

UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA TURMA III
PÓLO ARACRUZ-ES

RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE ACOLHIMENTO E VÍNCULO NA SAÚDE
INDÍGENA: SUPERANDO DIFICULDADES E EXPECTATIVAS.

WALTER LACERDA DE OLIVEIRA PRADO

2014

WALTER LACERDA DE OLIVEIRA PRADO

RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE ACOLHIMENTO E VÍNCULO NA SAÚDE
INDÍGENA: SUPERANDO DIFICULDADES E EXPECTATIVAS.

Monografia apresentada a
Universidade Federal de São
Paulo, para a obtenção do título de
Especialista em Saúde Indígena.
Orientadora Prof.(a) Patrícia Rech.

SÃO PAULO

2014

AGRADECIMENTOS

Ao Reis dos reis e Senhor dos senhores, Criador de todas as coisas. Que me sustenta e tem me preservado com vida, saúde e me dado proteção. A Ele toda honra, toda glória e todo louvor, hoje e eternamente.

A minha querida esposa, presente de Deus em minha vida, que me completa e que ao caminhar ao meu lado, como companheira tem dividido muitos momentos felizes e tristes como a solidão em função da distância por conta do trabalho.

As minhas duas filhas, preciosidades da minha vida, “amores do pai”, herança do Senhor, as quais amo de paixão e que são a razão do complemento da felicidade do pai e da mãe. Ao meu genro que somando-se à família, trouxe-nos alegria por tornar nossa filha, mais feliz.

Aos meus pais, que mesmo estando distantes, têm intercedido em suas orações junto a Deus por mim. Tudo que sou devo a vocês.

Aos meus sogros, que foram e continuam sendo meus segundos pais, obrigado pelo apoio e por tudo que fizeram por mim, esposa e filhas.

A minha orientadora que se dispôs a me auxiliar, mesmo virtualmente, e que tem auxiliado muitos profissionais a se especializarem para melhor poderem atuar junto à população indígena.

A todos, meu muito obrigado e que DEUS vos abençoe!

“A maior necessidade do mundo é a de homens – homens que se não comprem nem se vendam; homens que no íntimo da alma sejam verdadeiros e honestos; homens que não temam chamar o pecado pelo seu nome exato; homens, cuja consciência seja tão fiel ao dever como a bússola o é ao pólo; homens que permaneçam firmes pelo que é reto, ainda que caiam os céus. “

Ellen Gold White

RESUMO

O estudo trata de uma revisão de literatura e relato de experiência sobre o acolhimento e o vínculo na saúde indígena. O objetivo do estudo é descrever como se manifestam as práticas de vínculo e acolhimento na produção do cuidado, quais as dificuldades encontradas por profissionais da saúde no processo de estabelecer vínculo junto aos usuários dos serviços de saúde e sistematizar a experiência do autor e suas observações com relação ao acolhimento e a construção de vínculo junto às populações indígenas em um DSEI da Amazônia legal. Analisando os achados, percebe-se que na produção do cuidado em saúde da atenção primária, o acolhimento e o vínculo são essenciais para uma boa resolutividade e integralidade na assistência. Num contexto intercultural, com suas especificidades esses recursos tecnológicos precisam ocorrer, porém, de forma adaptável. O despreparo teórico para se atuar num contexto intercultural, apesar de ser uma lacuna a ser superada, não tem sido empecilho para que a enfermagem consiga estabelecer uma relação pautada nos princípios da humanização, do acolhimento e construção de vínculo.

Palavras-chave: Acolhimento; Vínculo; Saúde indígena; Enfermagem na saúde indígena; Dificuldades na saúde indígena.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS: Atenção Básica à Saúde

APS: Atenção Primária à Saúde

CASAI: Casa de Saúde Indígena

DSEI: Distrito Sanitário Especial Indígena

DST: Doença Sexualmente Transmissível

EAD: Educação a Distância

EMSI: Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

ESF: Estratégia Saúde da Família

FUNAI: Fundação Nacional do Índio

FUNASA: Fundação Nacional de Saúde

MS: Ministério da Saúde

PEC: Proposta de Emenda à Constituição

PNASPI: Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

SESAI: Secretaria de Saúde Indígena

SIASI: Sistema de Informação da Saúde Indígena

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

UNIFESP: Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

- 1. INTRODUÇÃO**
- 2. OBJETIVOS**
 - 2.1 Objetivo geral**
 - 2.2 Objetivo específico**
- 3. METODOLOGIA**
- 4. RESULTADOS / DISCUSSÃO**
 - 4.1 Análise da literatura**
 - 4.2 Relato de experiência**
- 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**
- 6. REFERÊNCIAS**

1. INTRODUÇÃO

O processo de migração e colonização do Brasil pelos portugueses, traz em seus anais, violências e excessos cometidos, forte dominação, escravidão, epidemias e até o extermínio de várias sociedades indígenas (RODRIGUES e cols, 2013). A FUNAI – Fundação Nacional do Índio, órgão indigenista oficial do Estado Brasileiro, traz a seguinte informação:

“O processo de colonização levou à extinção muitas sociedades indígenas que viviam no território dominado, seja pela ação das armas, seja em decorrência do contágio por doenças trazidas dos países distantes, ou, ainda, pela aplicação de políticas visando à "assimilação" dos índios à nova sociedade implantada, com forte influência européia. Embora não se saiba exatamente quantas sociedades indígenas existiam no Brasil à época da chegada dos europeus, há estimativas sobre o número de habitantes nativos naquele tempo, que variam de 1 a 10 milhões de indivíduos. Números que servem para dar uma idéia da imensa quantidade de pessoas e sociedades indígenas inteiras exterminadas ao longo desses 500 anos, como resultado de um processo de colonização baseado no uso da força, por meio das guerras e da política de assimilação”. (FUNAI, website, 2013)

