

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

REGIANE BEZERRA CAMPOS

**A transferência da política de controle da tuberculose na população
indígena em região de fronteira**

Ribeirão Preto
2020

REGIANE BEZERRA CAMPOS

A transferência da política de controle da tuberculose na população indígena em região de fronteira

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde

Orientador: Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Ribeirão Preto
2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Campos, Regiane Bezerra

A transferência da política de controle da tuberculose na população indígena em região de fronteira. Ribeirão Preto, 2020.

349 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Palha, Pedro Fredemir.

1. Tuberculose. 2. Transferência de política. 3. População indígena. 4. Áreas de fronteira. 5. Análise de conteúdo

FOLHA DE APROVAÇÃO

CAMPOS, REGIANE BEZERRA

A transferência da política de controle da tuberculose na população indígena em região de fronteira

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública

Aprovado em / / 2020

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a): _____

Instituição: _____

Prof(a). Dr(a): _____

Instituição: _____

Prof(a). Dr(a): _____

Instituição: _____

Prof(a). Dr(a): _____

Instituição: _____

Dedicatória

“(...) na expressão do projeto de felicidade, como na produção do poema, da pintura, da escultura, misturam-se razão e afetos, luz e sombra, o explícito e o suposto, o retratado e o não-retratado, o retratável e o não-retratável. O projeto de felicidade é, no modo como se expressa, uma totalidade compreensiva”.

Jose Ricardo C. M. Ayres.

À minha fortaleza:

Deus, pelo seu amor e apoio incondicional, pelas provações e ensinamentos, pelas causas impossíveis e por tranquilizar o meu espírito frente aos desafios superados nesse percurso. A quem sirvo e servirei na esperança de um novo porvir. À minha família, presente de Deus na minha vida.

Aos meu amores:

Meus filhos, Lucas Almeida Campos e Nicolas Almeida Campos

Meu esposo, Luiz Almeida Campos

Meus pais, Juventino Bezerra e Germina Celestrino Bezerra

Agradecimentos Especiais

“Cada qual, conforme a dádiva que sua mão a possa dar”

Deuteronômio:16:17

Ao Prof. Pedro Fredemir Palha.

Grande Mestre, gostaria de registrar aqui a meus sentimentos de gratidão ao senhor e expressar minha admiração pela pessoa humana, solidária e intelectual que o senhor é. Agradeço pela oportunidade, pelo acolhimento, pelas vivências e ensinamentos os quais me foram oportunizados e somente possíveis devido ao acolhimento e a generosidade do senhor em aceitar o desafio de ser meu orientador.

Ao Prof. Dr. Reinaldo Antonio Sobrinho,

Grande Mestre, por todos os incentivos, pelos momentos de aprendizado, pelo apoio em vários momentos da minha jornada acadêmica e amizade.

Ao Prof. Dr. Oscar Kenji Nihei,

Grande mestre, pelo apoio, contribuições e amizade.

Ao prof. Dr. Antônio Ruffino Netto,

Grande Mestre, pelos ensinamentos, incentivo e motivação no primórdio desse estudo

“(…) não existe pensamento sem a distância que se manifesta em toda atitude de questionamento. E não existe pergunta sem a consciência de que para qualquer pergunta existem diversas respostas possíveis”.

Gadamer

Agradecimentos

“E quando o estrangeiro peregrinar contigo na vossa terra, não o oprimireis [...]. Como um natural entre vós será o estrangeiro que peregrina convosco; amá-lo-ás como a ti mesmo (...). Não cometereis injustiça no juízo, nem na vara, nem no peso, nem na medida.”

Levítico 19:33-6

“Toda a boa dádiva e todo dom perfeito são do alto, e desce do Pai das luzes, em quem não há mudança nem sombra de variação”

Tiago 1:17

*Agradeço primeiramente ao “onipotente, onipresente e onisciente **Deus**”, em quem minha fé e confiança se ancoram, pelo dom da vida, pelo caminho provido, pela paciência, motivação e esperança concedida, sem a sua providência e auxílio meus esforços seriam vãos.*

*Aos meus amados filhos (**Lucas e Nicolás**) e esposo (**Luiz**) pela motivação, apoio e compreensão nos momentos de ausência.*

*Aos meus pais (**Juventino e Germina**), pelos valores, integridade e ensinamentos.*

Aos meus irmãos, irmãs e sogra por fazerem parte da minha vida e relações, pelas contribuições indiretas e diretas na vida cotidiana durante essa jornada.

Ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, pela oportunidade de realização do curso de doutorado e por oportunizar um curso de excelência à comunidade acadêmica;

À Universidade do Oeste do Paraná – campus de Foz do Iguaçu pela oportunidade de imersão no mundo acadêmico e qualificação acadêmica.

Aos docentes da EERP, que direta ou indiretamente contribuíram com a minha formação, em especial aos que me foi possibilitado o convívio e momentos de aprendizagem;

Aos servidores da EERP e Casa de Hóspedes da USP, pela recepção, solidariedade, atenção e convívio nos períodos de estágio doutoral;

*À Prof^ª. Dr^ª. **Amélia Nunes Sicsú**, pela solidariedade, apoio e contribuições;*

*À Prof^ª. Dr^ª. **Teresinha Heck Weiller**, pelo compartilhamento de experiência e conhecimentos, oportunidade de convívio e contribuições;*

*À Prof^ª. Dr^ª. **Aline Aparecida Monroe**, pelas contribuições e cordialidade;*

*À Prof^ª. Dr^ª. **Susana Segura Muñoz**, pelo apoio e cordialidade;*

A todos Profissionais de Saúde e Gestores que participaram do estudo, pela receptividade, solidariedade e contributos singulares que foram fundamentais e alicerçaram esta tese;

Ao Distrito Sanitário Especial Indígena- Litoral Sul na pessoa do Sr. André Luiz Martins pela anuência do estudo;

Às Lideranças Indígenas dos municípios de Nova Laranjeiras, São Miguel do Iguazu, Guaíra e Espigão Alto do Iguazu pela autorização de coleta de dados;

*À **Celso Jopoty Alves** (Liderança Indígena), pela cordialidade e apoio;*

À Secretaria de Saúde do Estado do Paraná pela concordância e consentimento do estudo;

Aos gestores dos municípios de Nova Laranjeiras, São Miguel do Iguazu, Guaíra e Espigão Alto do Iguazu pela autorização do estudo;

Aos coordenadores do programa de controle da TB e profissionais da vigilância epidemiológica dos municípios de Nova Laranjeiras, São Miguel do Iguazu, Guaíra e Espigão Alto do Iguazu pela receptividade durante a coleta de dados nesses municípios;

Aos coordenadores do programa de controle da TB da 5ª, 9ª, 10ª e 20ª Regional de Saúde do estado do Paraná pela anuência do estudo e receptividade durante a coleta de dados nessas regionais;

A todos do grupo GEOTB e GEQUALIS, receptividade e compartilhamento de conhecimento;

Ao Grupo de Trabalho para Integração das Ações de Saúde- Itaipu (GT Saúde) pela oportunidade de diálogos em saúde em um contexto internacional, transcultural, interdisciplinar e fronteiriço;

A todos que direta ou indiretamente contribuíram na realização desta importante etapa da minha vida.

“À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)” pela aprovação do Projeto Acadêmico do DINTER“;

“À Fundação Binacional Itaipú pelo financiamento do DINTER“;

“À Fundação Araucária pelo auxílio financeiro durante o estágio doutoral”.

