estudo buscou contribuir para uma reflexão aprofundada sobre as dificuldades do enfermeiro em relação a assistência de enfermagem com os povos

indígenas. A motivação se deu pelo fato de existir culturas diferentes entre os profissionais de saúde e o respeito que se deve ter com os saberes desses povos com os saberes da ciência.

Tendo em vista esse contexto, buscou-se criar informações para que sejam realizadas reflexões acerca do tema, e propor estratégias para que se despeça uma ótima assistência aos povos indígenas, contribuindo, para a classe dos enfermeiros que proporcionam cuidados a esse grupo.

A relevância desse estudo fica evidente, pois é importante que o enfermeiro tenha conhecimento das reais dificuldades existentes que eles precisam enfrentar dia a dia, para que este possa manter de forma efetiva a promoção e proteção da saúde, visando uma qualidade de vida de toda a população indígena, prestando a esses povos os cuidados preventivos e terapêuticos, bem como traçar planos de tratamento adequados no intuito de redução das internações hospitalares.

Este trabalho estruturou-se em cinco capítulos, o primeiro discorre há cerca da apresentação do tema; sucedido pela fundamentação teórica, relacionada a publicações e estudos da área; o terceiro trata-se da metodologia da pesquisa; seguido dos resultados e discussão, obtida por meio de coleta e análise dos dados; o quinto expõe a conclusão, ressaltando as relevâncias do trabalho, com foco no alcance dos presentes objetivos, encerrando-se com as referências.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 HISTÓRIA DOS INDÍGENAS NO BRASIL

Os primitivos povos do Brasil foram os índios, descobertos pelos portugueses, por volta de 1500. Pedro Álvares Cabral deslumbrou-se com a formosura das índias e as riquezas naturais. A população, nesse período foi estimada por volta de 5 milhões. Com isso, os dados do Instituto Geográfico Brasileiro e Estatístico (2010), apontam que esses povos não passavam de 800 mil em toda região brasileira. Hoje os indígenas estão situados em vários estados do Brasil, tendo sua maior concentração numa grande parte da região norte (BARBOSA *et al.*, 2016).

De acordo com Brasil (2007), a Fundação de Saúde relata que as aldeias indígenas são localizadas nos 24 estados, 432 municípios, 336 polos-base, 4.413 aldeias, inteirando 615 terras indígenas. Porém essa população está localizada na maior parte em pequenos municípios da imensa região amazônica, no qual, estabelece um grande desafio para que todos esses programas do governo e os sistemas de informação chegue até eles devido os problemas infra estruturais e tecnológicas dessa região.

Quadros (2016) afirma que no Brasil essas políticas públicas em saúde para essa classe indígena tiveram início no século XX, com a implantação dos Serviços de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), na qual os povos da zona rural e os indígenas, começaram a ingressar nos serviços composto por diagnósticos, tratamento e a prevenção das enfermidades endêmicas, no qual, teve uma significativa redução na mortalidade perante as epidemias.

Porém por volta de 1967 fundou-se o instituído conhecido como Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que era composta por equipes volantes contendo profissionais, enfermeiros, médicos, técnicos de laboratório e odontólogo, que nessa época, apresentava um elevado gasto e uma baixa efetividade, onde eram muitos criticados.

Nesse contexto de saúde coletiva, a saúde do índio passa por dois sistemas de cura com visão e práticas desiguais, onde de um lado tinha a norma indígena em saúde com seus métodos e práticas de cuidado e cura incluso de seus primitivos costumes, e por outro lado estaria o sistema médico ocidental com seus métodos e técnicas de cura envolvidas no conhecimento científico. Nesse caso, o Indígena tinha a certeza que a enfermidade de um indivíduo era um acontecimento que ocorre a

respeito da vida de pessoas em afinidade íntima com o corpo social sendo mais pela coletividade que pelo individual (MARTINS, 2017)

Portanto, Mendonça (2005) esclarece em sua pesquisa que a saúde indígena tem se assinalado como o campo de atuação exclusivo dentro da saúde grupal tendo como qualidade mais expressiva a interculturalidade. Os lócus do aprendizado dos demais profissionais da saúde volvida aos povos indígenas é o conjunto intercultural, pois é um ambiente onde dois princípios de cura com visões e práticas distintas são postos a dialogo.

De uma parte as normas usadas por médicos ocidentais, com seus conhecimentos e práticas ancorados no modelo da racionalidade científica. Da outra parte, os princípios indígenas de saúde com seus métodos de cuidado e cura representado de um conhecimento não validado em inscritas num universo cultural qualificado. Neste ambiente de interlocução, o que se descobre é a coexistência de duas sociedades, de dois sistemas médicos apontados e em generosa desigualdade de poder (MENDONÇA, 2005).

2.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

No Brasil, os povos indígenas se encontram numa situação de vulnerabilidade referente aos outros segmentos da sociedade de modo geral, visto que passa por convergências e atribuições onde colocam suas culturas em práticas e em situações de riscos. Segundo os dados demonstrado por IBGE (2012), colhidos no último censo demográfico brasileiro coletado por volta do ano de 2010, a população brasileira é composta assim, por volta de 190 milhões de pessoas, estando assim, que destes, apenas 0,4 % totaliza os povos indígenas que residem em território brasileiro.

Em números, 817.963 da população se declararam indígenas em quesito com sua raça ou cor, e mais 78.954 pessoas que não se alto declara, mas consideram-se indígenas, caracteriza-se uma média de 896.917 indígenas em território brasileiro. Portanto, foram encontradas 305 etnias indígenas, que falam 274 línguas de modos diferentes, que contém as mais distintas experiências em interação com a população brasileira. Existem, desde então alguns poucos grupos que vivem em condições de isolamento na região Amazônica, até então outros com uma parte de seus povos situados em áreas urbanas (IBGE, 2012).

No entanto, são encontrados povos indígenas em todas as grandes regionais brasileiras. A maior parte está localizada na região Norte, no qual totalizando 342.836 povos indígenas, seguindo pela região do Nordeste com exatamente 232.739. Sendo assim, o Centro-oeste do Brasil, contém a 3ª região que mais se encontra povos indígenas, há cerca de 143.432 pessoas. Porém na região Sudeste está contabilizando 99.137 indígenas, já na região Sul, na qual se encontra possuindo o menor número de habitantes indígenas no Brasil, equivalente a 78.773 pessoas (IBGE, 2012).

Portanto, esta repartição demográfica está fortemente relacionada em grandes impactos motivados pela influência mútua com a população nacional que não é indígena, que teve seu início quando os portugueses chegaram no Brasil por volta do século XVI (COIMBRA-JÚNIOR; SANTOS, 2000).

Os povos indígenas poderiam corresponder por volta de 6 milhões podendo abranger uma maior quantidade de pessoas neste período, sendo assim despovoada por diversos motivos, tais como a mão de obra escrava, doenças, massacres e epidemias; no entanto isso causou reflexões sobre uma possível diminuição dos povos indígenas e suas variadas etnias nativas, entretanto, em meados dos anos 90, confirmava as mudanças dessa ideia (COIMBRA-JÚNIOR; SANTOS, 2000).

Porém, nos dias atuais, são registrados 444.747 mulheres e 452.170 homens moradores em áreas designadas rurais ou urbanas, que afirmam ou consideram serem indígenas, habitantes ou não de territórios indígenas. A grande maior parte desta população indígena está situada em zona rural do país, com uma parte estimada de 572.083 (63,8%), quando assim confrontada os povos indígenas que moram em áreas consideradas urbanas que segundo dados emitidos pelo IBGE equivale a 324.834 (36,2%) (IBGE, 2012).

Havendo o maior predomínio desses povos em zonas rurais, onde pode ser considerado em situação normal, vendo que as suas culturas e também suas tradições e suas condições culturais permanecem, estes estudos afirmam que mesmo assim apresentando uma quantidade significativa de indígenas situados em zonas urbanas, pois uma grande parte dos indivíduos estão localizadas nos interiores das maiores cidades (COIMBRA-JÚNIOR; SANTOS, 2000).

Sendo assim, as distinções demográficas mostram expressivamente no modo de vida dessa população, sendo assim a sua principal fonte de sustento era natural da caça, pesca e agricultura, nas quais são protegidas com limitações/restrições de território, especialmente aqueles que se localiza em áreas urbanas (COIMBRA-JÚNIOR *et al.*, 2005).

Essas características estão relacionadas à deficiência nutricional que foram encontradas em alguns estudos (COIMBRA-JÚNIOR; SANTOS, 2000), induzindo para a maior ingestão de comidas e derivados de industrializados, pois o certo era consumir alimentos habituais ou de própria produção, portanto levando assim a redução de prática e exercícios físicos (COIMBRA-JÚNIOR; SANTOS, 2000).

Essas classes socioeconômicas que são vistas como uma afronta à saúde dos indígenas, mas consequentemente provocadas por essa carência, também, colocando assim então suas qualidades e até mesmo suas vidas em risco. Porém nos últimos anos, as Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT) vem apresentando um acréscimo significativo, especialmente ao meio de vida.

Algumas morbidades como sobrepeso e obesidade exemplos de DANT sendo observados entre povos indígenas, que são qualificados pela acumulação de gordura corporal (BRASIL, 2016). O surgimento desses agravos entre a população indígena que está associada a grande ingestão calórica, consumo de alimentos industrializados, sedentarismo entre outros. Além dos agravos próprios da obesidade e sobre peso, morbidades associadas a tais práticas que pode influenciar na saúde indígena, com o surgimento e inclusão de casos de hipertensão arterial (COIMBRA-JÚNIOR; SANTOS, 2000).

2.3 POLÍTICAS DE ATENÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

O cuidado em torno da saúde dos povos indígenas sempre apresentou um grande desafio para as autoridades, de tal modo para a articulação das especificidades étnicas e culturais destes povos às ações políticas e burocráticas. No entanto, as modificações cabíveis na saúde indígena foram diversas durante o século XX (BRASIL, 2002a). Na área da saúde, o art. 197 determina para que seja de encargo do poder público, a regulamentação, vistoria e domínio das ações em serviços, ficando sob responsabilidade do Ministério da Saúde a preparação de uma política da saúde para os povos indígenas (BRASIL, 1988).

De acordo com Silva *et al.* (2016), é de suma importância a elaboração de uma política volvida para a sensibilidade cultural e a medicina habitual, pois fica evidente que as equipes que atuam na saúde não indígena, induzem até as aldeias o tratamento direcionado ao padrão biomédico. Com isso, se faz necessária a importância do poder público nas qualificações dos profissionais atuantes, ressaltando a grande importância do respeito aos métodos habituais, pois assim a probabilidade de todas as aldeias terem uma Atenção Primária.

Porém, sem esquecer da disponibilização e capacitação para que os profissionais designados a essa área, possam atender às regiões onde houver indígenas habitando em condições de isolamento. Portanto é importante destacar que é necessário apresentar um atendimento diferenciado na média e alta complexidade, pois os povos indígenas da América, como as demais sociedades humanas, sempre apresentaram formas adequadas de lidar com os problemas de doença, cura e prevenção (COIMBRA-JÚNIOR; SANTOS, 2000).

No entanto a partir da descoberta, da aquisição e colonização do território brasileiro, pelos europeus, iniciou-se grandes agravos na saúde dos povos indígenas local, pois dessa forma quando os indígenas ficavam enfermos a cura e o tratamento até momento, eram apresentados como desconhecidos para tais doenças como por exemplo a varíola e também formas letais de tuberculose (VERANI, 1999).

Além disso as tentativas era escravizar os indígenas com a mão-de-obra da norma colonial deixavam os próprios com a imunidade mais baixa fazendo com que adquirissem as patologias dos europeus, pois desta mesma maneira que ocorreu a transmissão de diversas doenças oportunas dos nativos para a população europeia (VERANI, 1999).

Porém desde o começo da colonização realizada pelos povos europeus até o início do século XX os assuntos em relação da saúde dos indígenas abordavam somente a uma complementação de assistência dependente somente da política catequese. Pois, somente foi a partir daí então, que o auxílio em que a saúde passou a ter assim uma política oficial de “assistência” e “pacificação” laica realizada sobre o encargo do Estado (FARAGE, 1991).

Nesta época algumas ações independentes, particulares ou ligadas a políticas do local seguiram os procedimentos de expansão nas fronteiras brasileiras, pelos séculos em diante. Porém, a partir daí essa nova sociedade ficou vinculada na

medicina popular e religiosa onde as técnicas terapêuticas pré-industrializadas prevaleciam (FARAGE, 1991).

2.4 ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS NO BRASIL NO CONJUNTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

No entanto, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) que garante aos indígenas o direito de uma atenção de modo diferenciado, considerando assim às suas especificidades demográficas, geográficas, culturais e éticas com a finalidade de superar os diferentes casos de risco e vulnerabilidade. Com a efetivação dos pressupostos da PNASPI que está sendo realizada e encontra as dificuldades (SANTOS, 2016; FUNAI, 2016).