Após V séculos do “descobrimento do Brasil” ainda há de formas pontuais, conflitos regionalizados, sejam esses camuflados ou explicitamente abertos, expressos através dos interesses governamentais, políticos, empresariais, científicos ou econômicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Como exemplo, podemos citar a construção da Usina Hidroelétrica de Belo

Monte no Estado do Pará, região Norte do país, que foi noticiada na mídia, por conta das reivindicações indígenas não serem atendidas, como: a desintração e a demarcação física das Terras indígenas da referida localidade. Outro exemplo, é a posição contrária dos indígenas referente à PEC 215 que altera as regras referente à demarcação das terras indígenas favorecendo o agronegócio e os interesses dos grandes latifundiários.

Com um histórico de relações conturbadas, pautadas pela desigualdade de forças, gerou-se uma condição de subordinação e dependência dos povos indígenas em relação à sociedade nacional. Uma das facetas dessa dependência é a assistência à saúde, que em épocas remotas, segundo (RODRIGUES e cols, 2013), possuía uma característica desorganizada e descontínua. Hoje, em 2014, após tantas mudanças, avanços, conquistas e ganhos que a saúde indígena passou e vem passando, é notável grande diferença, porém com ressalvas de que muitas outras precisam ocorrer, não só no subsistema de atenção à saúde indígena, mas no Sistema Único de Saúde (SUS) como um todo.

É preconizado, nas diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), que os serviços de saúde, no nível local, estejam organizados a partir da atenção primária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). O desconhecimento dos termos “atenção básica ou atenção primária” podem ser entendidos equivocadamente como mínimo ou primitivo (SCHAPER e cols. 2013) ou algo simplório, fácil, pequeno, de pouca importância e destituído de embasamento científico/teórico, porém, os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde” (APS) além de equivalentes, referem-se à promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, reabilitação e a

redução de danos, além de ser a principal porta de entrada do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Portanto, há uma grandiosa complexidade tecnológica, operadas por meio de ações, conhecimentos e conceitos teórico-práticos que jogam por terra, aquele pré-conceito. Segundo SCHAPER e cols. (2013), na Conferência de Alma-Ata, em 1978, foi definido *“como elementos essenciais da atenção primária à saúde, a educação sanitária; o saneamento básico; a atenção materno-infantil (incluindo imunização e planejamento familiar), a prevenção de endemias, o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e a valorização da medicina tradicional”*, pressupondo-se, portanto uma alta resolutividade neste nível de atenção.

O modelo assistencial não hegemônico, também denominado de Modelo Sanitarista ou Vigilância em Saúde é o que norteia as ações de saúde na população indígena. Nesse modelo, a atenção integral à saúde se diferencia por suas especificidades, por contemplar a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política dos povos indígenas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Essa especificidade é ratificada na Lei nº 9.836/1999 em seu Art. 19-F, que transcreve:

“Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição,

habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.”

A especificidade como princípio norteador da Política de Humanização é apresentada da seguinte forma: *“Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.);...”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A Atenção Básica orienta-se por princípios como: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade, cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. A APS como a principal porta de entrada do SUS, deve dispor de recursos tecnológicos, que segundo COELHO e JORGE (2009), são: acesso, acolhimento e vínculo que servem para estabelecer relações entre os trabalhadores da saúde e usuários, com o objetivo de tornar as ações de saúde, mais acolhedoras, mais ágeis e mais resolutivas.

No Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde para os povos indígenas, ocorrida em 1993, foi apresentado a necessidade de *“existência de uma rede de serviços, com equipes de saúde, adequadamente capacitados para o atendimento aos povos indígenas,...”* e também a importância de treinar e reciclar os profissionais de saúde que atuam em áreas indígenas, compreendendo conhecimentos linguísticos, culturais e técnicos específicos de cada etnia. O mesmo tema voltou a ser elencado na IV Conferência Nacional

de Saúde Indígena em 2005, quando o relatório final trouxe a seguinte citação: *“Muitos profissionais que atuam na atenção à saúde indígena não recebem capacitação para compreender e atuar respeitosamente junto às culturas indígenas”*. Em Dezembro de 2013, ocorreu em Brasília-DF, a V Conferência Nacional de Saúde Indígena, porém até o momento (Abril/2014) o Relatório final não foi divulgado, mas o que se verifica *in loco* é que a necessidade de se cumprir o que foi apresentado nas Conferências citadas, ainda perdura. Entretanto, apesar dessa capacitação ser deficiente, e em muitos casos até inexistente, trabalhar junto às comunidades indígenas causa estranheza a princípio, mas com aptidão, mesmo que esta seja empírica, e capacidade técnica, é possível se adaptar e desenvolver um bom trabalho.

Atuar na saúde indígena, dentro de um contexto intercultural e com suas especificidades *“requer cuidados específicos e qualificados”* (MARINELLI e cols., 2012), pois de acordo com LANGDON e cols. (2006) falta preparo para se atuar em contexto étnico específico. Diante dessas afirmações, pergunta-se: será que os profissionais que atuam na saúde indígena e que não tiveram uma capacitação ou treinamento para atuar em um contexto intercultural encontram dificuldades para formar vínculo com a comunidade que eles prestam assistência? Todavia, tendo a vivência como fonte de observação, o presente estudo objetiva mostrar que a conquista do vínculo com a população indígena, tem seus desafios e peculiaridades.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Descrever como se manifestam as práticas de vínculo e acolhimento na produção do cuidado nos serviços de atenção primária à saúde.