RESUMO

CAMPOS, R.B. **A transferência da política de controle da tuberculose na população indígena em região de fronteira.** 349 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2020.

A tuberculose (TB) é um problema de saúde pública e em especial em grupos em situação de vulnerabilidades, sendo uma das mais importantes causas de morbimortalidade na população indígena. Estudo qualitativo com o objetivo de analisar a transferência de política de controle da tuberculose na população indígena em região de fronteira, no estado do Paraná. Participaram da pesquisa 36 profissionais entre gestores e trabalhadores das equipes por meio de entrevista semiestruturada, com questões relacionadas à transferência da política de controle da TB em população indígena. A coleta dos dados primários foi realizada nos meses de fevereiro e março de 2019. Foram utilizados ainda dados secundários extraídos do período de 2001 a 2018 do Sistema de Informação de Agravos de Notificação via Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão. Os dados qualitativos foram organizados e categorizados por meio do software Atlas.ti 7.0, a partir do referencial de análise de conteúdo, modalidade temática, e os quantitativos analisados por meio da estatística. Os resultados revelaram que dos 36 sujeitos da pesquisa, 34 (94,4%) tinham formação na área da saúde, 11 (30,6%) atuavam na assistência à saúde do indígena, 25 (69,4%) ocupavam cargos de gestão, e do total de participantes, 25 (69,4%) eram profissionais da enfermagem. Os municípios do estudo detiveram 50% do número de notificação por tuberculose em indígenas na faixa de fronteira do Estado. A tuberculose tem atingido indígenas residentes na zona rural (74%), sexo masculino (59,3%), economicamente ativos (45,8%) e com ausência ou baixa escolaridade (68,8%). A tuberculose pulmonar esteve presente em (88,5%) dos casos diagnosticados e o desfecho por cura não alcançou a meta de 85% dos casos. A fase qualitativa revelou que a enfermagem tem assumido o controle da tuberculose nos indígenas; identificaram-se dificuldades da gestão à integração do sistema de saúde; manutenção de insumos e infraestrutura; garantia das diretrizes gerais da política. A alta rotatividade, déficit de profissionais, falta de educação permanente e precarização das relações trabalhistas têm comprometido a prática assistencial e do acompanhamento dos casos de tuberculose junto às equipes. Conclui-se que modelos de transferência da política e controle da tuberculose, adotados em populações indígenas em região de fronteira ainda é um dos entraves à garantia da assistência resolutiva, equânime e do estado de direito. O contexto fronteiriço requer melhor compreensão das especificidades regionais, modo de organização social e dos aspectos de determinam a vida das populações indígenas, permeados por um ambiente intercultural e de vulnerabilidades. É preciso repensar a transferência das políticas e de proteção social, e em especial é preciso combater a discriminação negativa sobre os indígenas que culturalmente vem sendo construída na sociedade.

Palavras-chave: Tuberculose. Transferência de Política. População indígena. Áreas de Fronteira. Análise de Conteúdo.

ABSTRACT

CAMPOS, R.B. **Transfer of tuberculosis policy control in the indigenous population from border regions.** 349 f. Thesis (Doctorate) – Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Tuberculosis (TB) is a public health problem and especially in vulnerable groups, being one of the most important causes of morbidity and mortality in the indigenous population. Qualitative study with the objective of analyzing the transfer of tuberculosis control policy in the indigenous population in a border region, in the state of Paraná. 36 professionals participated in the research, including managers and team workers, through semi-structured interviews, with questions related to the transfer of the TB control policy in an indigenous population. The collection of primary data was carried out in the months of February and March 2019. Secondary data extracted from the period 2001 to 2018 from the Information System for Notifiable Diseases via the Electronic System of the Citizen Information Service were also used. Qualitative data were organized and categorized using the Atlas.ti 7.0 software, based on the content analysis framework, thematic modality, and the quantitative data analyzed using statistics. The results revealed that of the 36 research subjects, 34 (94.4%) had training in health, 11 (30.6%) worked in health care for the indigenous, 25 (69.4%) held management positions, and of the total participants, 25 (69.4%) were nursing professionals. The municipalities in the study held 50% of the tuberculosis notification number among indigenous people in the state's border strip. Tuberculosis has affected indigenous people living in rural areas (74%), male (59.3%), economically active (45.8%) and with no or low education (68.8%). Pulmonary tuberculosis was present in (88.5%) of diagnosed cases and the outcome for cure did not reach the goal of 85% of cases. The qualitative phase revealed that nursing has taken control of tuberculosis in indigenous people; difficulties in management and integration of the health system were identified; maintenance of inputs and infrastructure; guarantee of general policy guidelines. The high turnover, deficit of professionals, lack of permanent education and precarious labor relations have compromised the care practice and the monitoring of tuberculosis cases with the teams. It is concluded that models of transfer of tuberculosis policy and control, adopted in indigenous populations in the border region, are still one of the obstacles to guaranteeing resolute, equitable and rule of law assistance. The border context requires a better understanding of regional specificities, mode of social organization and the aspects that determine the lives of indigenous populations, permeated by an intercultural and vulnerable environment. It is necessary to rethink the transfer of policies and social protection, and especially it is necessary to combat the negative discrimination against indigenous people that has been culturally constructed in society.

Keywords: Tuberculosis. Policy transference. Indigenous people. Border areas. Content analysis

RESUMEN

CAMPOS, R.B. **La transferencia de la política de control de la tuberculosis en la población indígena en región fronteriza.** 349 f. Tesis (Doctorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2020.

La tuberculosis (TB) es un problema de salud pública y especialmente en grupos en situación de vulnerabilidades, siendo una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en la población indígena. Estudio cualitativo con el objetivo de analizar la transferencia de la política de control de la tuberculosis en la población indígena de una región de frontera, en el estado de Paraná. 36 profesionales participaron en la encuesta entre jefes de equipo y trabajadores a través de entrevistas semiestructuradas, con cuestiones relacionadas con la transferencia de la política de control de la tuberculosis en una población indígena. La recolección de datos primarios se realizó en los meses de febrero y marzo de 2019. Datos secundarios extraídos del período 2001 a 2018 del Sistema de Información sobre Enfermedades de Notificación Obligatoria a través del Sistema Electrónico de Información Ciudadana. Los datos cualitativos fueron organizados y categorizados por medio del software Atlas.ti 7.0, basado en el marco de análisis de contenido, modalidad temático, y lo cuantitativo analizado a través de la estadística. Los resultados revelaron que de los 36 sujetos de la investigación, 34 (94,4%) tenían capacitación en salud, 11 (30,6%) trabajaba en la atención de la salud de los pueblos indígenas, 25 (69,4%) ocupaban cargos de gestión, y del total de participantes, 25 (69,4%) eran profesionales de enfermería. Los municipios del estudio tenían el 50% del número de notificación de tuberculosis en pueblos indígenas en la franja fronteriza del estado. La tuberculosis ha afectado a los pueblos indígenas residentes en la zona rural (74%), sexo masculino (59,3%), económicamente activos (45,8%) y con ausencia o baja educación (68,8%). La tuberculosis pulmonar estaba presente en el (88,5%) de los casos diagnosticados y el resultado de la cura no alcanzó la meta 85% de los casos. La fase cualitativa reveló que la enfermería ha asumido el control de la tuberculosis entre los pueblos indígenas; se identificaron dificultades desde la gerencia hasta la integración del sistema de salud; mantenimiento de insumos e infraestructura; garantía de las pautas generales de política. Alta rotación, déficit de profesionales, falta de educación permanente y las relaciones laborales precarias han comprometido la atención práctica y el seguimiento de casos de tuberculosis con los equipos. Se concluye que los modelos de transferencia de políticas y control de tuberculosis, adoptados en las poblaciones indígenas en la región fronteriza siguen siendo uno de los obstáculos para garantizar asistencia resolutive, equitativa y de derecho. El contexto de la frontera requiere una mejor comprensión de las especificidades regionales, modo de organización social y de los aspectos de la determinación de la vida de las poblaciones indígenas, impregnadas por un ambiente intercultural y de vulnerabilidad. Es necesario repensar la transferencia de políticas y protección social, y en particular es necesario combatir la discriminación negativa contra los indígenas que culturalmente se está construyendo en la sociedad.