Porém, ainda há uma grande distância que existe entre o discurso e a prática de atenção na saúde dos indígenas. Em meados de 2010 foi realizado a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), diante o Decreto 7336 de 19/10/2010, ligada com o Ministério da Saúde, responsável por ordenar a PNASPI e também com a gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS (Sasi-SUS). A SESAI deu se início a partir da precisão de reformulação para toda a gestão, reivindicação dos próprios indígenas. Esta secretaria em especial veio sedimentar a luta pela inclusão da população indígenas no SUS, com essa integralidade de atenção à saúde garantida vem sendo respeitada as suas especificidades culturais. Tendo em vista o Sasi-SUS tem como base a unidade operacional os DSEI's com o objetivo de estender a população indígenas aos direitos constitucionais garantidos para todos cidadãos brasileiros, com acesso à atenção integral da saúde, sendo assim de acordo com os inícios e diretrizes do SUS (SANTOS, 2016; FUNAI, 2016).

O DSEI tem como base configurar uma rede de tarefas dentro dos territórios indígenas para acatar essa população (modelo de organização de serviços) a partir de um determinado espaço geográfico, que não essencialmente coincide com os demais limites geopolíticos dos estados e os municípios aonde se localiza as terras indígenas, em suas diversidades culturais e étnica, considerando assim essa distribuição demográfica habitual dos indígenas, as inclusões sociais diante os diferentes povos no território, a população regional e o perfil epidemiológico.

Do mesmo modo, contempla um conjunto de tarefas técnicas, apontando medidas que é racionalizada e qualificada de atenção à saúde, gerando a reordenação na rede de saúde em condição local e sua relação à rede regional do SUS, porém, assim como os métodos sanitários. Amplia também as atividades administrativas, gerenciais, dos recursos humanos e a infraestrutura necessária ao prestamento na assistência, com a participação no controle social (SANTOS, 2016; FUNASA, 2002a).

Então os DSEI organizam sua rede de trabalhos de atenção básica inseridos nas devidas áreas indígenas na forma integrada e hierarquizada, com a complexidade tecnológica crescente, pronunciada à rede regional do SUS pelo o intermédio dos grupos Inter gestores. Bipartistes que compõem importantes ambientes de articulação para o bom funcionamento dos distritos (SANTOS, 2016). Sendo assim, o território de saúde é composto por polos base de saúde indígena e Unidade Básica Saúde Indígena- (UBSI) I, II e III que formam a referência local para os demais Agentes Indígenas de Saúde (AIS) que agem nas aldeias ou área urbana de inclusão do Polo Base.

Os Polos Base podem ficar localizados no interior do próprio território indígena ou no município de referência, onde se deve ser concluída a maior parte dos agravos para a saúde (BRASIL, 2015; SANTOS, 2016). Cada Polo Base e composto por uma Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI) que é composta por enfermeiros, médicos, odontólogos, agentes indígenas de saúde e auxiliares de enfermagem, podendo assim também contar com a participação de educadores, antropólogos, engenheiros sanitaristas e outros que sejam considerados necessários, estes na forma de equipes de apoio matricial (Núcleos de Apoio à Saúde Indígena – NASI).

Nas aldeias, a atenção básica é concretizada principalmente pelos AIS, com as visitas periódicas de outros profissionais que integram a equipe multidisciplinar, de acordo com o planejamento de suas ações (SANTOS, 2016). Essas demandas que não são determinadas nos Polos Base são transferidas para a rede de atendimento do SUS, conforme a realidade de cada DSEI.

Nos serviços de referência são ofertados apoio diagnóstico e terapêutico aos pacientes que precisam de uma assistência que envolva uma grande complexidade tecnológica, além do apoio para a hospedagem, bem como alimentação e cuidados

de enfermagem nas Casas de Saúde Indígena (CASAI), que fica localizadas nos municípios de referência dos DSEI (SANTOS, 2016).

2.5 A INSTAURAÇÃO DA FUNAI E DA FUNASA

Por volta de 1967, foi instaurado a gestão da saúde dos povos indígenas à criação da FUNAI como o órgão de apoio principal e fundamental aos indígenas e nos anos de 1999 em diante a gestão da saúde indígena ficou de encargo da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) (BRASIL, 2006).

2.5.1 Fundação Nacional do Índio – FUNAI

No Brasil as políticas públicas retomadas para à saúde da população indígenas tiveram começo por volta do século XX, com o SUS, pois a partir daí a população rural e os povos indígenas, passaram a ser beneficiados pelos importantes serviços de prevenção, tratamento e diagnósticos de doenças endêmicas, passando assim a ter uma importante redução da mortalidade perante as epidemias (QUADROS, 2016).

Segundo Martins (2013), afirma que em meados do ano de 1967, por meio da lei nº 5.371/67, o governo realizou a criação da FUNAI com a finalidade para que este fosse o órgão de base principal e essencial aos indígenas. Portanto, este devido órgão estavam encarregados de desempenhar uma série de ações que integravam as diretrizes dessa política relacionada aos indígenas, além de exercitar a tutela dos índios não-integrados, reger o patrimônio indígena com o propósito de promover estudos e pesquisas, prestando assistência médico-sanitária, usando a educação como base e exercendo o poder de polícia nos territórios indígenas.

A FUNAI obteve acordos com institutos governamentais e não governamentais, porém não houve investimentos na capacitação dos profissionais, nem uma devida gestão dos recursos e nem de uma organização dos serviços de saúde apropriada. As equipes volantes enfraqueceram por falta de recursos humanos tornou-se as atuações da saúde mais esporádicas, portanto a FUNAI só alcançava a prestação de assistência de algumas áreas e a maior parte dessa população indígena estava sem assistência (RODRIGUES; MENDONÇA, 2015).

Os povos indígenas que enfrenta as situações mais diferentes prováveis como: desapropriação de suas terras e ameaça a seus costumes e saberes, correndo o risco de extinção física e também cultural, os princípios econômicos e organização social.

No entanto, essas situações foram provocadas pelas modificações dentro da sociedade e também pela sua inclusão mais perto, com a população considerada não indígena proporciona grandes repercussões no espaço da saúde com os episódios de doenças tais como: malária, leishmaniose, tuberculose, gastrintestinais, hipertensão, depressão, diabetes, câncer, infecções respiratórias e agravos para a saúde como: suicídio, violência e o alcoolismo, problemas que vêm crescendo progressivamente (RODRIGUES; MENDONÇA, 2015).

Portanto o Ministério da Saúde, afirma que, a ajuda e o agenciamento da saúde nos grupos indígenas venham apresentando choque significativo nas qualidades de saúde e também na qualidade devida dessa população (RODRIGUES; MENDONÇA, 2015).

2.5.2 Fundação Nacional de Saúde – FUNASA

Portanto, com a criação da Constituição Federal de 1988 aconteceu muitas mudanças em relação a visão da saúde no Brasil. Pois, neste contexto de mudanças o evento mais marcante para a história do nosso país nesse assunto foi a reformulação geral do sistema de saúde que um tempo depois iria se transformar no SUS (BRASIL, 2006).

O Decreto Nº 23/1990 repassou a responsabilidade sanitária sobre as populações indígenas para o Ministério da Saúde (MS), que concedeu à FUNASA a responsabilidade de reger o importante Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, associando com o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo, a partir de agosto de 1999, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que considerou a organização de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) como apoio assistencial gerida à população indígena das aldeias (GARNELO *et al.*, 2003).

Sendo assim, a gestão da saúde indígena que, a partir de 1999, ficou de responsabilidade da FUNASA começou a alcançar importantes feitos para a realidade da época, pois no mesmo ano foi implementado a PNASPI que veio a ter como finalidade: trazer a garantia aos indígenas um bom ingresso na atenção integral da saúde, segundo os princípios e diretrizes regidos pelo Sistema Único de Saúde, observando a variedade social, cultural, , histórica, política e geográfica para que favorecesse a superação dos devidos fatores que fazem essa parte da população considerada mais frágil aos agravos na saúde de grande intensidade e a

transcendência entre a população brasileira, adotando o efeito da sua medicina e tendo assim o direito dos povos para com sua cultura” (BRASIL, 2002b). Porém, para que esta política fosse considerada definida aconteceu várias contestações e discussões, com a participações de algumas lideranças e organizações indígenas, para que fosse organizado uma rede de trabalhos de atenção básica de saúde, sendo assim o serviço de saúde ficaria articulando com o SUS e estruturando com seus devidos princípios e também suas diretrizes, estipulando uma possível tática com a finalidade de realizar o atendimento diretamente a população indígena nos seus habitats naturais (BRASIL, 2002b).

2.6 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL E A LEI AROUCA: CAMINHOS PARA A CRIAÇÃO DOS DSEI

Segundo a afirmação de Lopes (2014), era dever da Igreja catequizar os indígenas, que por muito tempo ficou coligada ao Estado no “domínio” e da catequização da população, pois somente a partir da ditadura, passou a mostrar-se com uma postura diferente. Portanto, em 1968 com o maior fechamento da ditadura a Igreja deu início ao chamado período do “setor progressista”. Com isso em 1972 instaurou-se o Conselho Indigenista Missionário (CIMI), que tinha como objetivo a implantação das comunidades no dia a dia da população brasileira.

No entanto, um importante feito que ficou marcado foi a criação da Lei Arouca: A Lei Arouca (Lei nº. 9.836), de 1999, – que por sua vez incluiu o capítulo V sob a Lei Orgânica do SUS nº 8.080/90 – que criou um subsistema de atenção de um modo diferente à saúde o SASI-SUS, como parte complementar do SUS. Portanto, essa lei constitui-se como o principal aparelho legal da saúde indígena (MARTINS, 2013). Contudo, houve a importância de organizar os trabalhos de atuação diante da FUNASA, onde foram criados os DSEI, que por sua vez são unidades de organização de serviços que proferem assuntos relacionados a questão sanitária e prestação de assistência em saúde, porém usam o Sistema de informação da atenção à saúde indígena (SIASI) com o propósito de registrar dados precisos, usando as articulações como método importante para a compreensão e acesso destes povos aos importantes serviços de saúde (BRASIL, 2002b).

Atualmente existem 34 DSEI no Brasil e, para que os próprios fossem praticados, foi necessário fazer uma avaliação geográfica perante a classificação das

comunidades indígenas em território brasileiro. Esta técnica é eficaz, pois tende a acolher as comunidades conforme sua dimensão e localização. Sendo assim, cada DSEI é favorecido com Polos-Bases ligados, pois essas instituições que estão responsáveis por uma cobertura sanitária nas aldeias, geralmente com a localização incluso nas comunidades ou em município de sua referência. Porém atualmente, em todo o território nacional contem de 351 polos-base, que têm por sua vez tem a função de ofertar como referência para as EMSI, recebendo questões locais, ao nível de atenção básica (BRASIL, 2002b).

Após a implantação dos DSEI's, toda a população indígena do País está inserida no SUS por meio do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, uma vez que cada distrito é responsável por formar uma rede de serviços na atenção básica voltada para a saúde dentro dos territórios indígenas, conectada e hierarquizada com complexidade de forma crescente e vinculada com a rede do SUS (BRASIL, 2002a). Por sua vez, o SUS promove a articulação do Subsistema com os órgãos com a responsabilidade pela Política Indígena do País. É importante conhecer o histórico da política de saúde indígena para melhor compreensão do modelo atual, conforme quadro 1.

Quadro 1 – Histórico da Saúde Indígena.

ANO	EVENTO
1967	Criação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI)
1986	Realização da I Conferência Nacional da Proteção à Saúde dos indígenas
1988	Constituição Federal: reconhecimento e o respeito das entidades organizadoras socioculturais dos indígenas.
1990	Decreto nº 23/90 repassou a responsabilidade sanitária sobre as populações indígenas p/ o Ministério da Saúde (MS) e organiza a saúde na forma de subsistema.
1993	Realização da II Conferência Nacional de Proteção ao Índio - Distritalização
1999	Decreto no 3.156 / Méd. Prov. No 1.911-8 / Lei no 9.836/99 que se dispõe sobre as devidas condições para o prestamento da assistência em saúde dos povos indígenas, no domínio do SUS, pelo Ministério da Saúde.

Fonte: Jaime (2007).

2.7 O DISTRITO SANITÁRIO DE SAÚDE INDÍGENA

O conceito do modelo assistencial é dado como uma maneira de organização dos serviços em saúde da forma conectada e juntamente com as políticas de Saúde Coletiva, Brasil (2001) relata que o subsistema da atenção em saúde (modelo assistencial) dos povos indígenas que está agrupado em 34 distritos sanitários em vários locais do país, trabalhado como um sistema em boa articulação juntamente com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Os vários distritos (BRASIL, 2001) se caracterizam, tendo como base os demais aspectos: Considerando os próprios conceitos em saúde e doença da população e também os aspectos Inter setoriais de seus definitivos; ser estabelecido coletivamente então a partir de um método de organização participativo; e adquirir instâncias em controle social formalizados em condições de gestão. Como demonstrado na figura 1, há uma reprodução de como seria o modelo dos DSEI no Brasil, sendo assim, simulado no mapa em números diante das localizações e já nas cores está a abrangência de cada unidade. Porém, ao lado, estão enumerados conforme a numeração do mapa e os nomes referente a cada DSEI e sua localização, segundo vem o estado.