2.2 Objetivos Específicos:

- I. Descrever as dificuldades encontradas por profissionais da saúde no processo de estabelecer vínculo junto aos usuários dos serviços de saúde, especificamente na APS.
- II. Sistematizar a experiência do autor e suas observações com relação ao acolhimento e a construção de vínculo junto às populações indígenas do Distrito Sanitário Especial Indígena do Amapá e Norte do Pará, no período de Junho de 2011 a Abril de 2014.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica de caráter exploratório-descritivo de abordagem qualitativa. Optou-se por uma revisão bibliográfica e de relato de experiência, em virtude de não se dispor de tempo suficiente para a realização de coleta de dados primários.

A busca foi realizada nos meses de Novembro e Dezembro de 2013 na base de dados do Google Acadêmico utilizando as seguintes palavras-chave: atenção primária, atenção básica, vínculo, acolhimento, saúde indígena e população indígena. Das várias produções que surgiram como resultado da busca, utilizou-se o seguinte critério: produções nacionais, publicadas no período máximo de dez anos e que abordassem ou mencionassem em seu conteúdo a questão do vínculo e do acolhimento (de preferência na atenção básica), como ocorrem e as dificuldades que se encontram para o seu estabelecimento, incluindo na saúde indígena (Quadro 1).

Após a seleção das publicações que satisfizessem os critérios, viu-se a necessidade de incluir materiais específicos relacionados à saúde indígena obtidos durante as aulas do Curso de Especialização em Saúde Indígena ministrado pela UNIFESP/EAD (Quadro 2). Concluída a Introdução, houve uma revisão por parte da orientadora que sugeriu o acréscimo de mais algumas produções científicas, que consubstanciaria o material já selecionado (Quadro 2).

Incluí-se, também, neste estudo o relato de experiência do autor, que trata de sua vivência do cotidiano como enfermeiro pertencente a uma Equipe

Multidisciplinar de Saúde Indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena do
Amapá e Norte do Pará.

4. RESULTADOS / DISCUSSÃO

Após a aplicação da metodologia descrita, obtivemos os resultados conforme apresentados nos Quadros 1,2 e 3.

Quadro 1 – Artigos escolhidos, após critério de seleção, no Google Acadêmico.

Título do artigo	Ano publicação
Compreensão de enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na ESF.	2012
Fatores que favorecem e dificultam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de atenção à saúde.	2010
O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007).	2010
Assistência à população indígena: dificuldades encontradas por enfermeiros.	2012
Acolhimento e vínculo em uma equipe do PSF.	2004
O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na ESF.	2012
Opinião de enfermeiros acerca do que é trabalhar com famílias no PSF.	2007
Acolhimento e vínculo em uma equipe do PSF.	2004
O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na ESF.	2012

Quadro 2 - Materiais específicos do Curso de Especialização em Saúde Indígena UNIFESP/EAD.

Título do artigo	Ano Publicação
Documento Base para Gestores e Trabalhadores	2010
Política Nacional de Humanização.	2010
Política Nacional de Atenção Básica.	2012
Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos	2002
Política Indigenista de Saúde.	2013
Atenção Básica na Saúde Indígena: mudando para	2013

Quadro 3 – Artigos indicados pela orientadora.

Título do artigo	Ano publicação
Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo.	2009
Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros.	2012
A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil.	2006
Um panorama sobre recursos humanos em saúde indígena.	2005

4.1 Análise da literatura

O usuário que chega em um serviço de saúde, deseja e espera uma boa receptividade e mais que isso, a resolutividade do seu caso. A forma como esse serviço de saúde está organizado, o modo como o processo do cuidar se desenvolve, gerará ou não a satisfação do usuário, dependendo da maneira como ele foi acolhido nesse processo. Segundo apresenta SCHIMITH e LIMA (2004), a procura por serviços que atendam a expectativa da população, chega a ultrapassar os limites geográficos. Além disso, o ato de recepcionar o usuário é o momento em que se reconhecem suas necessidades, que serão investigadas, elaboradas e negociadas para saber quais serão atendidas. A contribuição que SCHAPER e cols. (2013) dão nesse sentido, apresenta o processo de trabalho como um espaço que propicia mudanças.

Acolhimento *“implica na responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde sua chegada até a sua saída.”* Isso implica: ouvir sua queixa, levando em consideração *“suas preocupações e angústias”*, através de uma

escuta qualificada para se garantir a integralidade e resolutividade da atenção de forma responsável, por meio do acionamento e articulação de redes internas e externas, objetivando a horizontalidade do cuidado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Um acolhimento efetivo ocorre quando o trabalhador da saúde responsabiliza-se pelo estado de saúde do usuário e um sentimento de confiança é despertado no usuário (BECK e cols., 2010). É preconizado, dentro de uma política humanizada, que as estratégias de atendimento sejam feitas por um profissional qualificado e treinado para escutar e classificar, de forma que ocorra um atendimento acolhedor e resolutivo baseado no critério de risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Acolhimento é classificado como uma *“ferramenta de organização do serviço”* de forma a reverter o trato desumanizado e o ato de conhecer o usuário pelo nome e dar boas-vindas, abrirá a possibilidade do usuário *“relatar com confiança suas reais necessidades de saúde”* (SCHIMITH E LIMA, 2004).