Palabras clave: Tuberculosis. Transferencia de Políticas. Pueblos Indígenas. Zonas Fronterizas. Análisis de Contenido

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Coeficiente de incidência de tuberculose por Unidade Federativa, 2017.....	28
Figura 2 - Dados demográficos da população indígena no Brasil segundo litoral e interior, no período de 1500 a 2010, 2013	30
Figura 3 - Distribuição da população indígena segundo regiões do Brasil, IBGE - 2013....	31
Figura 4 - Percentual geral das principais causas de morbimortalidade no Brasil, 2002	32
Figura 5 - Estrutura regimental do Ministério da Saúde	37
Figura 6 - Organização do DSEI e o Modelo Assistencial do Subsistema de Atenção à Saúde do Indígena	40
Figura 7 - Mapa do Brasil com a distribuição e organização dos 34 Distritos Sanitários Especial Indígena.....	41
Figura 8 - Distribuição espacial do número de indígenas na faixa de fronteira do estado do Paraná, 2014	42
Figura 9 - Fluxograma de amostragem da Revisão Integrativa, segundo The PRISMA Group (2015), Ribeirão Preto/SP, 2020	48
Figura 10 – Modelo de Análise para Transferência de Políticas de Saúde	63
Figura 11 - Desenvolvimento da análise de conteúdo.....	75
Figura 12 - Mapas do Brasil, do Estado do Paraná, Faixa de Fronteira com seus respectivos municípios e local de estudo.....	80
Figura 13 - Mapa do estado do Paraná, segundo faixa de fronteira, Regionais de Saúde que compõem o estudo e percurso de coleta de dados, 2019	81
Figura 14 – Faixa de fronteira do Estado do Paraná segundo distribuição de Regionais de Saúde e municípios que compõem o cenário de estudo	86
Figura 15 - Mapa do Estado do Paraná, Brasil, segundo faixa de fronteira	89
Figura 16 - Mapa do estado do Paraná, Brasil, segundo municípios e terras indígenas na área de faixa de fronteira, 2014	90
Figura 17 - Distribuição da população indígena em terras indígenas no período de jan. de 2011 a 31 dez de 2018, Faixa de Fronteira do estado do Paraná-BR, 2019	91
Figura 18 - Distribuição espacial do número absoluto de casos novos de tuberculose na faixa de fronteira do estado do Paraná, no período de 2001 a 2012.....	92

Figura 19 - Profissionais, gestores municipais e regionais segundo municípios de estudo, Paraná, 2020.	106
Figura 20 - Distribuição de casos novos de tuberculose em indígenas segundo faixa etária e sexo, 2001-2018, Faixa de Fronteira, Paraná, 2020	109
Figura 21 - Casos novos de tuberculose e cura em indígenas da faixa de fronteira do Paraná no período de 2001 a 2018	109
Figura 22 - Casos de tuberculose entre indígenas na Faixa de Fronteira e Municípios de estudo.....	112
Figura 23 - Número absoluto de recortes por subcategorias de análise e a organização das práticas sanitárias no controle da tuberculose.....	121

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -Quadro cronológico legal e destaques na história da saúde dos povos indígenas no Brasil, 1910 a 2010.....	38
Quadro 2 - Caracterização do cenário de estudo segundo Regionais de Saúde, Polo Base, Município, Aldeia, Etnia e População, 2019	94
Quadro 3 - Quadro de profissionais de saúde que compõe as EMSI de Nova Laranjeiras, São Miguel do Iguaçu, Espigão Alto do Iguaçu e Guaíra, DSEI Litoral Sul, Faixa de Fronteira do estado do Paraná, 2019	95
Quadro 4 - Codificação do conteúdo primário segundo categorias e subcategorias de análise	119

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Apresentação dos artigos científicos incluídos na revisão integrativa segundo autor(es), ano, país de publicação, periódico, título e objetivo do estudo. Ribeirão Preto/SP, 2020	48
Tabela 2 - Apresentação dos estudos primários incluídos na revisão integrativa segundo autor(es), ano, país de publicação, periódico e ação de atenção à saúde para o controle da TB. Ribeirão Preto/SP, 2020	51
Tabela 3 - Distribuição da incidência de tuberculose em indígenas segundo Pólo Base e municípios aldeados de faixa de fronteira do Paraná, no período de 2011 a 2016	92
Tabela 4 - Caracterização dos municípios de estudo segundo indicadores municipais, 2020	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Agente Indígena de Saúde
AISAN	Agente Indígena de Saneamento
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CadÚnico	Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal
CASAI	Casa de Saúde do Índio
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGAPSI/Sesai	Coordenação-Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena
CGPDS/FUNAI	Coordenação-Geral de Promoção dos Direitos Sociais
CID	Classificação Internacional de Doenças
CID - 10	Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados à Saúde
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CIS	Comissão Intersetorial de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPSI	Conferência Nacional de Proteção à saúde do Índio
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COSAI	Coordenação de Saúde Indígena
DP	Desvio Padrão
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EMSI	Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
ENF	Enfermeiro
EP	Educação Permanente
ESF	Estratégia de Saúde Família
e-SIC	Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão
EVS	Equipes Volantes de Saúde
FUNAI	Fundação Nacional do Índio

FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GEOTB	Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose
GT Saúde	Grupo de Trabalho para Integração das Ações de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAE-PI	Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IDHME	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal da Educação
ILTB	Infecção Latente por tuberculose
IRA	Infecção Respiratória Aguda
ISA	Instituto Socioambiental
LEO	Laboratório de Epidemiologia e Estudos Operacionais em Saúde
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAHO	Pan American Health Organization
PB	Polo Base
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PDSI	Planos Distritais de Saúde Indígena
PECT	Programa Estadual de Controle da Tuberculose
PMCT	Programa Municipal de Controle da Tuberculose
PMM	Programa Mais Médicos
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PPD	Purified Protein Derivative
PR	Paraná
PTI	Parque Tecnológico Itaipu
RAS	Rede Atenção à Saúde
RH	Recursos Humanos
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
RS	Regionais de saúde