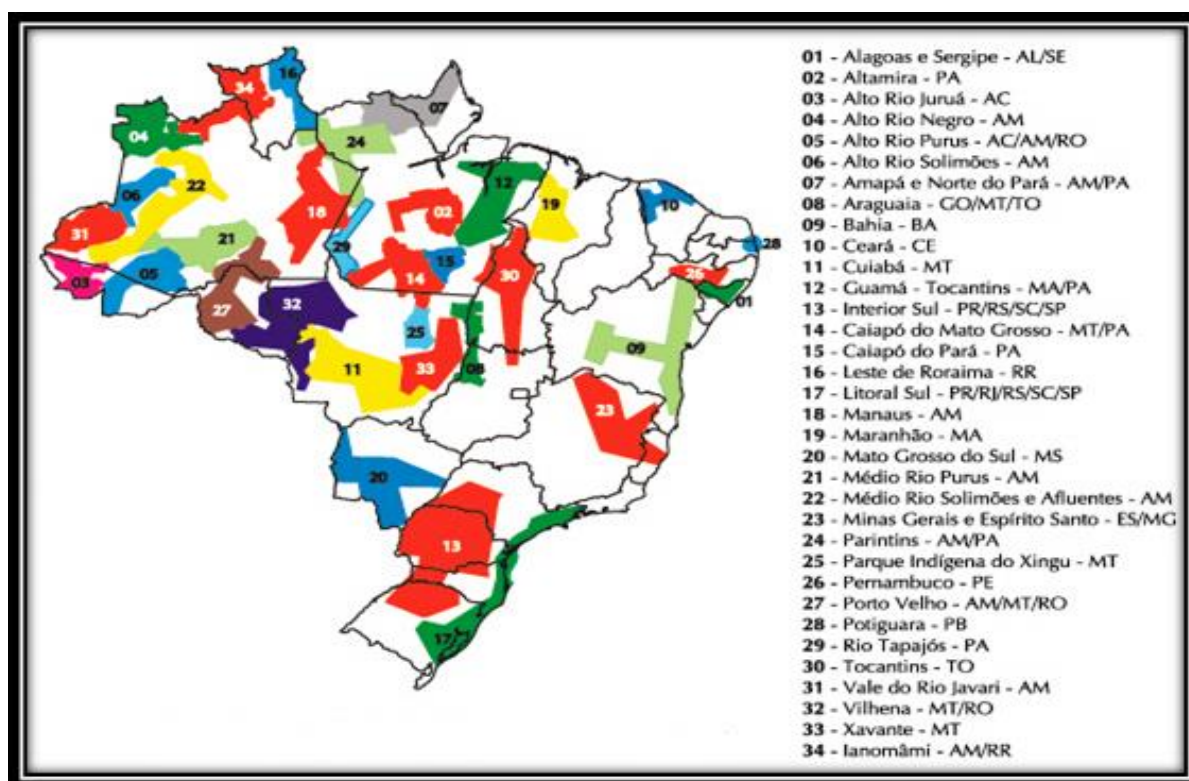


Figura 1 – Os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas e suas respectivas localizações pelo território nacional. Fonte: Brasil (2011).

Algumas unidades em anexo, como no DSEI Xavantes, tendem atender determinadas etnias, porém há distritos, como os de Sergipe e Alagoas, pois, embora por ser uma única unidade, que atende os dois estados e também as comunidades de moradores nesta localização (BRASIL, 2002a).

Portanto, o DSEI está representado como uma unidade organizacional da FUNASA que deve ser compreendido como um apoio territorial e populacional sobre a responsabilidade sanitária devidamente identificada, juntando ações em saúde, necessárias para a atenção básica, articulando assim, com a rede do Sistema Único de Saúde - SUS, para referência e também contra referência, formado por pequenas equipes necessárias para realizar suas ações e com o controle social por intervenção dos Conselhos Locais e o Distrital em Saúde (BRASIL, 2001).

Conforme afirma Martins (2013), no que se refere no modelo de referência e contra referência que é adotado pelos DSEI compreende na PNASPI: Em que os Postos de Saúde das aldeias faz o encaminhamento para os Polos Base, os quais necessitam se encaminhado para os serviços de atenção secundária e terciária e de referência do SUS ou então para as CASAI como podemos observar a imagem na figura 2 a seguir.

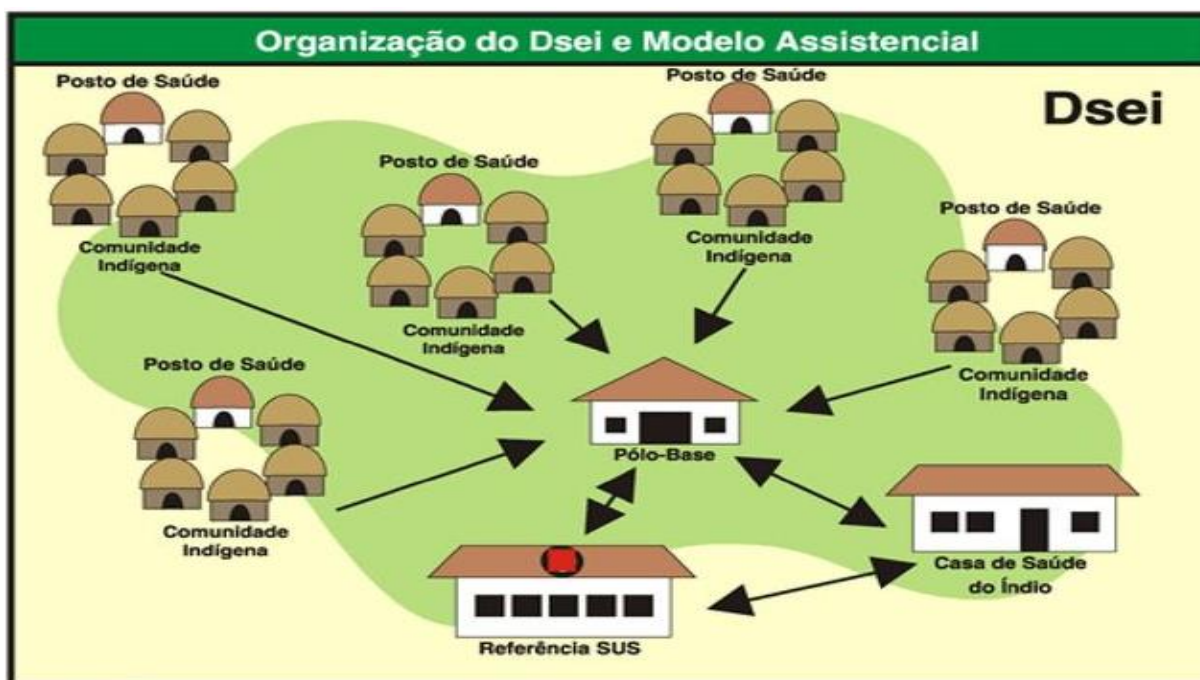


Figura 2 – Modelo de Referência e Contra Referência adotado pela PNASPI nos Distritos Sanitários.
Fonte: Brasil (2011).

2.8 PAPEL DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE INDÍGENA

O enfermeiro é considerado um profissional significativo na saúde indígena refletindo o que já é observado dentro da saúde pública. Sendo assim, o perfil de suas atribuições como enfermeiro ainda não foi exibido em nenhum documento normativo (MARTINS, 2017).

Segundo Marinelli *et al.* (2012), afirma que o profissional de enfermagem é motivado por uma procura de um melhor cargo profissional e de uma remuneração salarial do que propriamente a uma satisfação profissional. Portando, as atribuições básicas do enfermeiro diante da atenção em saúde indígena, que visam envolver a ampliação do processo em saúde-doença no conjunto físico e cultural desses povos indígenas; que possibilita na identificação de casos que se constituem com risco para à saúde de toda a comunidade; tendo em vista, assim como priorizar os serviços em grupo multiprofissional, para elaboração de suas atividades de promoção em saúde e prevenção das doenças e agravos; além de cogitar e aborda a real atribuição de seus afazeres junto à equipe multiprofissional a fim de demonstrar seu papel para a comunidade.

Para que a atuação na saúde indígena seja importante respeitar a sua especificidade cultural, do paciente, isto é demonstrar o respeito ao índio como um ser humano igual (fato deste garantido em lei), acatando assim seus hábitos, costumes e suas crenças, compreendendo que procedem de uma cultura diferente, com seus valores e conhecimentos diferentes (DA-SILVA; GONÇALVES; LOPES-NETO, 2003).

O princípio que rege a enfermagem é a responsabilidade de se solidarizar com as pessoas, os grupos, as famílias e as comunidades, objetivando a cooperação mútua entre os indivíduos na conservação e na manutenção da saúde, o enfermeiro tem suas práticas desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e tem o desafio de implementar os cuidados de enfermagem na construção de relações com humanização e respeito. Consequentemente, os profissionais da enfermagem que exercem seu serviço no âmbito aos cuidados em saúde dos indígenas no Brasil necessitam ter noção das discussões sobre as políticas e aspectos étnico-culturais dessa população (SILVA, 2003).

O objetivo principal de acolhimento com a classificação de risco é agilizar o acolhimento para aqueles que precisam do atendimento imediato com segurança.

Diante dos protocolos de aprovação instrumentais que sistematizam a avaliação, sem realizar diagnóstico prévio e sem excluir a necessidade de avaliação médica, uma vez que a Classificação dos Risco é efetivada pelo profissional enfermeiro. A intenção é avaliar a gravidade desses casos, assim então como o grau do sofrimento para estes pacientes (BRASIL, 2009).

Dentro da área indígena, a Classificação de Risco teria como os principais objetivos: garantia imediata do atendimento ao cliente com grau de risco alto; incentivando o trabalho em equipe pelos meios da avaliação de forma continuada desses processos; com melhores formas de serviços para os demais profissionais diante da discussão de tal ambiência e implementado os cuidado horizontalizados; melhorando o grau de satisfação desses usuários e possibilitando o fortalecimento das redes internas e externas de atendimentos (BRASIL, 2009). Ou seja, o enfermeiro no campo da saúde dos povos indígenas atuante juntamente com a EMSI, composta por profissionais como dentistas, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e AIS (PAULA, 2019). Diante disso, tais profissionais fazem parte do grupo pertencentes aos DSEI e Pólos-Base, exercendo com estratégias retornadas para à Atenção Básica em Saúde (FUNASA, 2002b).

Antes de ocorrer a reformulação da Constituição Brasileira, os indígenas eram privados dos seus devidos direitos. Sendo assim, a constituição de 1988 teve um enorme impacto diante da criação das políticas públicas voltadas para aos povos. Porém no campo da saúde, o artigo 197 determina como de responsabilidade do domínio público, a fiscalização e regulamentação de controle das tais ações e de serviços, sendo sobre responsabilidade do Ministério da Saúde a criação de uma determinada política em saúde direcionada para estes povos (BRASIL, 1988).

Segundo Sevalho (1993), afirma que ao discorrer sobre as demais histórias das representações e sociais em saúde e doença, faz menção aos elementos naturais e sobrenaturais que habitam tais representações, provando assim os sentidos e repassando seus valores, cultura e as crenças dos povos. Nesse contexto, a doença tem sua representação associada a sentimento de culpa, medos, superstições, mistérios.

No entanto, essa experiência depende muito do que se entende por doença e o fato desse entendimento refletir questões socioculturais mais amplas. Por isso nem

sempre os conceitos dos profissionais de saúde e os das pessoas que vivem a doença têm os mesmos significados (GOMES; MENDONÇA, 2002).

Ao planejar desenvolver ações de saúde com populações indígenas deve-se considerar a inter-relação entre a medicina ocidental e o xamanismo, procurando compreender as crenças e costumes locais. Os conhecimentos populares são próprios de uma comunidade, se diferenciando de acordo com a cultura local. Ao basear o atendimento na produção de consensos, incorpora-se novos conhecimentos e amplia-se a segurança dos sujeitos envolvidos no processo – população e profissional de enfermagem – nos novos saberes produzidos nessa interação. (BARBOSA *et al.*, 2007)

2.9 O DSEI RIO TAPAJÓS

O Distrito Sanitário Especial Indígena Rio Tapajós é um dos 34 distritos, esta distribuídos em todo território brasileiro. Abrange os municípios de Itaituba, Novo Progresso e Jacareacanga. Sua sede está situada na cidade de Itaituba na região oeste do Pará, a população total da sede é de 97.493 habitantes, segundo o IBGE. (BRASIL, 2016).

O DSEI é considerado uma integração organizacional sob responsabilidade da FUNASA que deve ser compreendido como base territorial e populacional estando sobre responsabilidade sanitária abertamente identificada e enfeixando um conjunto de ações de saúde imprescindíveis para a atenção básica, articulando com toda a rede do Sistema Único de Saúde SUS, para a referência e contra referência, composto por uma equipe mínima indispensável na execução de suas ações no controle social pelo intermédio dos Conselhos Locais e Distrital em Saúde (BRASIL, 2001).

Brasil (2016) afirma que com essa população de 10.277 indígenas, sendo o 23º mais povoado. Sua população está dividida pelos municípios da seguinte forma abaixo: Itaituba com 553 indígenas, Jacareacanga com 8.412 indígenas e Novo Progresso com 1.312 indígenas. Possui 3 CASAI e 11 polos base que estão distribuídos pelas várias aldeias que compõem o distrito.