Segundo publicação do MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010), vínculo é definido como um encontro que ocorre entre usuário e trabalhador da saúde, onde de cada lado há *“intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, em que um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Desse modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e ética entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos”*. Pode-se inferir, portanto que vínculo é tomar conhecimento das *“pessoas e seus problemas”*, sendo assim as ações de saúde serão mais eficazes e permitirá *“a participação*

do usuário durante a prestação do serviço". (SCHIMITH E LIMA, 2004). Semelhante a um prisma, o vínculo pode ser visto e projetado tanto como um princípio, como um fundamento, como uma diretriz e também como um recurso tecnológico. A continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado só são garantidas quando é desenvolvido uma relação de vínculo entre a população adscrita e as equipes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

BRUNELLO e cols. (2010) apresentam que a busca por qualidade nos serviços de saúde tem aumentado e está *"fundamentada na avaliação do atendimento prestado aos usuários"*, pretendendo com isso, uma melhoria na organização dos serviços e das práticas profissionais. Portando a tríade do atendimento, que COELHO E JORGE (2009) denominam de tecnologias leves, ou seja, acesso, acolhimento e vínculo, é de suma importância nessa avaliação. Esses recursos tecnológicos se entrelaçam e transparecem através das ações de saúde e das inter-relações entre trabalhador/equipe e usuários.

Na atenção básica, mais do que nos demais níveis de atenção, é possível encontrar um ambiente mais favorável à interação social (COELHO E JORGE, 2009), talvez por haver uma clientela menos rotativa como se encontra nos hospitais, que se utilizam de protocolos de atendimento, enfatizados por técnicas e procedimentos, levando a se ter tempo insuficiente para o desenvolvimento dessa relação (BRUNELLO e cols., 2010); já o nível primário de atenção, permite ações e um fluxo no atendimento, que favorece a proximidade e, conseqüentemente, a conquista e confiança do usuário. Entretanto, este ambiente da APS, não está isento de encontrar dificuldades referentes à criação de vínculo com a população adscrita, como:

- A forma como o serviço de saúde está organizado, pode induzir seus elementos a atuarem de forma mais mecanicista, impedindo um encontro individual e interativo com os pacientes. Na organização do trabalho da enfermagem, destaca-se o papel do enfermeiro que muitas vezes atua mais administrativamente do que na assistência, deixando o encontro individual com o usuário, bem como deixando de ser referência para sua equipe. Isso contribui para uma deficiência na criação de vínculo. (SCHIMITH e LIMA, 2004).
- A falta de participação e de interesse do usuário, nas ações e atividades promovidas pelo serviço, é um fator contribuinte para a não efetivação de vínculo. Seja porque, o que está sendo proposto não atende as expectativas e as necessidades do usuário, seja porque a forma como as ações estão organizadas ou a sua qualidade não propicie a formação de vínculo. (BARATIERI e cols., 2012).
- A formação de vínculo também é prejudicada, quando pessoas ou famílias residem por um curto espaço de tempo em determinada área adscrita. (BARATIERI e cols., 2012).
- Extensa área física delimitada dificulta o acesso do usuário ao serviço e ao mesmo tempo do trabalhador na realização das visitas domiciliares, gerando assim déficit no estabelecimento de vínculo. (BECK e cols, 2010).
- A rotatividade do profissional dificulta o processo de criação de vínculo, pois o tempo é essencial neste processo. (VIEGAS e PENNA, 2012).

- A elevada demanda espontânea desestrutura o funcionamento do serviço, gerando dificuldade de acolhida e de vínculo. (VIEGAS e PENNA, 2012).
- A falta de uma postura ética/profissional por parte do profissional de saúde, que pode ser expressa, dentre outras formas, através de um tratamento desumanizado, gera afastamento em vez de vínculo. COELHO e JORGE (2009) e OLIVEIRA e MARCON (2007).
- Uma formação acadêmica voltada mais para o físico e a doença do que para a pessoa, como um ser único, conduz para um atendimento mais voltado para a queixa-conduta, tornando um contato automático, suprimindo assim, a sensibilidade do profissional para o sofrimento do paciente, gerando por parte deste, um afastamento em vez de uma aproximação. COELHO e JORGE (2009).

Num estudo específico com determinada população indígena, MARINELLI e cols. (2012), relatam dificuldades encontradas por enfermeiros na assistência à saúde a essa clientela. Os cuidados da atenção básica dentro de um contexto intercultural têm suas especificidades, da mesma forma que as dificuldades encontram as suas peculiaridades. Segundo esse estudo, as dificuldades apontadas foram:

- Educação e qualificação acadêmicas deficientes e falta, por parte da instituição que gerencia a saúde indígena, de capacitar os profissionais para atuarem em ambiente de interculturalidade;
- Lidar com mitos, costumes e crenças, tais como: a pajelança e a consulta coletiva, por exemplo;

- Condições de trabalho adversas;
- Barreiras linguísticas;
- Dificuldades de acesso e barreiras geográficas;
- Aceitação do profissional pela comunidade indígena;
- Resistência de assistência por gênero;

Uma das consequências secundárias, decorrentes das dificuldades apresentadas que pode vir a ocorrer é a criação de vínculo. Tais dificuldades são mais acentuadas quando os serviços de assistência à saúde indígena estão localizados na região amazônica. Nessa delimitação territorial há desafios na implantação dos *“programas do governo e sistemas de informação devido às carências infraestruturais e tecnológicas dessa região”* (MARINELLI e cols., 2012), por conta de uma extensa área geográfica onde as populações indígenas estão dispersas em vários pontos e onde a logística e a operacionalidade são desafios constantes. Todavia, a enfermagem tem se demonstrado adaptável a várias situações e contextos. Não tem sido diferente nos serviços de atenção à saúde indígena, que estão localizados na Amazônia legal, onde os desafios e o enfrentamento do próprio ambiente de trabalho se diferenciam em muito, se comparado ao de um hospital ou de uma UBS localizados nas cidades.