RT	Responsável Técnico
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SASI	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SasiSUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde
SESA	Secretaria da Saúde do Estado do Paraná
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIASI	Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SIM	Sistema de Informação sobre mortalidade
SINAN	Sistema Informação de Agravos de Notificação
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSA	Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TE	Técnico de Enfermagem
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
TP	Transferência de Política
TT	Teste Tuberculínico
UNIOESTE	Universidade do Oeste do Paraná
US	Unidade de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
VE	Vigilância Epidemiológica
WHO	World Health Organization.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	23
1 INTRODUÇÃO	27
1.1 A TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO GERAL E INDÍGENA	27
1.2 ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA.....	30
1.2.1 Os índios no Brasil: aspectos demográficos	30
1.2.3 Política Nacional de atenção à saúde dos Povos Indígenas no Brasil	34
1.2.4 Região de Fronteira	43
1.2.5 Revisão Integrativa de Literatura	46
2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	55
3 OBJETIVOS	59
3.1 OBJETIVO GERAL.....	59
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	59
4 BASES REFERENCIAIS	61
4.1 TRANSFERÊNCIA DE POLÍTICAS.....	61
4.2 DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE DOENÇA.....	65
4.3 ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	72
5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	79
5.1 TIPO DE ESTUDO	79
5.2 LOCAL DE ESTUDO.....	79
5.3 DESCRIÇÃO DOS LOCAIS DE ENTREVISTA	82
5.3.1 Nível Estadual	82
5.3.2 Nível Regional	83
5.3.3 Nível Local	85
5.4 CENÁRIO DE ESTUDO	88
5.5 POPULAÇÃO DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	95
5.6 INSTRUMENTOS DE COLETA	97
5.7 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS E ORGANIZAÇÃO.....	98
5.8 TRATAMENTO DOS DADOS	100
5.9 TÉCNICA DE APRESENTAÇÃO DOS DADOS	100
5.10 PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	101

5.10.1 Plano de análise dos dados secundários.....	101
5.10.2 Plano de análise dos dados qualitativos.....	101
5.11 ASPECTOS ÉTICOS	103
6 RESULTADOS DOS DADOS EMPÍRICOS.....	106
6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS ENVOLVIDAS NO ESTUDO	106
6.2 AS CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO AMPLAS E RESTRITAS	107
6.2.1 As condições de produção amplas.....	108
6.2.2 As condições de produção restrita	113
6.3 CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DE ANÁLISE DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À TB NA POPULAÇÃO INDÍGENA.....	118
7 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS	122
7.1 O CONTROLE DA TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO INDÍGENA	122
7.1.1 Bases organizacionais e políticas no controle da tuberculose na população indígena	123
7.1.2.1 A Política de Saúde Indígena.....	123
7.1.2.2 Política de controle da tuberculose na população indígena.....	133
7.1.2 Os serviços de saúde no controle da tuberculose na população indígena	142
7.1.2.1. A organização das ações de vigilância em saúde no controle da tuberculose	142
7.1.2.2. A organização das práticas sanitárias no controle da tuberculose.....	168
7.1.2.3 A descentralização dos serviços de saúde no controle da tuberculose	195
7.1.2.4. A articulação intersetorial e intrasetorial na atenção à saúde do indígena	207
7.1.2.5 A integração dos serviços e profissionais de saúde no controle da tuberculose.....	212
7.1.2.6 A comunicação no processo de trabalho no controle da tuberculose Erro! Indicador não definido.	
7.1.2.7 Os recursos orçamentários, materiais e a infraestrutura no controle da tuberculose	224
7.1.3. O território étnico e sócio-cultural da população indígena	228
7.1.3.1 Processos que interferem no controle da tuberculose na população indígena.....	228
7.1.3.2 As equipes de saúde no controle da tuberculose	250
7.1.3.3 Vulnerabilidade e o controle da tuberculose	265
7.1.4 Limitações do Estudo	272
7.1.5 Implicações para a Pesquisa e Prática de Enfermagem.....	273
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	275
REFERÊNCIAS	279

APÊNDICE	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
APÊNDICE A - Roteiro para entrevista Gestores	319
APÊNDICE B –Roteiro para entrevistas dos profissionais	321
APÊNDICE C- Anuência de Lideranças Indígenas de Nova Laranjeiras	323
APÊNDICE D - Anuência de Liderança Indígena de São Miguel do Iguaçu	325
APÊNDICE E - Anuência de Liderança Indígena de Espigão Alto do Iguaçu	326
APÊNDICE F - Anuência de Liderança Indígena de Guaíra	327
APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	328
APÊNDICE H – Anuência da Prefeitura de Nova Laranjeiras	330
APÊNDICE I - Anuência da Prefeitura de São Miguel do Iguaçu.....	331
APÊNDICE J- Anuência da Prefeitura de Espigão Alto do Iguaçu	332
APÊNDICE K- Anuência do Secretario Municipal de Saúde de Guaíra	333
APÊNDICE L - Anuência da 5ª Regional de Saúde	334
APÊNDICE M - Anuência da 9ª Regional de Saúde	335
APÊNDICE N - Anuência da 5ª e 10ª Regional de Saúde	336
APÊNDICE O – Anuência da 20ª Regional de Saúde	337
ANEXO.....	338
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética da EERP/USP	339
ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética da Hospital do Trabalhador SESA-PR.....	344
ANEXO C – Anuência (1) do Distrito Litoral Sul – Curitiba	347
ANEXO D – Anuência (2) do Distrito Litoral Sul - Curitiba	348
ANEXO E - Termo de concordância da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.....	349

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

A motivação para estudar a temática Tuberculose (TB) em povos indígenas, surgiu a partir de discussões sobre dados epidemiológicos da TB no estado do Paraná, no Laboratório de Epidemiologia e Estudos Operacionais em Saúde (LEO), no qual estou inserida desde 2014. Com o ingresso no mestrado nesse mesmo ano, tive a oportunidade de me aproximar da temática, assim como do desenvolvimento de estudos relacionados à TB. Nesse sentido, a pesquisa desenvolvida no mestrado objetivou analisar os pontos de estrangulamento da atenção à TB no município de Foz do Iguaçu, tendo como eixo de análise a integração de ações e coordenação da assistência como instrumento de gestão das ações e serviços ofertados que favoreçam a adesão do doente ao tratamento. O referido estudo estava inserido no projeto multicêntrico intitulado “Pontos de estrangulamento da atenção à tuberculose em municípios da região sul, sudeste e nordeste do Brasil”, liderado pelo Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB), realizado em colaboração com pesquisadores da Área Epidemiológica e Operacional da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB). O estudo mostrou que, dentre as 7 dimensões analisadas a partir dos parâmetros (limitado, básico, razoável e ótimo), na perspectiva dos serviços segundo município, a melhor capacidade institucional foi razoável, com melhor desempenho na Unidade de Saúde da Família segundo o tipo de serviço.

Na Pós-graduação e durante a realização das atividades junto ao grupo de pesquisa do Laboratório de Epidemiologia e Estudos Operacionais em Saúde (LEO), passei a compreender a vulnerabilidade da população indígena às doenças, entre elas a TB. E, por meio do acesso aos dados alarmantes do Sistema Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em relação à taxa de incidência de TB nessa população, impulsionou meu interesse em compreender em maior profundidade como são desenvolvidas as ações e políticas de controle da TB na população indígena.

Assim, em 21 de julho de 2015, participei da 132ª Reunião do Grupo de Trabalho para Integração das Ações de Saúde (GT Saúde) no eixo temático da Saúde do Indígena, realizada, no Auditório César Lattes do Parque Tecnológico Itaipu, em Foz do Iguaçu – PR - BR. A partir desse período tenho frequentado assiduamente as reuniões do GT Saúde no pilar Saúde Indígena.

A participação nas reuniões e demais atividades do GT Saúde é livre, voluntária e aberta a todos os interessados, e geralmente reúne profissionais dos serviços públicos, profissionais da academia, coordenadores e autoridades de área específica. Trata-se de encontros mensais em período integral, em que os participantes debatem, propõem e elaboram projetos voltados para o fortalecimento das ações de vigilância em saúde, capacitação de Recursos Humanos (RH) e promoção da saúde.