No quadro 2, está demonstrado a distribuição dos Distritos Sanitários conforme Polo Base e Casai.

Quadro 2 - Distribuição do DSEI Rio Tapajós quanto a sede, os polos base e as CASAI's.

SEDE DO DSEI	ITAITUBA
11 POLOS BASE	Caroçal do Rio das Tropas Itaituba Jacareacanga Katõ Missão Cururu Novo Progresso Restinga Sai Cinza Santa Maria Teles Pires Waro Apampu (Posto Mdk)
3 CASAI	Itaituba Jacareacanga Novo Progresso

Fonte: Brasil (2016).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de um estudo descritivo-exploratório de levantamento, de natureza teórico empírico, com abordagem quantitativa. Uma vez que se pretende descrever quais os desafios existentes no dia a dia de profissionais enfermeiros do DSEI Rio Tapajós.

A pesquisa descritiva de acordo com Coelho (2019) objetiva e se caracterizar com certo fenômeno. Como, por exemplo, descrever as características de acordo com certa população. Portanto sendo assim, estabelecendo as relações entre variáveis, e que envolve as técnicas de coleta dos dados unificados, com entrevistas e técnicas de observação. De uma maneira geral, a pesquisa descritiva proporciona uma forma de levantamento.

As pesquisas exploratórias têm como objetivos crescer, esclarecer, modificar e também examinar os conceitos e as ideias, considerando a formulação de seus problemas mais breves ou de afirmação de prioridades para as demais hipóteses que poderão ser verificadas em futuros estudos (FRAINER, 2020).

No entanto, a pesquisa de levantamento é considerada uma pesquisa que é caracterizada por uma interrogação vindo diretamente das pessoas cujo tal comportamento que tenha desejo de conhecer. Essencialmente, derivar para as solicitações de informação de um grupo expressivo de pessoas em relação ao problema trabalhado, para que em seguida, diante das análises quantitativas, obtém as demais conclusões adequadas para informações coletadas (CAJUEIRO, 2015).

Porém, esta obra trata-se de uma atividade de pesquisa que usa a quantidade na forma de coleta de informações, que será utilizada para garantir a precisão dos resultados de acordo com as informações colhidas, com uma margem de segurança, reais e concretas. Que busca apurar opiniões explícitas e consciente dos entrevistados uma vez que utiliza instrumentos estruturados (RUIZ, 2011).

Já a pesquisa empírica, é utilizada para realizar a análise do ponto de vista empírico confrontando o ponto de vista teórico que por sua vez irá possibilitar uma aproximação conceitual (GIL, 2008). Seu objetivo permite a avaliação das hipóteses já que por sua vez os resultados possuem menor possibilidade de erro. Na maioria dos casos criaram índices que podem ser confrontados ao longo do período,

permitindo assim, a construção de um histórico da informação ou da situação foco do estudo (MAZZOTTI, 2001).

3.2 LOCAL DE COLETA

A pesquisa foi desenvolvida no DSEI Rio Tapajós situado no município de Itaituba, na região oeste do estado do Pará à uma latitude 04°16'34 sul e também uma longitude 55°59'01 oeste, cuja população é de 101.395 habitantes (IBGE, 2010). O distrito Rio Tapajós está situado na Av. Santa Catarina, nº 96 no bairro Bela Vista. Por sua vez, foram utilizados os dados primários, onde são entendidos por aqueles que serão gerados pelo pesquisador e tendo como objetivo específico para solucionar o problema em pauta (MALHOTRA, 2004).

Realizado entrevista semiestruturada com 10 enfermeiros atuantes no DSEI Rio Tapajós no qual foi utilizado como uma fonte de elementos principais para a elaboração dos resultados. A entrevista é considerada uma técnica de colheita de dados que possibilita ao pesquisador um vínculo com o grupo estudado (FRAINER, 2020). O local de coleta foi uma sala reservada, no Polo Base do DSEI Rio Tapajós. A entrevista com os sujeitos da pesquisa ocorreu em um tempo de cerca vinte minutos.

3.3 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO E INCLUSÃO

Foram incluídos no estudo enfermeiros presentes nos seus respectivos serviços, no momento de início da coleta de dados, que estejam prestando assistência à população indígena. E, excluídos da pesquisa os enfermeiros que estavam de folga, férias, atestados, e os que no presente momento não estão exercendo nenhuma assistência aos povos indígenas. Todos os dados foram tabulados, preservando as identidades e direitos de acordo com a Resolução 510/2016, que dispõe das Diretrizes e Normas que regulamentam Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012).

3.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Para a verificação, comprovação e/ou refutação dos dados foi utilizado procedimento analítico (Análise Temática), pois esse método propõe três etapas para a análise dos resultados: a pré-análise, a exploração do material e a interpretação. Os dados colhidos estão apresentados por categorias emergidas do processo de análise, discussão e interpretação dos resultados encontrados na pesquisa (MINAYO, 2007).

Esse tipo de técnica compreende três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento e interpretação dos dados. Na primeira etapa o material é organizado por meio de uma leitura dos dados para a familiarização com o conteúdo a ser analisado. Na segunda etapa é realizada a análise propriamente dita, onde os dados são agrupados em categorias. Nessa fase pode haver a necessidade de ler várias vezes o material de estudo. Na última e terceira fase os dados brutos são tratados por meio de estatísticas na análise quantitativa e na análise qualitativa é desvendado as ideias e características dos fenômenos pesquisados (MINAYO, 2010).

3.5 ANÁLISE DOS RISCOS E BENEFÍCIOS

O desenvolvimento do presente estudo oferece elevada possibilidade de gerar conhecimento acerca das dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros atuantes na saúde indígena de Itaituba – PA, e oferecer uma visão para melhorar seu planejamento e da sua equipe.

De acordo com a Resolução do Conselho Nacional em Saúde 466/2012, qualquer etapa de uma pesquisa pode ocorrer riscos, na forma moral, física, social, intelectual, cultural e espiritual, que pode gerar danos aos humanos (BRASIL, 2012). Assim, a pesquisa foi realizada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo participante, e ter conhecimento da finalidade da pesquisa.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A autorização para a realização da pesquisa foi solicitada junto à Secretaria do Distrito Sanitário Especial Indígena Rio Tapajós localizado no Município de Itaituba. Depois de autorizado, iniciaram-se as entrevistas seguindo as regras do Comitê de Ética e Pesquisa.

As informações sobre a pesquisa e o caráter confidencial dos dados foram esclarecidos pelos pesquisadores e a concordância em participar do estudo foi expressa pelos participantes com a assinatura individual do TCLE. O estudo foi desenvolvido segundo as regras regulamentadoras de uma pesquisa, por meio da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e a Resolução 510/2016, que dispõe a respeito das Diretrizes e Normas regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012).

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

Os dados obtidos para esta pesquisa deram-se através de entrevista semiestruturada realizada de forma aleatória com 10 enfermeiros que atuam na Saúde Indígena vinculados ao DSEI Rio Tapajós. Após a leitura criteriosa da entrevista os dados foram tabulados e organizados sob a forma de gráficos e quadros, onde os resultados foram analisados e discutidos conforme os estudos já publicados.

Com o intuito de conseguir os objetivos da pesquisa, os resultados ainda foram estruturados em três categorias: Perfil sociodemográfico dos enfermeiros que atuam na saúde indígena no DSEI Rio Tapajós; Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros no cuidado à população indígena sob responsabilidade do DSEI Rio Tapajós; e Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros na saúde indígena.

4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA SAÚDE ÍNDIGENA NO DSEI RIO TAPAJÓS

Os dados sociodemográficos dos entrevistados encontram-se dispostos nos Gráficos 1, 2, 3, 4 e 5.

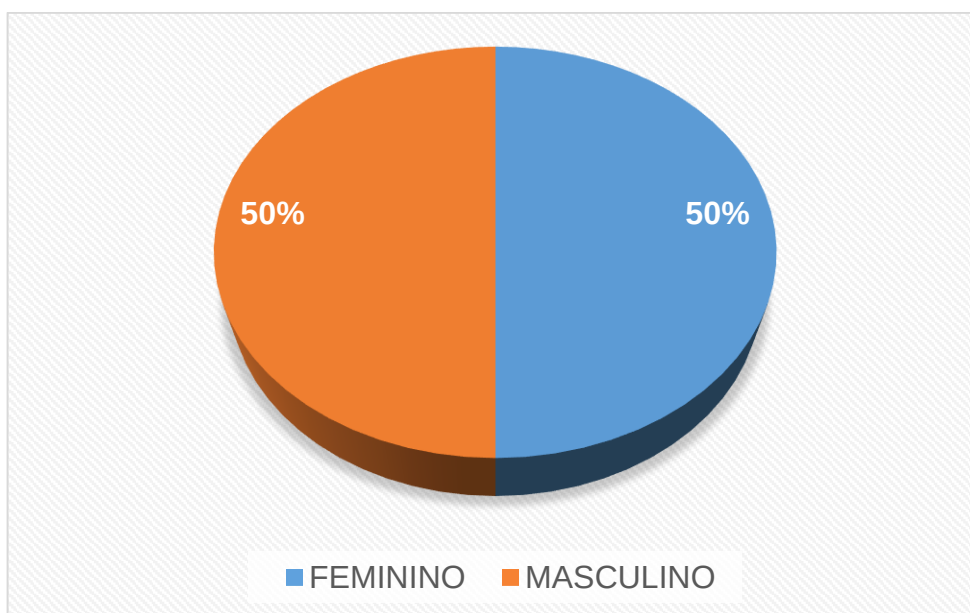


Gráfico 1 – Gênero dos enfermeiros entrevistados. Fonte: Elaborado por Jesus e Pessoa (2023).

Os dados da pesquisa quanto ao sexo, observou-se que 50% (n=05) eram do sexo feminino e 50% (n=05) do sexo masculino, o que evidencia uma discordância

com outros estudos que mostram que há um predomínio do sexo feminino nesta área de atuação.

Nos estudos de Maia *et al.* (2021) que teve como finalidade fazer uma análise à cerca, perante os desafios enfrentados pelos profissionais enfermeiros na atuação à saúde dos povos indígenas do DSEI Rio Tapajós, identificou a prevalência de profissionais do sexo feminino, de 10 (dez) entrevistados 80% (n=08) eram mulheres.

Rocha *et al.* (2018) em sua pesquisa corrobora com os dados apresentados ao qualificar o perfil dos enfermeiros que trabalham juntamente com às populações indígenas e não indígenas do Alto Rio Negro no estado do Amazonas. Quanto aos profissionais da saúde indígena, de um total de 67, a maioria eram mulheres com 68,6% (n=46).

Dentro desse patamar onde as mulheres assumem maior número de atuação, Martins (2017) traz em seus estudos um dado contrário, ele realizou um estudo com 09 enfermeiros atuantes na área do DSEI Xingu com a finalidade de observar o dia a dia de trabalho dos profissionais da saúde dentro do território indígena como ambiente potencialmente voltado para a aprendizagem que o enfermeiro se qualifique perante suas práticas profissional tornada para atuação neste contexto intercultural. Onde 54,5% (n=06) eram homens e 45,5% (n=05) eram mulheres.

A autora corrobora que estes números não refletem a realidade do DSEI Xingu, pois 76% dos enfermeiros são do sexo feminino. Contrariando também o perfil da enfermagem no Brasil, uma profissão que, apesar do crescente aumento do contingente masculino, ainda é predominantemente feminina (MARTINS, 2017).

Com relação as faixas etárias de idade, constatou-se uma maior prevalência no extrato de 30 a 39 anos com 40% (n=04), seguida de 25 a 29 anos com 30% (n=03) e 40 a 49 anos com 30% (n=03), conforme gráfico 2.

Ao discorrer dos resultados da pesquisa de Maia *et al.* (2021), houve o predomínio de indivíduos com idade entre 31 e 35 anos (60%), seguida de 36 a 40 anos (30%). Já, na pesquisa de Martins (2017), houve uma prevalência na faixa etária entre 26 a 39 anos. Deste modo, os dois estudos confirmam uma conformidade de idades entre o presente estudo.

Quando questionado sobre a raça/cor dos entrevistados, os dados mostraram que a maioria 70% (n=07), se auto declara Pardo, enquanto que 30% (n=03) considera-se Preto (Gráfico 3).