Os profissionais de enfermagem que trabalham nesse contexto, se deparam com constantes desafios e as suas superações têm sido diárias, muitas vezes se deparando com sentimentos de insegurança, mas enfrentando-os com atitudes determinadas e capacidade técnica. Atuar na saúde indígena, num contexto intercultural, além de um imenso desafio, requer do profissional de

saúde uma reconstrução de competência clínica e o agregar novos conhecimentos (SCHAPER e cols., 2013). Neste cenário, o profissional enfermeiro *“deve estar apto a prestar assistência de qualidade como é preconizado pelas políticas de saúde indígenas”* e *“o cuidado de enfermagem deve ser culturalmente competente, apropriado e sensível às diferenças culturais”* (MARINELLI e cols., 2012). Esse *“deve”* seria o ideal, mas o que esse mesmo autor encontrou junto aos participantes de sua pesquisa, é que: o que falta para o enfermeiro, membro da EMSI, é uma capacitação que objetive a *“compreensão das diferenças culturais e o respeito às práticas de saúde tradicionais”*. Nesse contexto COELHO e JORGE (2009) apontam que essa é uma questão complexa, porém, pode ser alcançada em havendo, por parte do profissional, uma sensibilidade.

Uma outra questão, que segundo VIEGAS E PENNA (2012), deve ser superado é o cenário do modelo assistencial de natureza médico-curativa, onde predomina *“a desarticulação e as inúmeras queixas dos usuários”*, para aquela assistência usuário-centrado que está *“assentado no compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde, visando a garantia do acesso aos cuidados necessários, o vínculo, a corresponsabilização para com o usuário, a integralidade da assistência e o monitoramento contínuo dos resultados alcançados”*. Para se alcançar essa superação proposta, se faz necessário haver uma desconstrução da visão da medicina científica, construída durante nossa formação. Isso permitirá obter um olhar ampliado para as questões sócio culturais do processo saúde-doença e aplicarmos em nossa prática na assistência às sociedades indígenas. Para isso a escuta é fundamental. (SCHAPER e cols., 2013).

Vale destacar que a acessibilidade, como uma das características da ABS no contexto intercultural, garante a facilidade de acesso aos serviços de saúde e deve eliminar barreiras geográficas, administrativas, culturais ou de linguagem. Para a eliminação de barreiras que surgem neste contexto (saúde indígena), o modo como se dá a dinâmica do acolhimento precisa ser repensada e mudada. *“O acolhimento e a escuta favorecem a formação de vínculo, traduzindo-se na disposição do enfermeiro se envolver e estabelecer uma relação de confiança e amizade.”* (OLIVEIRA e MARCON, 2007). A aproximação, a busca pela confiança, a quebra de preconceitos e a conquista de desenvolver um vínculo, só acontecem por meio de: muito diálogo, um diálogo passivo (mais escuta do que fala); a própria convivência, onde um estuda e observa o outro; através da demonstração de competência (técnica e ética) por parte do profissional; capacidade de se articular junto às lideranças e de resolver conflitos referentes à condução dos serviços de saúde. O vínculo é expresso como relações com escuta e que este é favorecido quando o usuário vê no profissional uma capacidade técnica (BARATIERI e cols., 2012)

De acordo com BRUNELLO e cols. (2010), em vários estudos foram detectados *“uma valorização”* dos profissionais de enfermagem *“no estabelecimento do vínculo”* e este, por sua vez, para ser desenvolvido, demanda um longo tempo, não ocorre de forma imediata. Além do tempo, uma outra questão citada anteriormente, dentre as várias dificuldades encontradas para se construir um acolhimento e vínculo efetivos, é a rotatividade.

- A rotatividade é uma realidade de todos os DSEI's. (LANGDON e cols., 2006).

- *“A grande rotatividade dos profissionais traz repercussões diversas para a qualidade da prestação dos serviços,...” (DIEHL e cols., 2012)*
- *“A rotatividade do profissional dificulta esse processo de se ter vínculo e alcançar a integralidade...”; “...a rotatividade tem implicações sobre o trabalho individual e sobre o processo de trabalho em equipe.”; “A rotatividade é um obstáculo para muitos pilares que estruturam a integralidade na ESF...”. (VIEGAS e PENNA, 2012).*
- *“As pessoas ficam pouco tempo em uma área....., quando começa a se ambientar, ela sai.”; “...quando estão aprendendo a entender aquela etnia, o profissional já está indo embora e vem outro.” (PSICOLOGIA e POVOS INDÍGENAS, 2010)*
- O vínculo, formado ao longo do tempo é essencial para a continuidade da assistência, que independe de um problema de saúde. (SCHAPER e cols., 2013)
- *“Ter vínculo com a população requer tempo.” (VIEGAS E PENNA, 2012).*
- *“A constituição do vínculo requer tempo e é essencial à efetivação da longitudinalidade. Esta não pode ser alcançada em tempo inferior a um ano de contato entre profissional e usuário,....” (BARTIERI e cols., 2012)*

Há muita propriedade na transcrição argumentativa, acima, apresentada por BARTIERI e cols. (2012), no que se refere a um tempo não inferior a um ano para se conquistar o vínculo, pois este se efetiva quando a equipe e a população mantêm relações próximas e contatos continuados. Essa

proximidade é favorecida pelo tempo prolongado de convivência, possibilitando que os laços criados se estreitem e possibilitem que os profissionais conheçam melhor os reais problemas da população (BRUNELLO e cols., 2010). Um aspecto muito pertinente é conhecer a língua do povo com que se trabalha, o que propiciará um estreitamento dos laços.