Nesse sentido, tive experiências relacionadas ao tema, dentre as atividades de participação ressalto a participação no 2º e 3º encontro trinacional de capacitação em saúde para Agente Indígena de Saúde (AIS), realizado no ano de 2016, promovido pelo GTS-Itaipu no Paraguai.

Como docente colaborador na Universidade do Oeste do Paraná (UNIOESTE), a partir das atividades de pesquisa e vivências, iniciei atividades de co-orientação de Iniciação Científica voltadas à temática, sendo crescente a motivação e interesse em estudar e participar de pesquisas que propiciem novos conhecimentos relacionados à TB em indígena em áreas de fronteira.

Tendo em vista a possibilidade de realização do Doutorado Interinstitucional (DINTER) do Convênio da UNIOESTE com o Programa de Pós Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), participei do processo seletivo, ingressando em outubro de 2015, sob a orientação do Prof. Pedro Fredemir Palha. Já inserida, e a partir de discussões com grupos de pesquisa, o atual projeto de pesquisa refere-se ao meu interesse e motivação em desenvolver estudo relacionado à transferência da política na atenção à saúde do indígena para o controle da TB junto ao Projeto de Pesquisa: *O Tratamento Diretamente Observado em municípios de diferentes regiões do Brasil: uma análise da Transferência da Política*, financiado pelo Edital Universal - 2018.

Cabe informar que a tese está organizada em sete capítulos. O primeiro traz uma descrição objetiva sobre os aspectos epidemiológicos da tuberculose na população geral e indígena e atenção à saúde da população indígena, obedecendo a ordem cronológica dos fatos do cenário macro ao micro. Neste capítulo foram agregadas informações sobre a tuberculose em âmbito geral, dados demográficos dos povos indígenas, perfil epidemiológico dos povos indígenas, Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no Brasil, controle da tuberculose nos povos indígenas. Apresento ainda uma revisão integrativa da literatura mostrando ações de saúde utilizadas para o controle da TB

na população indígena no contexto da América do Sul. Já no segundo capítulo, buscamos justificar esse estudo.

No terceiro capítulo, foram descritos o objetivo geral e os objetivos específicos do estudo. No quarto capítulo contribuímos com os referenciais teóricos que fundamentam o estudo, a Transferência de Política e Determinação Social do Processo Saúde-Doença, e para o referencial metodológico apresentamos a Análise de Conteúdo. No quinto capítulo, apresento a trajetória metodológica, e no sexto os resultados conforme objetivos elencados no estudo. Finalmente no sétimo apresentamos a análise qualitativa seguida das considerações finais.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 A TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO GERAL E INDÍGENA

A TB é uma doença infecto-contagiosa provocada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (CAMBAU; DRANCOURT, 2014; WHO, 2014), e apesar dos avanços tecnológicos no diagnóstico e tratamento, é uma doença que tem vitimado milhões de pessoas e apresenta, anualmente, cifras superiores a 10 milhões de casos novos, é sem sombra de dúvidas um grave problema de saúde pública (WHO, 2014, 2016; FISEHA; DEMISSIE, 2015).

Neste contexto, o relatório global de TB da OMS apontou a redução de morte por TB e diminuição dos casos novos; contudo, as taxas de 2018 indicam que cerca 10 milhões de pessoas adoeceram e 1,5 milhão de pessoas morreram de TB naquele ano. Não restam dúvidas que houve êxito no tratamento da TB, mas ainda há falta de acesso ao tratamento e aumento da carga da doença entre populações em situação de vulnerabilidade (WHO, 2019).

A distribuição mundial da TB é heterogênea. Em 2018 os 30 países com alto ônus da TB apresentaram uma concentração de 87% dos casos do mundo, sendo que o Sudeste Asiático (44%), África (24%) e Pacífico Ocidental (18%), com porcentagens menores no Mediterrâneo Oriental (8%), nas Américas (3%) e Europa (3%). Oito países representaram dois terços do total global: Índia (27%), China (9%), Indonésia (8%), Filipinas (6%), Paquistão (6%), Nigéria (4%), Bangladesh (4%) e África do Sul (3%). São 8 países com a maior carga da TB em 2018: Bangladesh, China, Índia, Indonésia, Nigéria, Paquistão, Filipinas e África do Sul, Brasil, China, Federação Russa e Zimbábue (WHO, 2019).

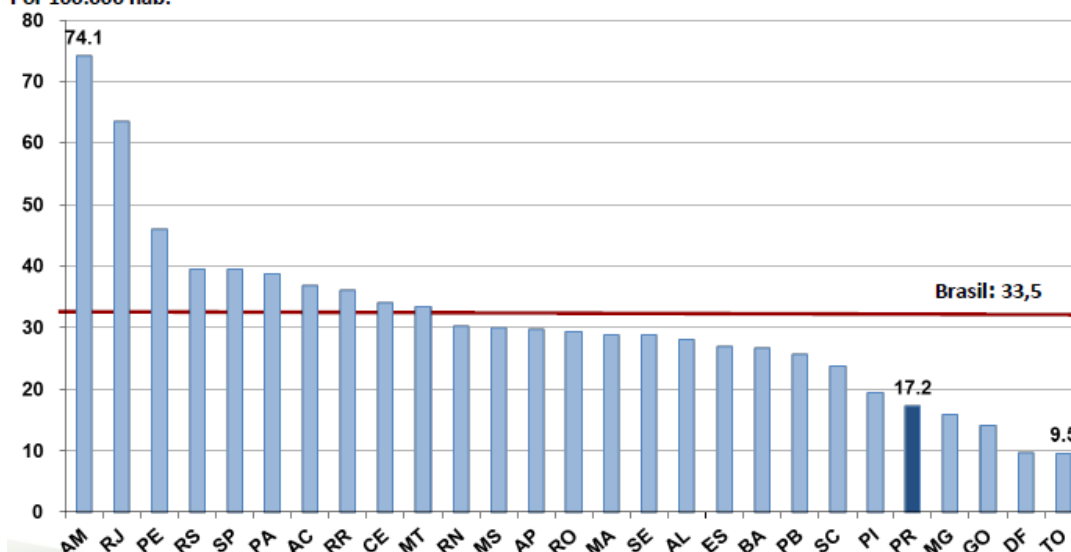
Na América Latina a incidência de TB tem reduzido nos últimos anos; em 2015, o Brasil alcançou a meta de redução do coeficiente de incidência proposto pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) como também a redução de coeficientes de prevalência e mortalidade. Entretanto, o Brasil ainda representa 33% dos casos estimados nas Américas, coeficiente de incidência médio de 41/100 mil habitantes, 0,9% dos estimados no mundo e a 18ª posição entre os 22 países onde se concentra a maior carga da doença e ainda está no ranking dos países com maior carga da doença (WHO, 2014; WHO, 2015, 2016, 2019; BRASIL, 2016).

Em 2015 a taxa de incidência da doença no país alcançou 30,9/100 mil habitantes com redução da taxa de 20,2/100 mil habitantes entre os anos de 2006 a 2015 (BRASIL, 2016) e mortalidade de 1.1/100 mil habitantes (WHO, 2016).

O Brasil exibe abrangente incidência de TB e distribuição espacial heterogênea entre as Unidades da Federação (UFs) (BRASIL, 2016). Dentre os estados brasileiros que têm apresentado menor incidência de TB, o Paraná em 2014, apresentou coeficiente de incidência de 18,1 e coeficiente de mortalidade de 1,0 por 100 mil habitantes (BRASIL, 2016), apresentando uma redução no número de casos em 2017 (Figura 1) (SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ, 2018).