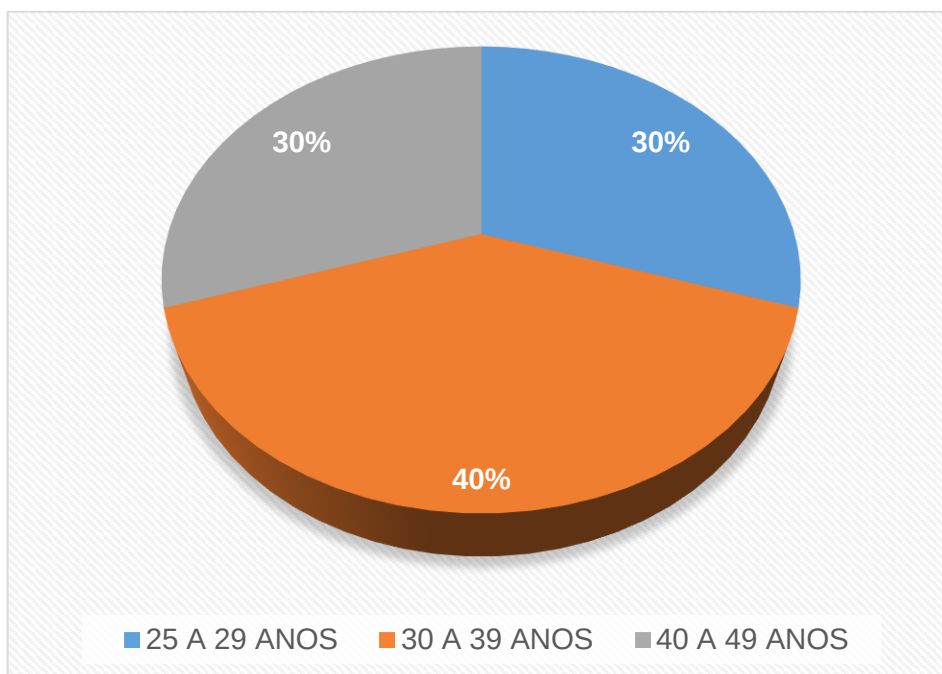


Gráfico 2 – Faixa etária dos participantes da pesquisa. Fonte: Elaborado por Jesus e Pessoa (2023).

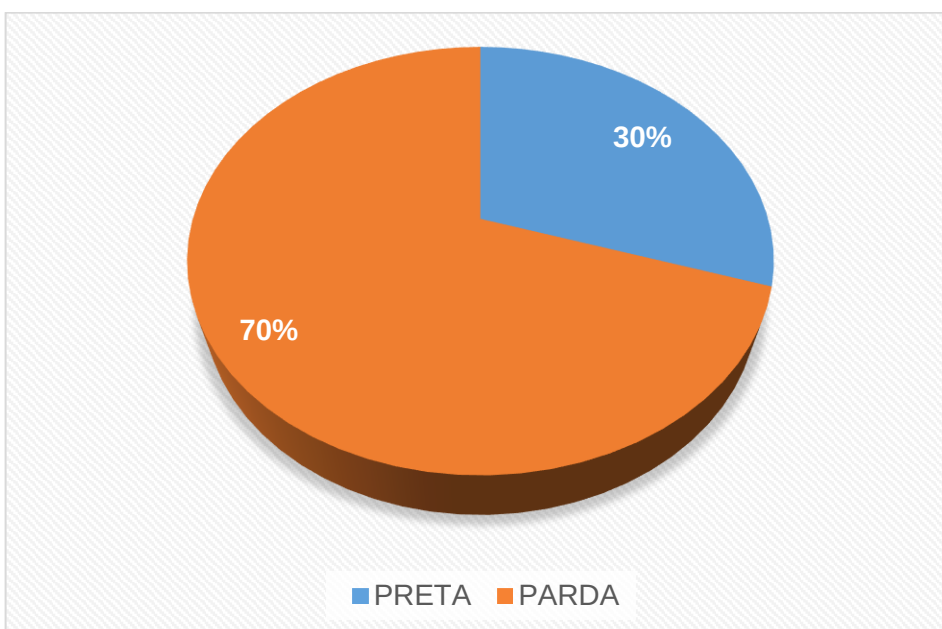


Gráfico 3 – Raça/cor dos participantes da pesquisa. Fonte: Elaborado por Jesus e Pessoa (2023).

Os dados apresentados no gráfico 3, ao ser comparado com os estudos de Rocha *et al.* (2018) se assemelham, pois, de 67 participantes, a maioria 44,8% (n=30) eram pardos.

Outro questionamento foi com relação ao estado civil dos participantes. 50% (n=05) informaram ser solteiros (os), seguido dos casados (as) / união estável com 40% (n=04) e divorciados (os) / separado (a) 10% (n=01) (Gráfico 4).

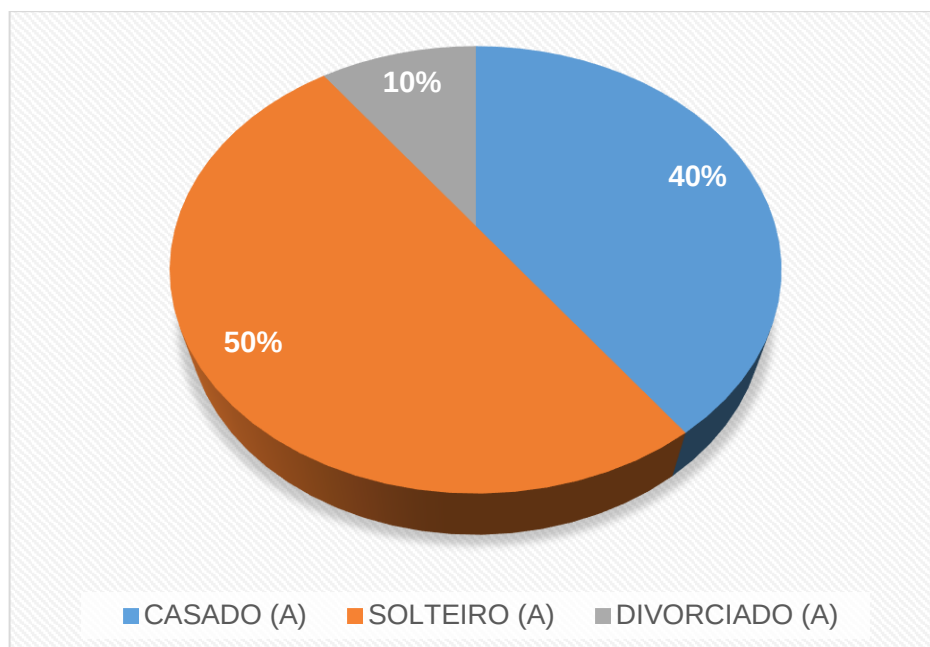


Gráfico 4 - Identificação do estado civil dos participantes da pesquisa Fonte: Elaborado por Jesus e Pessoa (2023).

Os estudos de Rocha *et al.* (2018), contestam a pesquisa atual quando relacionada a variável estado civil, pois a maior evidência é de casados/união estável com 47,8% (n=32), seguido dos solteiros com 46,2% (n=31) e divorciado/separado com 6,0% (n=04).

Já, na variável escolaridade, foi perguntado se o profissional possui Especialização em Saúde Indígena, onde a maioria 60% (n=06) informaram que sim e 40% (n=04) disseram que não (Gráfico 5). Está mesmo sendo a maioria, pode evidenciar uma dificuldade maior na atuação, uma vez que, a saúde indígena possui Diretrizes diferenciadas quando relacionadas a saúde da população não indígena.

Pelos extratos apresentando na pesquisa do DSEI Itaituba é perceptível uma discordância com os resultados da pesquisa de Rocha *et al.* (2018), realizado no Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Negro (DSEI-ARN) com 67 enfermeiros, onde a prevalência de respostas, 46,3% (n=31) dos entrevistados têm especialização em outras áreas da saúde e 43,3% (n=29) não têm pós-graduação, e somente uma parcela de 10,4% (n=07) possuem especialização em Saúde Indígena.

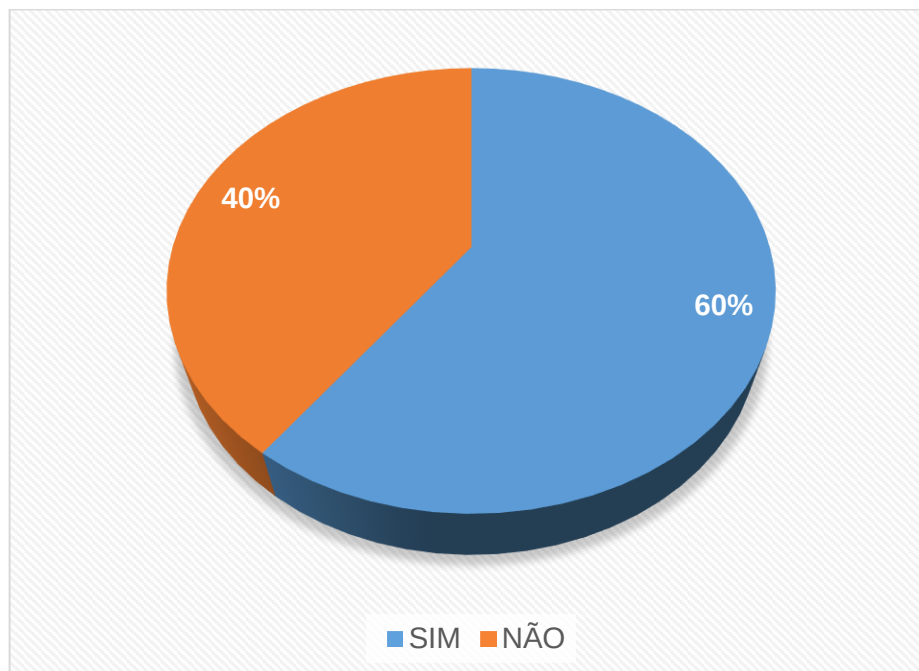


Gráfico 5 - Profissionais que possuem especialização em Saúde Indígena Fonte: Elaborado por Jesus e Pessoa (2023).

4.2 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS ENFERMEIROS NO CUIDADO À POPULAÇÃO INDÍGENA SOB RESPONSABILIDADE DO DSEI RIO TAPAJÓS

Entende-se que a saúde dos povos indígenas no Brasil é muito complexa e dinâmica, devido a processos históricos de mudanças sociais, econômicas e ambientais ligadas à expansão e à consolidação de frentes demográficas e econômicas da sociedade nacional nas diversas regiões do país. Ao longo da História do Brasil, os indígenas enfrentaram várias tensões no campo da saúde, desde quando acontece o primeiro contato com os não indígenas, por volta do século XVI, passando por epidemias de sarampo e gripe, no século XX, e já atualmente com a gripe H1N1 no ano de 2009, até o acontecimento da pandemia de Covid-19, em 2020 (RAMOS *et al.*, 2020).

Dando sequência à discussão, no quadro 3 tem as respostas para a 1ª pergunta feita aos participantes: O que levou você a ingressar na Saúde Indígena?

Os enfermeiros foram indagados quanto ao (s) motivo (s) que os levaram a escolher trabalhar na saúde indígena, assim os resultados estão dispostos: 36,35% (n=08) motivados pelo salário que é muito atrativo, seguido da necessidade/vontade de conhecer novas culturas 31,80% (n=07), gostar da Saúde Preventiva e Falta de

oportunidade na cidade 9,10% (n=02) e ter Pós-Graduação em Saúde Indígena, identificar-se com a Saúde Indígena e enriquecer o currículo 4,55% (n=01).

Quadro 3 – Os motivos que levaram os entrevistados a ingressar na Saúde Indígena.

Respostas	N	(%)
Formação em Saúde Indígena	01	4,55%
Identificar-se com Saúde Indígena	01	4,55%
Gostar de atuar na Saúde Preventiva	02	9,10%
Financeiro	08	36,35%
Conhecer novas culturas	07	31,80%
Enriquecer o currículo	01	4,55%
Falta de oportunidade na cidade	02	9,10%
Total	22	100%

Fonte: Jesus e Pessoa (2023). *N Respostas Múltiplas.

O trabalho de Marinelli *et al.* (2012) com 06 enfermeiros atuantes na saúde indígena, teve como objetivo descrever as principais barreiras enfrentadas por enfermeiros na assistência à população indígena de Grajaú-MA. Onde a maioria evidenciou como motivação a Vocação/Identificar-se/Gostar da Saúde Indígena.

Nos estudos de Maia *et al.* (2021) já citados anteriormente, ao serem questionados sobre o motivo de terem escolhido trabalhar no DSEI Rio Tapajós, 40% dos entrevistados afirmaram ser por vocação. Em contrapartida 30% responderam que se configurava como uma oportunidade de emprego.

Na pesquisa de Martins (2017) os motivos que levaram os profissionais a atuarem na saúde indígena, ilustram fatores que sobrepõe a oferta de emprego e remuneração como as questões subjetivas, que a autora chama de “Atrativo da diferença”, em outras palavras, a busca por novos conhecimentos, conhecer novas culturas. Para autora “o atrativo da diferença é o convite ao profissional para vivência da interculturalidade”

Logo, seus estudos contrastam a pesquisa de Ferreira (2000) onde aborda a profissão com a ideia de vocação, que por sua vez está ligada à vocação, habilidade e aptidão. E, a realização profissional pode ser vista pelo gostar do que se faz, admirar, levando o profissional a buscar o caminho que lhe é mais prazeroso. O trabalho com as populações indígenas é agradável e sedutor para muitos, devido às suas peculiaridades, que os despertam para o novo.

No quadro 4 apresentamos as respostas para a 2ª pergunta feita aos participantes: Quais as atividades você desenvolve na (s) Aldeia (s) na (s) qual (is) trabalha?

Quadro 4 – Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros na (s) aldeia (s) sob responsabilidade do DSEI Rio Tapajós.