4.2 Relato de experiência

O DSEI Amapá e Norte do Pará, como o próprio nome indica gerência a assistência à saúde dos povos indígenas que vivem no Estado do Amapá, nos municípios do Oiapoque (fronteira com a Guiana Francesa) e Pedra Branca do Amapari e também aos indígenas pertencentes aos municípios de Óbidos e Almeirim, norte do Pará, que vivem na Terra Indígena Parque do Tumucumaque (fronteira com o Suriname) e Terra Indígena Rio Paru d'Este. Sua população total é de 10.147 indígenas, segundo última informação do SIASI, composta por dez etnias sendo elas: Galibi, Galibi – Maruworno, Karipuna, Paliku nas Terras Indígenas do Oiapoque/AP; Waiãpi na Terra Indígena dos Waiãpi em Pedra Branca do Amapari/AP; Tirió, Kaxuiana, Xikuiana na Terra Indígena Parque do Tumucumaque em Óbidos/PA e Apalai/Waiana na Terra Indígena Rio Paru d'Este/PA. Em sua área administrativa, o DSEI Amapá e Norte do Pará possui seis Pólos Base e duas CASAIS (Oiapoque e Macapá). Desse total, somente dois Pólos Base com suas respectivas aldeias adjacentes, possuem acesso exclusivamente aéreo – apesar de isolados geograficamente, têm acesso a bens de consumo e contato com a sociedade moderna, gerando alguns usos e costumes semelhantes aos não índios (Parque do Tumucumaque – Pólo Base Missão Tirió e Rio Paru

d'Este – Pólo Base Bona), os demais possuem acesso mais facilitado (terrestre e fluvial).

Os cuidados de saúde prestados aos indígenas desse DSEI tem uma predominância maciça da enfermagem (parece que tal realidade é reproduzida nos demais DSEI's). Além dos odontólogos serem um número inexpressivo, junta-se a esses os recém chegados médicos, contratados pelo Programa Mais Médico do Governo Federal. Anterior a essa “novidade” o profissional médico neste DSEI, no período de minha atuação (2011 a 2014), nunca fez parte do quadro de funcionários e segundo consegui de informações com os profissionais mais antigos, a realidade era a mesma nos anos que antecederam à minha chegada. Essa realidade é ratificada por OLIVEIRA (2005), de que em área indígena, o profissional médico é raro. Apesar da ausência, até então, desse profissional, a assistência à saúde, além de satisfatórias, tem sido resolutivas com as populações adscritas.

Os enfermeiros responsáveis pelas equipes de técnicos de enfermagem, tem se destacado em suas ações assistenciais e administrativas. Nota-se que, a capacidade técnica dos enfermeiros junto com suas equipes tem permitido o alcance de objetivos e metas propostas pela gestão local, bem como as determinações do nível central (SESAI e MS – Brasília/DF). Parte desse sucesso se deve ao relacionamento interpessoal que foi estabelecido com as comunidades assistidas, e a outra parte é o resultado do desempenho, da sensibilidade e do compromisso pela assistência à saúde. Entretanto, não se exclui o fato de que encontramos dificuldades e impasses na criação e estabelecimento de vínculo, haja vista o fato de não haver um preparo específico dos profissionais para atuarem em ambiente intercultural e por

outras questões administrativas. Hoje percebo que a orientação antropológica recebida no período de minha graduação em enfermagem, para atuar num contexto de diferenças culturais, foi insuficiente não só do ponto de vista teórico, mas principalmente na prática, pois esta, por sua vez, nunca existiu. De igual maneira, nenhuma capacitação foi promovida pelo DSEI ao iniciarmos os trabalhos na saúde indígena. As dificuldades não se limitam à questão de capacitação e preparo, mas também às próprias condições de trabalho e a falta de uma política de estabilidade empregatícia, o que gera uma constante rotatividade impossibilitando a vinculação, além de um quadro de profissionais reduzido. Será isso uma amostra do que ocorre com os demais profissionais que atuam na saúde indígena espalhados pelo país?

Minha trajetória de assistência está por completar três anos no referido DSEI, como primeira experiência na saúde indígena. Apesar de pouco tempo, já atuei em vários Pólos Base, em várias aldeias adjacentes e com etnias diferentes, passando por regiões de fácil e de difícil acesso, mas apesar das diversidades encontradas, uma similaridade pude notar entre elas, a relação interpessoal do profissional com o indígena, ocorre com ares de desconfiança (bilateralmente), principalmente no seu início. O motivo para isso pode estar no fato de que o profissional não índio está inserido num contexto de relações históricas de intolerância étnica LANGDON e cols. (2006). Isso explica o motivo porque é um desafio, estabelecer ligação de confiança, reciprocidade e vínculo com essas pessoas.