Figura 1 - Coeficiente de incidência de tuberculose por Unidade Federativa, 2017

Por 100.000 hab.



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde/Ministério da Saúde/SINAN; IBGE; Secretaria da Saúde do Estado do Paraná (SESA), 2018.

Entretanto o Estado não tem conseguido alcançar a meta de 85% de cura dos novos casos (FURLAN; OLIVEIRA; MARCON, 2012). Nesse contexto, em 2018 o estado do Paraná registrou 2248 novos casos de TB, o que representa alta da doença e um crescimento de 10,9% pontuando uma taxa de incidência de 19,7 por 100 mil habitantes, ou seja, 10% a mais que o ano de 2017 (KOWALSKI, 2019).

Segundo Braga, Herrero e Cuellar (2011), o cenário é ainda mais preocupante quando analisado no contexto de fronteira, visto que a taxa de incidência na área de fronteira está muito acima da taxa incidente no Estado.

Segundo Ministério da Saúde (2011), a problemática da incidência de TB está relacionada às condições sociodemográficas, socioeconômicas, socioculturais da população como também os segmentos sociais vulneráveis. À medida que ocorre a redução da TB na população geral, essa se concentra em segmentos sociais vulneráveis tais como os indígenas (BRASIL, 2012).

Estima-se que no mundo existam cerca de 370 milhões de indígenas espalhados em 70 países (IWGIA, 2015). Os países da América Latina, Brasil, Paraguai e Argentina somam cerca de 1.964.798 indígenas, sendo 955.032 na Argentina, 896.917 no Brasil e 112.848 no Paraguai (INDEC, 2010; IBGE, 2010; IWGIA, 2015).

Os indígenas se inserem nas populações prioritárias para o Programa Nacional de Controle da TB (PNCT) por raça/cor devido à maior vulnerabilidade em adoecer (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2017). Nesse sentido, em 2012 os indicadores epidemiológicos das populações prioritárias mostraram que a 2º maior taxa de incidência por 100 mil habitantes e número de casos de retratamento com realização de cultura de escarro foi representada pelos indígenas (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, um estudo realizado com população autodeclarada indígena no estado do Paraná no período de 2001 a 2012 sugere um perfil de indígenas adoecidos por TB sendo a maioria do sexo masculino em idade produtiva com baixa escolaridade, residentes em zona rural e a maioria (86,2%) era da forma clínica pulmonar. Nos 174 casos de TB identificados nesse período, as taxas de incidência apresentaram alta variabilidade com valores entre 33,3 a 320 por 100 mil habitantes (ZORZI et al., 2019).

Assim, o problema é ainda mais crítico em região de fronteira internacional (BRAGA; HERRERO; CUELLAR, 2011; BELO et al., 2013). O estudo de análise da magnitude de TB pulmonar realizado na população fronteiriça de Mato Grosso do Sul (Brasil), Paraguai e Bolívia, apontou a taxa de incidência de TB de (253,4/100 mil habitantes) no indígena em região fronteiriça, respectivamente 6,4 maior do que na população indígena de regiões não fronteiriça, com taxas elevadas de mortalidade também (MARQUES et al., 2014).

Nota-se que o indígena tem 5,2 vezes mais risco de morrer por TB em relação à população não indígena e esse valor é acrescido de 1,8, maior em região fronteiriça (MARQUES et al., 2014).

Acredita-se que fortalecer as ações de controle da TB nas populações vulneráveis é um desafio (BRASIL, 2017). Portanto, o Plano Regional das Américas, é uma iniciativa inovadora, desenvolvida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e enfatiza as populações mais vulneráveis e grupos de risco, contemplando positivamente o indígena. Esse plano considera os determinantes sociais da tuberculose a partir da proposição de linhas estratégicas de ação e com indicadores operacionais e epidemiológicos a serem monitorados nos anos de 2016 a 2020 (BRASIL, 2017).

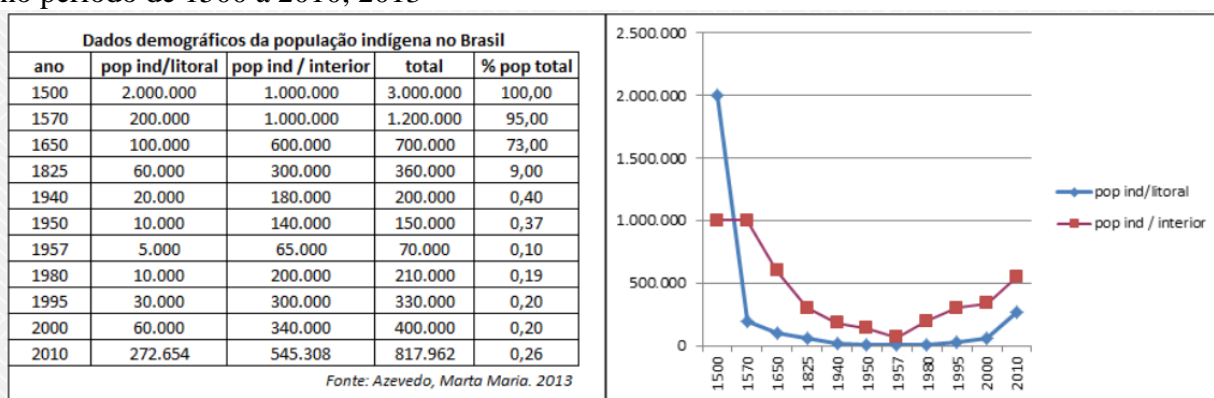
Mediante os dados apresentados, a TB é reconhecidamente um grave problema de saúde pública persistente, e com alta carga da doença em populações em situação de vulnerabilidade, como é o dos indígenas. Nesse sentido, sugere que o bom êxito e alcance das metas globais dependem de compromisso político e técnico somado aos esforços conjuntos dos doentes de TB, familiares, profissionais e gestores dos diferentes níveis de assistência à saúde.

1.2 ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA

1.2.1 Os índios no Brasil: aspectos demográficos

A estimativa da população indígena no Brasil somava cerca de 5 milhões de pessoas no início do Século XVI; entretanto, historicamente é reconhecida a dizimação desses povos por expedições aos movimentos de resistência e às suas manifestações religiosas e principalmente por epidemias de doenças infecciosas que acessaram os povos indígenas principalmente após o contato com os exploradores. Segundo o censo demográfico realizado pelo IBGE em 2010, no Brasil a população indígena somava aproximadamente 817.963 indígenas, sugerindo um dado representativo no crescimento populacional dos povos indígenas, principalmente em relação à década anterior (Figura 2).

Figura 2 - Dados demográficos da população indígena no Brasil segundo litoral e interior, no período de 1500 a 2010, 2013

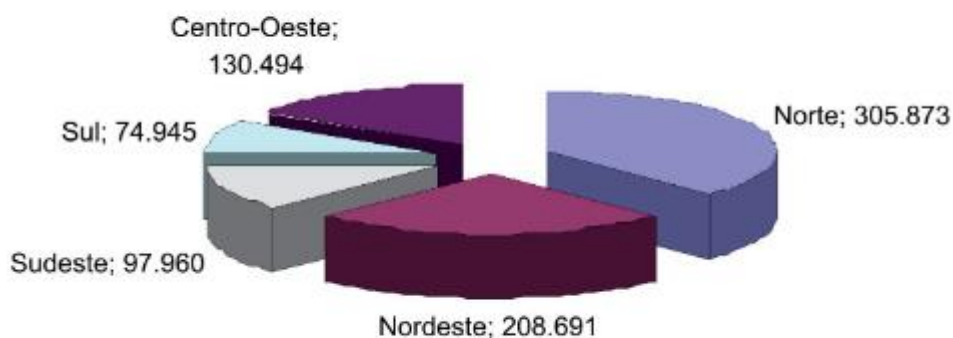


Fonte: Fundação Nacional do Índio (FUNAI), (2019).