Respostas	N	(%)
Acolhimento com classificação de risco	01	05%
Acolhimento aos usuários de forma resolutiva	01	05%
Educação em Saúde	07	35%
Participação na vida da aldeia	01	05%
Grupões/Mutirões	04	20%
Visita Domiciliar	03	15%
Planejamento das ações em saúde em conjunto com o Agente Indígena de Saúde-AIS e o auxiliar/ técnico de enfermagem	01	05%
Roda de Conversa	01	05%
Elaboração do Projeto Terapêutico Singular em conjunto com as lideranças locais como cacique e conselheiros	01	05%
TOTAL	20	100%

Fonte: Elaborado por Jesus e Pessoa (2023). *N Respostas Múltiplas

Quando questionados sobre as atividades desenvolvidas com os indígenas nas aldeias sob responsabilidade do DSEI Rio Tapajós, a maioria 35% (n=07) dos enfermeiros elencaram a Educação em Saúde, seguida de 20% (n=04)

Grupos/Mutirões, 15% (n=03) Visita Domiciliar e 5% (n=01) Acolhimento com classificação de risco, Acolhimento aos usuários de forma resolutiva, Participação na vida da aldeia, Planejamento das ações em saúde em conjunto com o Agente Indígena de Saúde-AIS e o auxiliar/técnico de enfermagem, Roda de Conversa e a Elaboração do Projeto Terapêutico Singular em conjunto com as lideranças locais como cacique e conselheiros.

Ramos *et al.* (2020) em seu trabalho que visava reunir toda a bibliografia diante das políticas da educação voltadas para a saúde de uma forma que possibilita exercer essa função da melhor forma possível sem intervir ou ter seu serviço prejudicado pelas diferenças culturais atuais nas tribos. Sendo assim, seu estudo expôs uma análise acerca da tal realidade brasileira nos últimos séculos que é completamente invasiva e eurocêntrica, esclarecendo também a necessidade de proporcionar uma reforma para a educação em saúde à propósito de contemplar o aprendizado da saúde pública nas aldeias indígenas sem prejudicar os seus preceitos culturais e locais.

A difusão da educação em saúde na busca de promover uma maior preservação da cultura além de não interferir nos tradicionalismos dessas comunidades, tem como objetivo tornar os profissionais da área mais preparados e menos invasivos (SILVA *et al.*, 2021).

Segundo Unesco (2022), as ações de educação em saúde e bem-estar para populações indígenas devem ser planejadas e executadas com uma didática plural, seja no que concerne a língua, seja na questão cultural. Buscando sempre fortalecer a língua mãe e ao mesmo tempo subsidiar aos profissionais de educação e da saúde sobre as atuações da promoção à saúde, ressaltando este momento de tensão sanitária com as ações de prevenção da COVID-19 e também as infecções sexualmente transmissíveis (IST), nas escolas indígenas e nos conjuntos comunitários.

Deste modo, o enfermeiro deve repensar sua prática no processo saúde-doença de forma ampla, respeitando o aspecto etnocultural, e que o profissional procure se atualizar e ganhar novos conhecimentos. Utilizando-se dos mecanismos de Gestão como o planejamento, para assim implementar ações e programas, realizar acompanhamento das populações, detectar fatores de risco e agir de forma preventiva, bem como, supervisionar, observar e avaliar o serviço do AIS e também do auxiliar de enfermagem no âmbito da Atenção Primária a Saúde-APS.

4.3 DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS ENFERMEIROS NA SAÚDE INDÍGENA DO DSEI RIO TAPAJÓS

O quadro 5 traz as informações relacionadas as respostas dadas pelos enfermeiros. Quando questionados sobre as dificuldades enfrentadas na saúde indígena, a maior parte dos enfermeiros 21,8% (n=08) descreveu que foi a comunicação, que é dificultada muitas vezes pela questão da língua, Seguida da Resistência na adesão e/ou conclusão do tratamento, com 19,1% (n=07), depois a Resistência em procedimentos invasivos com 16,9% (n=06), a Cultura 13,8% (n=05), a Distância entre as Aldeias e o Polo Base (Logística) 11,8% (n=04), Falta de suporte do Distrito e Falta de Capacitação/Treinamento ambas com 5,4% (n=02) e a Alta rotatividade de profissionais 2,9% (n=01).

Quadro 5 – Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros que atuam na saúde indígena do DSEI Rio Tapajós.

Respostas	N	(%)
Comunicação	08	21,8%
Resistência na adesão e/ou conclusão do tratamento	07	19,1%
Resistência em procedimentos invasivos	06	16,9%
Problema na organização entre gestores	01	2,9%
Falta de suporte do Distrito	02	5,4%
Falta de Capacitação/Treinamento	02	5,4%
Cultura	05	13,8%
Distância entre as Aldeias e o Polo Base (Logística)	04	11,8%
Alta rotatividade de profissionais	01	2,9%
TOTAL	36	100%

Fonte: Elaborado por Jesus e Pessoa (2023). *N Respostas Múltiplas

A comunicação em saúde entre o profissional e o cliente mostraram-se benéficas para a melhoria da qualidade da atenção, na adesão de tratamentos, na recuperação dos pacientes, bem como no cumprimento dos direitos das minorias

étnicas. Assim, Ramos (2012) relaciona o problema de comunicação no contexto do cuidado das populações indígenas como algo prejudicial de maneira expressiva as ações e serviços de saúde prestados pelos enfermeiros.

Silva *et al.* (2021) em sua pesquisa sobre as dificuldades vividas pelos profissionais da saúde na recepção à população indígena, identificou os seguintes fatores: barreiras geográficas, comunicação, condições de trabalho e questões culturais.

Nos trabalhos de Maia *et al.* (2021) sobre as dificuldades encontradas pelos enfermeiros e como elas se tornam evidentes. Dentre as respostas dadas pelos entrevistados, a localização das aldeias foi o fator preponderante, pois para adentrar a maioria dessas aldeias, os profissionais levam dias, fazendo longos percursos por água (voadeira), e ainda longas caminhadas pela mata, além de outras que só se tem acesso através de transporte aéreo.

Outro fator de grande relevância para os enfermeiros é a barreira linguística evidenciada pelas diferentes etnias presentes no DSEI Rio Tapajós e das línguas faladas pelos mesmos. Além disso, para os entrevistados, essas dificuldades se tornavam evidentes devido à falta de saneamento nas aldeias, no dia-a-dia, durante o atendimento, devido as questões culturais, logísticas e de comunicação (MAIA *et al.*, 2021).

Nos estudos de Marinelli *et al.* (2012), a Cultura que é caracterizada pelas crenças, costumes e mitos de um determinado povo foi apontada como a maior dificuldade expressada nas falas dos entrevistados. Porém a comunicação é vista como primordial para que haja um atendimento diante das necessidades do paciente e quando de alguma forma for prejudicada, podendo assim gerar uma discordância de assistência, como foi declarada pelos depoimentos.

Desta forma tanto o estudo atual quanto os anteriores mostram a Comunicação com a principal dificuldade enfrentada pelos enfermeiros que atuam na saúde indígena. Pois ela se constitui como uma ferramenta imprescindível para a efetivação da assistência direcionada às necessidades do paciente e quando não está bem estabelecida pode gerar uma inadequação da assistência.

Sem a compreensão da linguagem os equívocos são frequentes. Ressalta-se que diferenças discrepantes entre os significados e expressões do profissional para o índio leva a insatisfação de ambos. Sendo assim, pode ser inferido que o diálogo é

uma ferramenta crucial para que aconteça a construção e a troca de conhecimentos (MARINELLI *et al.*, 2012).

Quando perguntados se os mesmos consideram que precisam aprender e/ou aprimorar sua conduta profissional, todos foram unânimes em responder que sim. A resposta quanto o que consideram importante estão dispostas no quadro 6.

Quadro 6 – A opinião dos enfermeiros quanto a necessidade de aprender e/ou aprimorar sua conduta profissional.

Respostas	N	(%)
Melhorar a comunicação com os indígenas que é dificultada pela falta de conhecimento das línguas nativas	08	80%
Respeito às questões culturais da população indígena	02	20%
Total	10	100%

Fonte: Elaborado por Jesus e Pessoa (2023). *N Respostas Múltiplas

Dentro desta perspectiva, 80% (n=08) dos enfermeiros destacaram a importância de melhorar a comunicação com os indígenas que é dificultada pela falta de conhecimento das línguas nativas. Enquanto que 20% (n=02) citaram a importância do respeito as questões culturais da população indígena. Esta muitas vezes é deixada para segundo plano por muitos profissionais que julgam o seu conhecimento técnico-científico mais importante que as etnoculturais dos povos tradicionais.

É necessário que haja compreensão dos profissionais de saúde, que para o alcance do princípio da equidade no SUS ocorra a concepção das diferenças e a superação das diferenças étnico-raciais atuais nos referentes da saúde, alcançando, portanto, o início da universalidade. Levando em conta que nenhuma cultura existe isolada: elas, no entanto, convergem e ligam-se entre elas, ainda que esta primeira vista possa ser complicada reconhecer tais diferenças quando elas não se exibem visualmente. Portanto, essas são as pendências que contornam uma universalização do cuidado em saúde contraditório com os competentes princípios da PNASPI e também do SUS, configurando uma visão de mundo eurocentrada, sendo um único usuário desse serviço em saúde, desconsiderando as diferenças que circulam por diferentes meios (LANDGRAF; IMAZU; ROSADO, 2020).

O presente estudo mostra claramente que os enfermeiros se preocupam em prestar uma assistência de qualidade aos indígenas, baseado nos pilares do SUS e princípios da PNASPI. Uma vez que, reconhecem que precisam melhorar suas práticas, deixando-as livres de preconceitos, e buscando novos conhecimentos acerca daquilo que consideram entraves no cuidado como a língua e a diversidade cultural dos povos indígenas.

O gráfico 6 traz os resultados dos questionamentos feito aos entrevistados quanto a Capacitação/treinamento realizado pelo DSEI aos seus colaboradores.

Os enfermeiros afirmam conhecer a importância das Educações Permanentes (EP), principalmente voltada para a rotina da Atenção Primária à Saúde-APS, pois estas possuem subsídios para melhorar a assistência prestada aos indígenas nas aldeias, no entanto, quando verificado a quantidade de capacitações/treinamentos ao longo desse período, variam de 1 a 5 e 6 a 10 com 30% (n=03) cada, nenhuma e 11 ou mais 20% (n=02) cada. Porém precisamos levar em conta que foram entrevistados enfermeiros com tempo de serviço em saúde indígena diferentes.

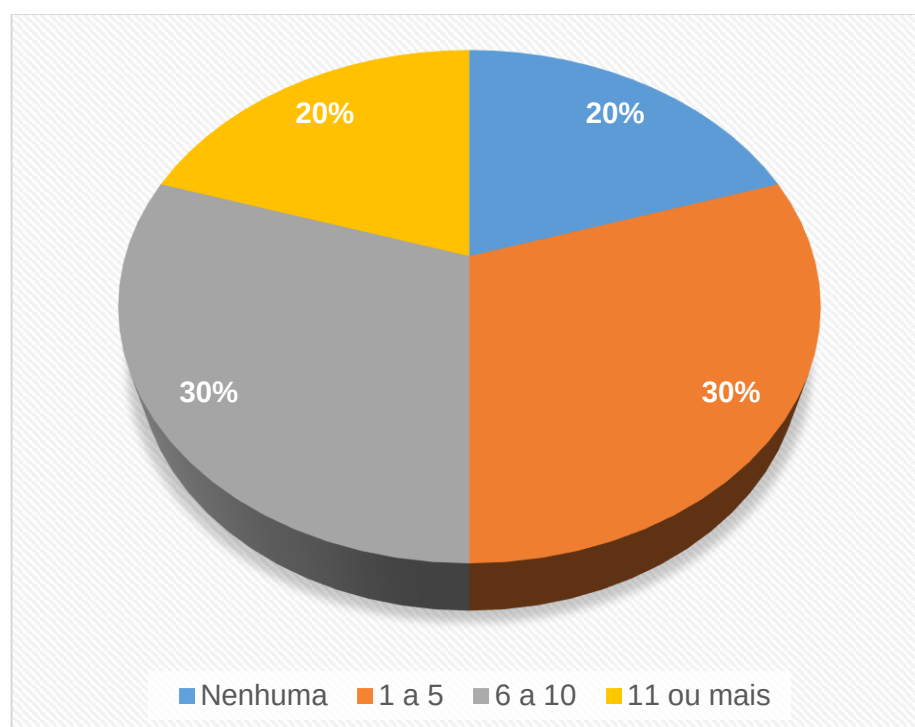


Gráfico 6 - Quantidade de capacitações/treinamentos recebidos pelos enfermeiros entrevistados do DSEI Rio Tapajós Fonte: Elaborado por Jesus e Pessoa (2023).

Ramos *et al.* (2020) demonstram em sua pesquisa que a promoção e preservação da cultura indígena deve ser tratada com prioridade e muita cautela, assim, a Educação Permanente deve ser vista como forma de transformação das práticas do trabalho em saúde. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída por meio da Portaria GM/ MS nº 198/2004, representa um marco para a formação e trabalho em saúde. Resultado de lutas e esforços promovidos pelos defensores do SUS no país.