Durante esse tempo (exatamente dois anos e oito meses) de atuação como enfermeiro responsável por um determinado Pólo Base, por questões administrativas já passei por cinco áreas diferentes. Onde as etnias, os

costumes, os hábitos, as crenças, os dialetos e os aspectos geográficos diferenciam entre si. Por este motivo, a rotatividade interna, tem sido um empecilho para se estabelecer uma identidade e um vínculo efetivo com determinada etnia. Durante esse período de atuação, temos uma média de seis meses para cada Pólo Base, levando ainda em consideração que atuamos, atualmente, numa escala de 20 x 18 {vinte dias em área e dezoito de folga; há quem questione a escala, mas deve-se levar em consideração que estar em uma área de difícil acesso, sem condições de conforto adequado, com alimentação restrita (pois há limite de peso a ser transportado na aeronave), sem comunicação com a família, já são por si só motivos que podem vir abalar o psicológico de muitos profissionais} isso redundando em aproximadamente 80 dias, no total dos seis meses, passados em área, em contato direto com as aldeias, conseqüentemente tempo significativamente insuficiente (não pela escala, mas pela rotatividade). Apesar de ter tido pouco tempo para poder estabelecer uma relação de vínculo nas áreas que atuei e atuo, o fato dessas comunidades serem assistidas por uma equipe de técnicos de enfermagem que atuam e convivem, a um período considerável, junto a elas, facilitou a aproximação e proporcionou o desenvolvimento de ações e a prestação de cuidados de uma forma menos trabalhosa. Facilita o fato de já se conhecer as pessoas da aldeia em que se trabalha (no caso dos técnicos), seus problemas de saúde, seus históricos passados, a dinâmica social do local e os pontos que precisam ser trabalhados. Como enfermeiro responsável por uma extensa área, não é possível se fixar nem mesmo no Pólo Base, pois a necessidade de realizar itinerantes, passando por todas as aldeias prestando assistência impede um convívio mais prolongado em determinada aldeia.

A forma como procurei desenvolver o acolhimento, creio ter facilitado a quebra de barreiras e temores, permitindo uma relação interpessoal mais empática. Ao realizar meus atendimentos, tanto no posto como nas visitas domiciliares, sempre procuro dialogar bastante com o usuário e sua família, um diálogo passivo (falo menos, ouço mais). Ouço suas queixas com paciência, pois muitas vezes pelas questões linguísticas necessito de tradução, que é feita pelo AIS; na ausência deste, ou nos locais que não tem esse profissional (não são todas aldeias que há AIS), busco um professor indígena ou alguém da comunidade que fale o português e depois de ouvir as queixas e os problemas de saúde apresentados, faço várias perguntas demonstrando assim interesse no caso. De posse do histórico, que surge na entrevista e na anamnese, as prescrições e orientações sempre são seguidas de explicações feitas em linguagem acessível, de fácil entendimento, de forma pausada e num tom de voz moderado. Em algumas situações, peço que o usuário ou um familiar que o acompanha, repita as orientações recebidas para que não haja dúvidas e para que possa ter certeza de que fui compreendido.

Notei que um diferencial, apesar de simples, parece que não é praticado como rotina pelos profissionais durante os atendimentos, sejam técnicos ou enfermeiros, é o exame físico com ausculta pulmonar, cardíaca, palpação, aferição de PA, etc. Comecei então a perceber que a utilização desses instrumentos na anamnese, fê-los me olhar de forma diferente. Em uma das etnias diziam: “*Enfermeiro kuré*” (Enfermeiro bom). Outras atitudes que fizeram e fazem a diferença é a disposição de realizar itinerantes em todas as aldeias, independentemente da distância ou das dificuldades de acesso e sempre acompanhadas de palestras educativas. Para isso me utilizo de um

quadro para desenhar e ilustrar, ou através do notebook para mostrar imagens de pessoas doentes, como no caso das DST's. Contextualizo o tema e uso uma linguagem simples, direta e que eles entendam. O resultado decorrente dessa forma de trabalho, se demonstrou a partir do momento em que, ao me encontrar em outras áreas, era chamado através da radiofonia por alguns AIS me pedindo orientação, ou quando em visita à CASAI e lá encontrando pacientes de diferentes etnias pelas quais passei, sou indagado quando irei voltar para sua aldeia. Identifico, através dessas respostas e reações dos indígenas, que houve uma sinalização de confiança. E porque não de vínculo, mesmo que não seja em toda a sua dimensão?

Infelizmente uma das dificuldades relacionadas ao desenvolvimento de vínculo, vem da maneira como é conduzida a EMSI. Alguns poucos membros da equipe que atuavam em área, especificamente técnicos de enfermagem, não tiveram um desempenho na produção dos serviços de saúde de maneira satisfatória. Demonstraram uma certa acomodação na forma de conduzir seus serviços, em virtude disso algumas reações que surgiram foi exatamente a aplicação de rodízio para todos da equipe. Uma reação administrativa a favor do rodízio gera o questionamento de que: será que ao se tomar tal postura está se levando em conta a importância do vínculo que já foi desenvolvido? Não haveria outra alternativa para sanar o problema? Por mais que haja um profissional ou outro que apresente uma postura de acomodação, será que se justifica aplicar um sistema de rodízio para todos e prejudicar a qualidade da assistência? Será que aquele que defende e é a favor do rodízio, compreende a dimensão do que é atuar no contexto intercultural onde o vínculo é essencial? O despreparo e a falta de capacitação para se atuar num contexto intercultural,

parece não se limitar aos profissionais do nível operacional, aqueles que atuam diretamente com a população indígena, mas também atinge os que estão no nível estratégico.

Outro ponto relevante em minha trajetória é que por termos um quadro defasado de profissionais, a maioria das vezes que entrei em área, ou foi na companhia de técnicos de enfermagem ou sozinho; somente por seis vezes tive a companhia de outro membro do EMSI, um odontólogo. Por esse motivo, ainda não pude observar como se deu o processo de desenvolvimento do acolhimento e vínculo por outro membro da EMSI, se encontrou ou não dificuldades e como se deu sua superação. Esse desencontro ocorre por alguns motivos: escalas diferentes, limitações logísticas, áreas com prioridades diferentes, equipe reduzida e áreas descobertas.