Os povos indígenas vivem majoritariamente na zona rural, nesse sentido, cerca de 502.783 indígenas vivem na zona rural e 315.180 habitam as zonas urbanas brasileiras. Segundo o IBGE eles falam 274 línguas indígenas e são pertencentes a 305 etnias e vivem

predominantemente na região norte do país e minoritariamente na região Sul do país (Figura 3) (IBGE, 2010).

Figura 3 - Distribuição da população indígena segundo regiões do Brasil, IBGE - 2013



Fonte: FUNAI, (2019).

Na região Sul, tomamos como referência o estado do Paraná, onde podemos citar a presença dos povos Guarani, Guarani Ñhandeva, Kaingang e povo Xetá que habitam majoritariamente 33 municípios dessa Unidade Federativa. Em sua maioria são pertencentes aos subgrupos Avá/Ñandeva e Mbya, e minoritariamente aos subgrupos Kaiowá, Xetá e Xokleng (Laklanô) residentes no território paranaense (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL – ISA, FUNAI, 2019).

Nas áreas transfronteiriças existe um fluxo intenso da população indígena. Nessas regiões os povos indígenas transfronteiriços do Brasil-Argentina são identificados são os x Charrua, Guarani e Guarani Mbya, já os povos indígenas transfronteiriços do Brasil-Paraguai são os Chamococo, Guarani e Guarani Mbya (ISA, FUNAI, 2019).

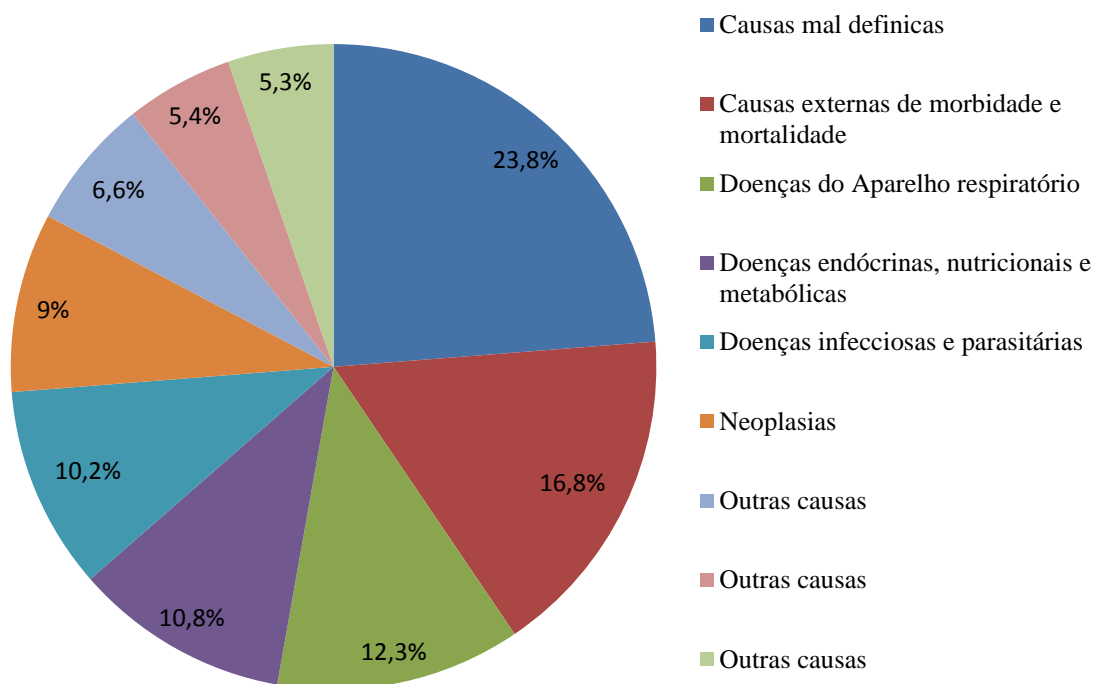
1.2.2 Perfil epidemiológico do Indígena no Brasil

Inicialmente, citamos aqui a permanência de dificuldades quanto à disponibilidade de informações e registros para análise das condições de saúde dos povos indígenas. Sobre isso, tanto as informações demográficas quanto epidemiológicas disponibilizadas no final dos anos de 1990 não possibilitava análises tampouco permitiam traçar um panorama confiável sobre as condições de saúde dos indígenas no país (COIMBRA; SANTOS, 2000). Esse fato denuncia a invisibilidade tanto demográfica quanto epidemiológica desses povos; mesmo assim, é perceptível as desigualdades, precariedade e as desvantagens dos povos

indígenas em relação aos demais segmentos populacionais (BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012), fato que perdura até os dias atuais, sendo que as dificuldades de acesso às informações para análise do perfil epidemiológico e saúde dos povos indígenas ainda permanecem (SANDES, 2018).

Com relação ao perfil epidemiológico nota-se determinada complexidade, e sobre isso, observa-se um predomínio de doenças infectocontagiosas, porém com um incremento das doenças crônico-degenerativas de um modo geral e a manutenção das doenças parasitárias, consequências de más condições de saneamento, mudança de hábitos e modo de vida tradicional, além de transtorno mental e mortes por causas externas (CARVALHO; OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2014; BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012; CARDOSO et al., 2011) (Figura 4)¹. A proporção em que esas doenças ocorrem está relacionada à intensidade das relações de contato com a sociedade em geral (BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012).

Figura 4 - Percentual geral das principais causas de morbimortalidade no Brasil, 2002



Fonte: Departamento de Saúde do Indígena/Fundação Nacional de Saúde, Brasília, Distrito Federal, (2003). In: Basta; Orellana e Arantes (2012).

Em termos de mortalidade, os registros apontam as doenças respiratórias e parasitárias como as principais causas de infortúnio nos povos indígenas, sendo

¹ Segundo Classificação Internacional de Doenças (CID) e problemas relacionados à Saúde (CID-10).

responsáveis por 22,7% das mortes, principalmente em crianças (60%) (BÓIA et al., 2009; ORELLANA et al., 2007; LUNARDI; SANTOS; COIMBRA-JR., 2007; KOSEK; BERN; GUERRANT, 2003). Sobre isso, em povos indígenas do Sul e Sudeste do Brasil em 2008, as cifras de mortalidade infantil eram 84,4%, consideravelmente mais elevadas que as taxas nacionais. Já o risco de morte por infecção respiratória aguda (IRA) representou mais da metade do risco de morte por todas as causas em indígenas menores de 5 anos. Os dados complementam que no mesmo ano, a taxa de mortalidade infantil indígena foi 138% mais alta que a da população em geral (UNICEF, 2008).