Para os autores, garantir a sobrevivência da identidade desses povos e mesmo assim prestar assistências de saúde, educação e outras garantias públicas é essencial. Devido a isso, a EP dos profissionais que terão acesso as reservas indígenas, deve ter seus parâmetros cautelosamente elaborados, de forma que não interfira nos direitos e garantias constitucionais reservados a esses povos, à fim de preservar seu modo de vida e também encerrar o ciclo devastador de exploração e dominação iniciado no século XVI pelos invasores portugueses (RAMOS *et al.*, 2020).

Segundo Falkenberg *et al.* (2014), o Ministério da Saúde define Educação Permanente como o processo educacional de construção de conhecimento em saúde voltado para a população. Um conjunto de práticas departamentais que ajudam a aumentar a autonomia das pessoas em enfermagem e debates com profissionais e gerentes, a fim de obter assistência médica de acordo com suas necessidades.

Esse processo de aprendizagem no trabalho proposto pelo MS, por meio da PNEPS busca o aperfeiçoamento e a qualificação do processo de trabalho em diversos níveis, orientando-se para uma melhoria de acesso e qualidade. Desta forma, fortalecendo a Política Nacional de Humanização, assim como, os processos de gestão político-institucional (RAMOS *et al.*, 2020).

A Educação Permanente desses profissionais de saúde que exercem seus trabalhos nos territórios indígenas é uma das diretrizes da PNASPI que foi criada para assegurar aos povos indígenas o ingresso à atenção total à saúde, segundo os princípios e diretrizes do SUS, considerando a diversidade social, geográfica, cultural, histórica e a política de um modo que venha favorecer a superação desses fatores que torna assim essa população de um modo geral mais vulnerável quanto aos agravos à saúde com maior magnitude e transcendência no meio dos brasileiros, reconhecendo a força de suas práticas em medicina e o direito desses povos com a sua cultura (BRASIL, 2018).

No âmbito da atenção à saúde indígena, a EP tem duas perspectivas: a aprendizagem expressiva diante dos processos e as práticas diárias, apontando o fortalecimento das obras realizadas, e a ampliação de pessoas para atuar em contexto da diversidade cultural existente no Brasil (BRASIL, 2018).

5 CONCLUSÃO

De forma geral a saúde indígena possui grandes desafios, o que requer do enfermeiro, uma série de habilidades/competências que vão além do viés salarial, a fim de promover a atenção diferenciada, tendo em vista a valorização dos aspectos culturais dos indivíduos, bem como suas especificidades e peculiaridades.

O presente estudo apontou um equilíbrio em relação ao sexo dos profissionais entrevistados, sendo 50% masculino e 50% feminino. Quanto a faixa etária de maior prevalência foi de 30 a 39 anos com 60%. Em relação raça/cor, evidenciou-se que 70% dos entrevistados se autodeclararam pardos. Quando levado em consideração o estado civil a maioria 50% são solteiros. E, 60% dos entrevistados afirmam ser pós-graduados em Saúde Indígena.

Dentre as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas aldeias sob responsabilidade do DSEI Rio Tapajós, a maior evidência foi Educação em Saúde com 70%. Contudo não deve descartar as demais respostas apontadas, como: grupões/mutirões, visita domiciliar, acolhimento com classificação de risco, acolhimento aos usuários de forma resolutiva, participação na vida da aldeia, planejamento das ações em saúde em conjunto com o AIS e o auxiliar/técnico de enfermagem, roda de conversa e elaboração do Projeto Terapêutico Singular em conjunto com as lideranças locais como cacique e conselheiros.

O estudo mostrou ainda, diversas dificuldades na assistência da população indígena, como a resistência na adesão e/ou conclusão do tratamento, resistência em procedimentos invasivos, problema na organização entre gestores, falta de suporte do Distrito, falta de capacitação/treinamento, cultura, distância entre as aldeias e o polo base, alta rotatividade de profissionais, porém a Comunicação que é prejudicada pela barreira linguística foi a mais citada, 80% dos enfermeiros compreendem que necessitam melhorar/aprender/aprimorar seus conhecimentos quanto as línguas dos povos indígenas.

As dificuldades encontradas pelos profissionais da saúde na assistência a população indígena estão relacionadas a diversos fatores, e para que estes profissionais tenha eficácia na sua assistência alguns pontos cruciais devem ser respeitado dentro de sua atuação como: elaboração de cuidados centrados no paciente; troca de informações efetiva entre os membros da equipe para continuidade de uma assistência de qualidade; redução significativa de erros com implicações nas

boas competências de segurança do paciente; e cumprimento aos padrões jurídicos, éticos e clínicos do cuidado, visto que, cabe ao enfermeiro a responsabilidade ética de não comprometer de nenhuma forma o paciente que esteja sob seus cuidados.

Além disso, foi evidenciado uma disparidade na quantidade de capacitações recebidas pelos enfermeiros do DSEI Rio Tapajós para atuação em contexto intercultural, que pode ser respondida pelo fato do estudo ter sido realizado de forma aleatória, entrevistando profissionais que estavam no local da entrevista, logo existiam pessoas com os mais diversos tempos de serviço. A interculturalidade mostrou-se elemento essencial na assistência aos povos indígenas, à medida que possibilita a inter-relação pacífica entre os profissionais de saúde e os indígenas, além da troca de saberes tendo como base o respeito a diferença.

Isto significa que a Educação Permanente na saúde indígena objetiva operacionalizar atividades educativas de caráter contínuo, voltada para a prática educativa que se orienta pelo cotidiano das atividades, partindo da reflexão crítica sobre os problemas referentes à qualidade da assistência, assegurando a participação multiprofissional e interdisciplinar, favorecendo a construção de novos conhecimentos e intercâmbio de vivências.

Constatou-se que diante de todos os desafios, o Enfermeiro é um ator muito importante na assistência dos cuidados direcionados para a populações indígenas. Assim, espera-se que os resultados desta pesquisa auxiliem na elaboração de estratégias que possibilitem o preparo e qualificação desses profissionais, assim como a elaboração de um perfil de atuação dos enfermeiros com a finalidade de propiciar qualidade de assistência à saúde dos povos indígenas.

Tendo em vista esse contexto, pretende-se ainda, criar elementos para que assim sejam realizadas reflexões diante do tema, e possivelmente sugerir estratégias que possa cada vez mais ofertar uma assistência eficaz aos povos indígenas, sendo necessário focar em Educação Permanente para os Enfermeiros principalmente voltada para o respeito as práticas culturais, conhecimentos das línguas dos povos nativos, e com isso, traçar capacitações baseada das diretrizes da APS, com foco na qualidade do cuidado mediante a comunicação entre as partes envolvidas

REFERÊNCIAS

BARBOSA, M. A. R. S.; TEIXEIRA, N. Z. F.; PEREIRA, W. R. Consulta de enfermagem – um diálogo entre os saberes técnicos e populares em saúde. **Rev. Acta Paul Enferm**, Cuiabá, v. 20, n. 2, p. 226-229, 2007.

BARBOSA, M. D. O.; LEMOS, I. C. S.; KERNTOPF, M. R.; FERNANDES, G. P. Á prática da medicina tradicional no Brasil: um resgate histórico dos tempos coloniais. **Rev. RIES**, Inf. URC Caçador, v. 5, n. 1, p. 65-77, 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 10 abr2022.

BRASIL, Planalto. **Constituição da República Federativa do Brasil: 1988**. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil03/constituicao/constituicao.htm>>. Acesso em 15 abr 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Indígena. **Distritos Sanitários Especiais Indígenas**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002**. Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Funasa 15 anos**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **4ª Conferência Nacional de Saúde indígena, Rio Quente-GO**. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Brasília-DF, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Formação inicial para agentes indígenas de saúde: módulo introdutório**. SESAI. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1801, de 09 de novembro de 2015. Define os Subtipos de Estabelecimentos de Saúde Indígena e estabelece as diretrizes para elaboração de seus projetos arquitetônicos, no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS). **Diário oficial da União**. Ministério da Saúde: Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Indígena. **Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena**. Ministério da Saúde: Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento**. 1. ed. rev., Ministério da Saúde: Brasília: 2018. 73 p.

CAJUEIRO, R. L. P. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos: guia prático do estudante**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2015, 52 p.

COELHO, B. **Um guia completo sobre todos tipos de pesquisa: abordagem, natureza, objetivos e procedimentos**, Joinville, 2019. Disponível em: <<https://blog.mettzer.com/tipos-de-pesquisa/>>. Acesso em: 10 abr 2022.

COIMBRA-JÚNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 125-32, 2000.

DA SILVA, N.C.; GONÇALVES, M.J.F.; LOPES-NETO, D. Enfermagem em saúde indígena: aplicando as diretrizes curriculares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 388-391, 2003.

FALKENBERG, M. B. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

FARAGE, N. **As Muralhas dos Sertões**: os povos indígenas no Rio Branco e a colonização. Rio de Janeiro, Paz e Terra/ANPOCS, 1991.

FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio século XXI**: O minidicionário da língua portuguesa. 4 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

FRAINER, J. **Metodologia Científica**. Centro Universitário Leonardo da Vinci. 2. ed. Indaial: Uniasselvi, 2020. 205 p.

FUNASA (Fundação Nacional de Saúde). **Políticas Públicas de saúde dos povos indígenas**. 2002a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf Acesso em 12 jun 2022.

FUNASA (Fundação Nacional de Saúde). **Política Nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. 2002b disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 17 abr 2022.

FUNAI. Fundação Nacional do Índio. **Saúde 2016**. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/index.php/saude>>. Acesso em: 09 set 2022.

GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L C. **Os Povos Indígenas e a Construção das Políticas de Saúde no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. *In*: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (org). **Caminhos do pensamento – epistemologia e método**. Rio de Janeiro: FioCruz. v. 2, 2002. p. 20-25.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. **Características Gerais dos Indígenas - Resultados do Universo**. Rio de Janeiro, RJ, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. **Características Gerais dos Indígenas - Resultados do Universo**. Rio de Janeiro, RJ, 2012.

JAIME, L. **Avaliação do trabalho da enfermagem na área indígena yanomami dos municípios de Barcelos e Santa Isabel do Rio Negro – Amazonas**. 2007. 66 f. Dissertação (Pós-Graduação). Fiocruz Amazônia. Universidade Federal do Amazonas, Barcelos, 2007.

LANDGRAF, J.; IMAZU, N. E.; ROSADO, R. M. Desafios para a Educação Permanente em Saúde Indígena: adequando o atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil. Porto Alegre. **Interface (Botucatu)**, v. 24, 2020.

LOPES, D. B. O direito dos índios no Brasil: a trajetória dos grupos indígenas nas constituições do país. **Espaço Ameríndio**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 83. 2014.

MAIA, A. S.; NASCIMENTO, E. M.; CARVALHO, T. P.; SOUSA, C. G. Os desafios da enfermagem na Atenção Integral à Saúde dos Povos Indígenas. **Enferm. Foco**. v. 12, n. 2, p. 333-338, 2021.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

MARINELLI, N. P.; NASCIMENTO, D. F.; COSTA, A. I. P.; POSSO, M. B. S.; ARAÚJO, L. P. Assistência à população indígena: dificuldades encontradas por enfermeiros. **Revista Univap**, São José dos Campos, v. 18, n. 32, p. 52-65, 2012.

MARTINS, A. L. **Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena**. Brasília, 2013.

MARTINS, J. C. L. **O trabalho do enfermeiro na saúde indígena: desenvolvendo competências para atuação no contexto intercultural**. Dissertação (Mestre em ciências) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2017.

MAZZOTI, A. J. **Relevância e aplicabilidade da pesquisa em educação**. São Paulo, 2001.

MENDONÇA, S. B. M. O agente Indígena de saúde no Parque Indígena do Xingu: reflexões. In: BARUZZI, R. G.; JUNQUEIRA, C. (Org.). **Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história**. São Paulo: Terra Virgem, 2005. p. 227-246.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 21 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2010.

PAULA, C. **Barreiras na assistência de enfermagem: de enfermeiros que atuam na assistência aos povos indígenas**. 2019. 49 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Universidade Paranaense Unidade Cascavel do Paraná. Cascavel, 2019.

POTTER, P. A.; PERRY A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

QUADRO, F. A. A. **Análise das práticas dos (as) enfermeiros (as) indígenas das etnias Guarani, Kaiowá e Terena na perspectiva do cuidado cultural**. 2016. 90 f. Tese (Doutorado em Enfermagem do Trabalho). Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Campinas, 2016.

RAMOS, M. N. Comunicação em Saúde e Interculturalidade - Perspectivas Teóricas, Metodológicas e Práticas. **Rev. Eletrônica Comum Inf Inov Saúde**. v. 6, n. 4, p. 1-19, 2012.

RAMOS, L. S.; ALMEIDA, A. Q. S.; ORÉCHIO, W. R. P.; GOMES, M. S.; OLIVEIRA, C. M.; JESUS, C. M. C.; BATISTA, J. S. H.; BAPTISTA, I. A.; CORDEIRO, L. B. A educação em saúde indígena na formação de profissionais ambientados com o meio cultural: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. São Mateus, v.12, n. 12, p. 1-8, 2020.