Apesar de acolhimento e vínculo terem suas conceituações distintas, elas se entrelaçam e se complementam. Utilizando minha experiência como exemplo, apesar dos entraves, parece que na prática é possível, ao se realizar um acolhimento humanizado, de maneira a derrubar barreiras e romper paradigmas, desenvolver, ou melhor, conquistar o vínculo independente de um período de tempo prolongado. Mas para isso se faz necessário compensar o fator tempo, pela intensidade do acolhimento em junção com a sensibilidade, o desempenho e a capacidade de empatia do profissional, redundando em geração de confiança. Será isso percebido por outros profissionais que atuam em situações semelhantes? Quais serão as dificuldades encontradas por profissionais ao promover o acolhimento e a formação de vínculo durante a assistência à saúde junto às populações indígenas? Dentre essas

dificuldades, será que é encontrada impasses por questões administrativas, como o caso de rotatividade interna?

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dimensão do vínculo, não se limita à confiança e a uma inter-relação amistosa, ela faz parte do próprio cuidado, da própria assistência, prolongando-a além do momento do atendimento. Na sua totalidade, o vínculo permite a integralidade do cuidado.

A equipe de enfermagem local, por mais que encontre dificuldades na realização de suas ações, tem permanecido inabalável nos seus objetivos que é o de oferecer a essa parcela da população brasileira, uma assistência de qualidade, humanizada e integral; ela tem se modelado às circunstâncias e promovido os cuidados de saúde levando em consideração suas especificidades, pois é através do vínculo que podemos identificar as reais necessidades da população atendida.

O preconceito, a marginalização, o repúdio e o descaso a esses brasileiros natos, se expressam também de forma indireta, atingindo aqueles que estão próximos e que trabalham com eles, quando não há, por exemplo, um cumprimento daquilo que foi acordado nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena no que diz respeito a um preparo, a uma capacitação que favorecerá o profissional que for atuar no contexto intercultural específico

O processo de trabalho da EMSI deve proporcionar a oportunidade de seus membros atuarem em conjunto de forma a facilitar o processo de acolhimento e vínculo.

Diante de pouco material publicado, com esse tema, relacionado à saúde indígena, pretende-se que esta abordagem gere reflexões e novos estudos. Faz -se necessário avançar as discussões não somente sobre o

vínculo na saúde indígena, mas sobre temas pertinentes que venham corroborar no sentido de desenvolvermos uma melhor assistência holística. Uma recomendação sugerida é sobre a necessidade de se proporcionar a oportunidade que os membros da EMSI atuem juntos de forma que o processo do desenvolvimento do acolhimento e vínculo ocorra como um trabalho de equipe.

6. REFERÊNCIAS

Baratieri T., Mandú ENT, Marcon SS. Compreensão de Enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na estratégia saúde da família. *Ciência y Enfermería XVIII* (2): 11-22, 2012.

Beck CLC, Prochnow A, Silva RM, Prestes FC, Tavares JP. Fatores que favorecem e dificultam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de atenção à saúde. *Esc. Anna Nery* (impr.) 2010 jul-set; 14 (3): 490-495.

Ministério da Saúde. HumanizaSUS. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília-DF, 2010.

Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Brasília-DF, 2010.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica, Brasília, 2012.

Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, Brasília, 2002.

Brunello MEF, Ponce MAS, Assis EG, et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta Paulista Enfermagem*. 2010;23(1):131-5.

Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1):1523-1531, 2009.

Diehl EE, Langdon EJ, Dias-Scopel RP. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(5):819-831, mai, 2012.

FUNAI. Fundação Nacional do Índio.[online]. Brasil; [acesso em 12 de novembro de 2013]. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/indios/indios.htm>

Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, Rio Quente-GO, relatório final. Brasília: Funasa,2007.

Langdon EJ, Diehl EE, Wiik FB, Dias-Scopel RP. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(12):2637-2646, dez., 2006.

Marinelli NP, Nascimento DF, Costa AIP, Posso MBS, Araújo LP. Assistência à população indígena: dificuldades encontradas por Enfermeiros. Revista Univap, São José dos Campos-SP, v. 18, n. 32, dez. 2012.

Oliveira LSS. Um panorama sobre recursos humanos em saúde indígena. Saúde Coletiva, vol.8, num 2, pp. 103-108, 2005.

Oliveira RG, Marcon SS. Opinião de Enfermeiros acerca do que é trabalhar com famílias no Programa Saúde da Família. Revista Latino Americana Enfermagem.2007 maio-junho; 15(3).

Psicologia e povos indígenas. Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região – São Paulo. 2010

Relatório final da II Conferência Nacional de saúde para os povos indígenas. Luziânia, Goiás, Outubro, 1993.

Rodrigues D, Mendença S, Roder F. Política Indigenista de Saúde. UNIFESP. Curso de Especialização em Saúde Indígena. 2013.

Schaper M, Rodrigues D, Pacagnella R, Fregonezi R, Oliveira LS. Atenção básica na Saúde Indígena: mudando para reconstruir. UNIFESP. Curso de Especialização em Saúde Indígena. 2013.

Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(6): 1487-1494, Nov-dez, 2004.

Viegas SMFV, Penna CMM. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na estratégia saúde da família. Revista da rede de Enfermagem do Nordeste, Rev Rene. 2012; 13(2):375-85.