RELATÓRIO de violência contra os povos indígenas no Brasil dados de 2017. Conselho Indigenista Missionário (cimi), 2017. Disponível em: <https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2018/09/Relatorio-violencia-contra-povosindigenas_2017-Cimi.pdf>. Acesso em: 10 abr 2022

ROCHA, E. S.; GONÇALVES, M. J.; CRUZ, M. J.; BARONI, R. A. Perfil de enfermeiros (as) que atuam na saúde indígena e não indígena. **Cienc. Cuid. Saude**., v. 17, n. 4, 2018.

RODRIGUES, D. MENDONÇA, S. **Políticas indigenistas de Saúde** 2015. Disponível em: <https://si2.unasus.unifesp.br>. Acesso em: 09 set 2022.

RUIZ, J. A. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas 2011.

SANTOS, E. P. **O programa de imunização em uma área isolada de difícil acesso**. Um olhar sobre o Parque Indígena do Xingu. 2016. Dissertação de Mestrado do curso de Pós-Graduação/ Mestrado Profissional na Atenção Primária em Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

SEVALHO, G. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. **Cad. Saúde Públ.**, v. 9, n. 3, p. 349-363, 1993.

SILVA, N.C. Enfermagem em saúde indígena: Aplicando as diretrizes curriculares. **Revista Brasil de Enfermagem**, v. 56, 2003. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672003000400016>. Acesso em: 09 set 2022

SILVA, D. M. D., NASCIMENTO, E. H. S; SANTOS, L. A; MARTINS, N. V. N; SOUSA, M. T; FIGUEIRA, M. C. S. Dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante a permanência em casa de saúde indígena na região Amazônica/Brasil. **Revista Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 920/929, 2016.

SILVA, E. C.; SILVA, N. C. D. L.; CAFÉ, L. A.; ALMEIDA, P. M. O.; SOUZA, L. N.; SILVA, A. D. Dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde no atendimento à população indígena. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Recife. v. 13, n. 1, p. 1-7, 2021.

UNESCO. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. **Educação em saúde e bem-estar para os povos indígenas do Brasil**. Brasília, 2022.

VERANI, C. B. L. A política de saúde do índio e a organização dos serviços no Brasil. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi**, v. 15, n. 2, p. 171-192, 1999.

ANEXO A

**INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES E ROTEIRO
PARA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA**

Pesquisa: Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros atuantes na saúde indígena de Itaituba, Pará, Brasil.

Autores: Elson Silva de Jesus, Pedro Neto do Vale Pessoa

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Idade: _____ **Sexo:** () Feminino () Masculino

Raça/cor: () Branca () Negra () Parda

Estado Civil: () Casado(a) () Solteiro(a) Separado(a) () Viúvo (a)

Especialização: () sim () não

1- Nas opções abaixo, destaque quais as principais adversidades na comunicação entre o relacionamento como enfermeiro e os indígenas

() Comunicação.

() Resistência nas adesão ao tratamento e continuidade.

() Resistência em procedimentos invasivos.

() Falta de documentos pessoais.

() Prontuários sem dados pessoais.

() Problemas na organização entre gestores.

2- Descreva quais os métodos de trabalho que o enfermeiro desenvolve nas aldeias.

3- A medida que o Sr(a) foi prosseguindo no trabalho da saúde indígena, descreva o que você precisava aprender ou aprimorar a conduta profissional

4- Comente quais as principais dificuldades que o Sr(a) encontrou ao trabalhar na saúde dos povos indígenas.

5- Relate o que levou você, como profissional a entrar para trabalhar na saúde indígena.

6- Nas opções abaixo destaque, quantos treinamentos o sr(a) recebe ou recebeu enquanto profissional da SESAI?

- () nenhum
- () Entre 1 à 5
- () Entre 6 à 10
- () Entre 11 ou mais.

7 - Destaque nas opções a seguir quais os desafios enfrentados em sua vivência profissional no DSEI Rio Tapajós?

- () distância territorial em relação as aldeias
- () escassez e/ou ausência de materiais e medicamentos
- () dificuldade em lidar com a cultura indígena
- () problemas entre a EMPI (Equipe Multiprofissional Indígena)
- () dificuldade com a língua indígena
- () medo do desconhecido (viagens, isolamento)
- () outros.

8- Na sua percepção qual o principal foco de atenção que o profissional deve ter ao desenvolver a prática assistencial na Saúde Indígena.

9 - Como se dá a aceitação por parte da população indígena, quanto ao seu atendimento/acolhimento.

10 - A partir da sua experiência profissional, o que você considera necessário ser ofertado ao profissional enfermeiro que vai trabalhar dentro da área indígena.

Assinatura do participante

ANEXO B

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada **Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros atuantes na saúde indígena de Itaituba-Pará-Brasil** proposta pela Faculdade de Itaituba. Para decidir se você deve concordar ou não em participar desta pesquisa, leia atentamente os itens a seguir, os quais irão informá-lo e esclarecê-lo sobre os procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa.

1 - Objetivo da pesquisa

Analisar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na saúde indígena do Dsei Rio Tapajós

2 – Justificativa da pesquisa

Essa pesquisa buscará contribuir para uma reflexão aprofundada sobre as dificuldades do enfermeiro em relação a assistência de enfermagem com os povos indígenas. A motivação se deu pelo fato de existir culturas diferentes entre os profissionais de saúde e o respeito que se deve ter com os saberes desses povos com os saberes da ciência.

3 - Descrição dos procedimentos realizados

Será realizado uma entrevista de 20 a 30 minutos utilizando um questionário estruturado com 9 perguntas abertas e fechada. Onde será coletado os dados sociodemográficos dos entrevistados como: idade, sexo, nível de escolaridade, ocupação, renda mensal familiar e o nome da aldeia que o próprio atua.

4 - Descrição dos desconfortos e riscos da pesquisa

Assim como todas as pesquisas essa também corre risco de os resultados não serem alcançados ou não serem os esperados. Essa pesquisa apresenta risco mínimo aos participantes quanto a constrangimentos ou perda do sigilo pois não aparecerá o nome do participante. Outro ponto importante, diz respeito a possibilidade de que ao final do processo, o estudo obtido não demonstre ser tão relevante como parecia no início.

5 - Despesas, compensações e indenizações

Ao participar da pesquisa deverá estar ciente que será totalmente de forma voluntaria, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação nesse estudo.

6 - Direito de confidencialidade

O participante poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento e nos como pesquisadoras entenderemos e respeitaremos qualquer decisão tomada. Seus dados serão manuseados apenas por nós pesquisadoras, não será permitido o acesso de outras pessoas. Os resultados desse estudo poderão aparecer em revistas, porém, não aparecerá seu nome.

7 - Identificação do (a) voluntário (a) da pesquisa:

Nome: _____ Endereço: _____
 _____ Nº: _____ CEP: _____ - _____ Cidade: _____
 _____ Estado: _____ Telefone: () _____

Responsável Legal: _____ Endereço: _____
 _____ Nº: _____ CEP: _____ - _____ Cidade: _____
 _____ Estado: _____ Telefone: () _____

Essa pesquisa será enviada para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, Campus XII – Santarém. Av. Plácido de Castro, nº 1399. Aparecida. Santarém-PA. CEP 68040-090.

Eu fui informado verbalmente e por escrito sobre os dados dessa pesquisa e minhas dúvidas com relação a minha participação foram satisfatoriamente respondidas.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa. Em caso de desistência posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, durante a realização da mesma, sem penalidades, prejuízos ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Itaituba, _____ de _____ de _____

 Pedro Neto do Vale Pessoa

Telefone: (93)992277887

E-mail: pedropessoa802@gmail.com

 Elson Silva de Jesus

Telefone: (93)981049043

Email: elssonsilva344@gmail.com

 Voluntario
 Telefone

ANEXO C

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE FIEL DEPOSITÁRIO**

Eu, Odarlene Cerdeira Porto, enfermeira do Hospital Regional do Tapajós do setor de Clínica Médica, fiel depositário dos prontuários e da base de dados da pesquisa relacionada ao Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Tapajós (DSEI), situada em Itaituba – Pará, declaro que os(as) alunos(as) Elson Silva de Jesus e Pedro Neto do Vale Pessoa está autorizado a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: “Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros atuantes na saúde indígena de Itaituba-Pará-Brasil”, sob a responsabilidade da pesquisadora Ms. Rosângela de Aguiar Rodrigues, cujo objetivo geral é “Analisar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na saúde indígena do DSEI Rio Tapajós”.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
- 2) Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa.
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade do Estado do Pará – Campus XII - Tapajós, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Itaituba, ____ de _____ de ____.

NOME CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ANEXO D

**DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO GERAL**

Declaro que conheço e que:

Cumprirei os requisitos da Resolução CNS Nº 466/2012 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados, sejam eles favoráveis ou não.

Concordo em conduzir a pesquisa de acordo com o protocolo de pesquisa, com as Boas Práticas Clínicas, com as Boas Práticas de Laboratório.

Concordo em conduzir e supervisionar a pesquisa clínica pessoalmente.

Concordo em informar o patrocinador do estudo, o Comitê de Ética em Pesquisa e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária sobre os eventos adversos graves que venham a ocorrer durante o desenvolvimento da pesquisa.

Li e entendi a informação contida na Brochura do Investigador ou documento correspondente, incluindo os riscos potenciais e eventos adversos da droga em estudo.

Concordo em somente iniciar a pesquisa clínica após obter as aprovações necessárias ou cabíveis do Sistema CEP-CONEP.

Compromissos de Financiamento e Orçamentação

Declaro que conheço e que:

Não deve haver pagamento ao participante da pesquisa para sua participação, ressalvadas as pesquisas clínicas de Fase I ou de bioequivalência; e que se admite apenas o ressarcimento de despesas relacionadas à participação no estudo, por exemplo, despesas com transporte e alimentação.

Nenhum exame ou procedimento realizado em função da pesquisa pode ser cobrado do paciente ou do agente pagador de sua assistência, devendo o patrocinador da pesquisa cobrir tais despesas.

O duplo pagamento pelos procedimentos não pode ocorrer, especialmente envolvendo gasto público não autorizado (pelo SUS).

O estabelecimento dos pagamentos de exame e/ou procedimento realizados em função da pesquisa, em caso de patrocinadores externos, deve ser feito em comum acordo entre o patrocinador e a instituição.

A Instituição deve ter conhecimento da pesquisa e de suas repercussões orçamentárias.

O pagamento do pesquisador nunca pode ser de tal monta que o induza a alterar a relação risco/benefício para os participantes da pesquisa.

A remuneração do pesquisador deve constar como item específico de despesa no orçamento da pesquisa.

Compromisso de Indenização

Declaro conhecer o fato de que esta pesquisa irá garantir a indenização dos participantes da pesquisa (cobertura material), em reparação a dano imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade, sendo o dano de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa ou dela decorrente. E que jamais será exigido dos participantes da pesquisa, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano.

Compromisso Metodológico

Declaro que conheço e que:

Toda a pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. As pesquisas serão admissíveis quando o risco se justifique pelo benefício esperado. (Resolução CNS Nº 466/2012 – V. 1.a).

Se o projeto de pesquisa for inadequado do ponto de vista metodológico, ele é inútil e, portanto, eticamente inaceitável - o arquivo contendo a íntegra do projeto de pesquisa deve também conter metodologia e lista de referência bibliográfica adequada, suficiente e atualizada. Declaro ainda que os critérios de inclusão e exclusão do estudo serão claramente delineados no projeto em tela.

Compromisso de documentação

Declaro que entregarei, ao sistema CEP/CONEP, relatórios da pesquisa (parciais – no mínimo semestrais – e de encerramento) e notificações de eventos adversos sérios e imprevistos no andamento do estudo.

É responsabilidade do pesquisador acompanhar todos os trâmites de seu projeto na Plataforma Brasil, independentemente de qualquer mensagem enviada pelo sistema.

Elson Silva de Jesus

Pedro Neto do Vale Pessoa

M.s Rosangela de Aguiar Rodrigues

ANEXO E

**TERMO DE SOLICITAÇÃO DE CONFECÇÃO DA CARTA DE ANUÊNCIA**

Senhor (a): Cleidiane Carvalho Ribeiro dos Santos

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada “Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros atuantes na saúde indígena de Itaituba-Pará-Brasil” a ser realizada no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) - Rio Tapajós, pelos alunos de graduação Elson Silva de Jesus, Pedro Neto do Vale Pessoa, sob orientação da Professora Ms. Rosângela de Aguiar Rodrigues, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): Objetivo Geral: Dificuldades enfrentadas pelos Enfermeiros atuante na saúde indígena de Itaituba-PARA-BRASIL Descrever. Objetivos específicos: Demonstrar o perfil sócio demográficos dos enfermeiros que atuam na saúde indígena. Descrever as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros frente as ações de atenção básica, voltadas à população indígena. Apontar as principais dificuldades que o enfermeiro enfrenta durante a execução de sua atividade com os cuidados ao indígena.

Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico. Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda, que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Local, ____ de _____ de _____

() Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitação

Assinatura e Carimbo do Dirigente maior da instituição