Um estudo realizado por Cardoso (2010) sob o título: “*doença respiratória aguda em indígenas Guarani no Sul e Sudeste do Brasil*”, corroborou essa tendência, apontando alta prevalência de doenças respiratórias nos indígenas do Sul e Sudeste e o impacto em números de internação e morbimortalidade que essas doenças representam. No estado do Paraná, dentre as principais morbidades que atingem a população indígena estão as doenças do aparelho respiratório, as quais representam 14,4% das principais causas de mortalidade (informação pessoal)².

O terceiro lugar no ranking foi representado pelas causas externas que nesse escopo somam-se os problemas de ordem social: alcoolismo, violência e desestruturação social (ERTHAL, 2001; SOUZA; GARNELO, 2007; SANTOS; COIMBRA-JR., 2003; GUIMARÃES; GRUBITS, 2007).

Já as mortes entre os indígenas por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas correspondem a 10,8% do total de mortes nesses povos (MALTA et al., 2007), seguido das mortes por neoplasia que representou aproximadamente 9% das mortes totais no período de estudo.

Outras demandas sanitárias encontradas em diversas áreas indígenas fazem com que a diarreia se apresente como uma doença endêmica, com frequentes surtos e alto impacto na mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade (HELLER, 2008; PALHANO-SILVA et al., 2009).

A diretriz de monitoramento das ações de saúde em áreas indígenas destaca-se pelo papel relevante no uso da epidemiologia para fins de monitorização de indicadores de saúde. Atualmente esse monitoramento é realizado a partir de bancos de dados oficiais: (Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Sistema de Informação sobre mortalidade (SIM) entre

² MARTINS, A. L. O **Subsistema de Atenção Indígena no Paraná**. Mensagem recebida por andre.martins@saude.gov.br em 05 de abr. 2016.

outros. Porém, a qualidade dos dados referentes às populações indígenas é questionável, tanto pelo sub-registro quanto, em alguns Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), pela inexistência desses dados (GARNELO; BRANDÃO; LEVINO, 2005; SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007), contribuindo diretamente para determinada invisibilidade epidemiológica dos povos indígenas (BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012).

Nesse contexto, a situação da tuberculose serve de exemplo, devido à sua estreita relação com a pobreza e desintegração social e reprodução dessa iniquidade. Em todo o mundo, é crescente a incidência da tuberculose em contextos de baixa qualidade de vida, relacionada às condições sanitárias ruins, exclusão social, desnutrição, guerras e crises (SAUNDERS; CARLTON, 2016; OLIVEIRA; ROSA, 2014; UKWAJA et al., 2012).

Sobre isso, entre as populações indígenas do Brasil, a tuberculose ainda é uma doença importante, apresentando altos índices de incidência e podendo ser até 10 vezes maior do que a encontrada na população não indígena (BRASIL, 2013; AMARANTE; COSTA, 2000; MARQUES; CUNHA, 2003).

1.2.3 Política Nacional de atenção à saúde dos Povos Indígenas no Brasil

Desde o período colonial, a relação do Estado com os povos indígenas é marcada pela indiferença e preconceito. Nesse contexto, nota-se que eventos importantes como a independência do Brasil não resultaram em mudanças na política indigenista, da mesma maneira que a constituição de 1924 não reconheceu a diversidade étnica cultural do país, ignorando a sociedade indígena a partir da visão homogênea de sociedade (BRASIL, s/d; GOMES, 2017).

Os dados históricos sugerem um profundo sofrimento dos povos indígenas, provocado pela mudança dos hábitos de vida, a escravidão, trabalho forçado, maus tratos, confinamentos e sedentarização, impostos pela cristianização e colonização. Essas injustiças e destituição da condição humana e direitos dos indígenas impactaram profundamente no adoecimento e dizimação dos povos indígenas no Brasil. Outros fatores como a perda dos valores coletivos e da autoestima e a desestruturação social, econômica também favoreceram a diminuição dessa população (BRASIL, 2016; GOMES, 2017).

“As políticas implementadas desde o período colonial visavam à integração ou ao extermínio dos mais diferentes povos, e a perspectiva de integração destes à sociedade nacional justificou diversas ações etnocidas. Considerados “entraves ao

desenvolvimento”, o destino dos povos indígenas sempre foi traçado nos termos do dominador. O direito de existência futura, com distintos modos de pensar, de organizar-se e relacionar-se com o mundo, sempre lhes foi negado. A falta de políticas públicas relativas à educação e saúde, e a demarcação de territórios insuficientes para o modo de vida tradicional, são respostas históricas com premissas integracionistas. Não é à toa que o atendimento à saúde restringe-se a medidas paliativas e emergenciais” (CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO, 2013, p.7).

Nesse sentido o reconhecimento da identidade indígena pelo Estado foi determinante para a sobrevivência do indígena e reforçou os direitos indígenas em suas especificidades que constam no Estatuto do Índio criado em 1973 pela Lei 6.001 (GOMES, 2017).

Ressalta-se que ainda hoje vivenciamos diversas situações de conflitos regionais em torno de interesses econômicos e sociais (implantação projetos de desenvolvimento, posse de terras, exploração de recursos naturais) que permeiam as relações entre diferentes segmentos da sociedade com os povos indígenas (BRASIL, 2017).

Neste contexto cabe lembrar que nos primórdios da colonização portuguesa, a atenção à saúde do indígena era realizada pelos missionários; porém, integrada às políticas do governo. Com a expansão das fronteiras econômicas e construção de linhas telegráficas e ferrovias no início do século XX, os indígenas sofreram numerosos massacres e se elevaram as taxas de mortalidade por doenças transmissíveis (BRASIL, 2002).

Nesse contexto em torno do ano de 1910 foi criado o Serviço de Proteção ao Índio (SPI) e trabalhadores nacionais, sugerindo a gênese de uma política indigenista. Entretanto a saúde dos indígenas continuou sendo restrita a ações emergenciais e em processos de pacificação em caráter esporádico e precário (GOMES, 2017). A situação era mais crítica em relação aos indígenas domiciliados em regiões de difícil acesso e somente a partir de 1950 esses povos passaram a receber assistência à Saúde (Rodrigues, 2005). Nessa década foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), vinculado ao Ministério da Saúde e desenvolvia as ações de vacinação, atendimento odontológico e controle de doenças transmissíveis e tuberculose às populações indígenas rurais nas áreas de difícil acesso. Um avanço foi a criação das Equipes Volantes de Saúde em 1967, cujas equipes realizavam atendimentos esporádicos às comunidades indígenas de sua área de atuação, prestando assistência médica, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho do pessoal de

saúde local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem (Fundação Nacional de Saúde, 2009).

Somente dentro do contexto da reforma sanitária e com a promulgação da constituição de 1988, foi reconhecido o direito de atenção diferenciada à saúde. A constituição estabeleceu o estado de direito dos povos indígenas aos cuidados universais à saúde, garantindo políticas sociais e econômicas na redução dos riscos de saúde causados pela doença e reconhecimento das organizações indígenas, costumes, línguas, crenças e tradições (Rodrigues, 2005; BRASIL, 1988).

Após dois anos da promulgação da Constituição, a Lei 8080/90 em seu capítulo V, estabelece o Subsistema de Saúde Indígena e organiza os serviços de saúde. A lei reitera a obrigação do governo em considerar as características das culturas dos povos indígenas e as necessidades locais, em sistema integral e diferenciado e o direito de acesso aos serviços de saúde nos níveis primário, secundário e terciário entre outros direitos como a demarcação da terras, saneamento básico, habitação, ambiente, nutrição, higiene e educação e integração institucional. Essa lei estabeleceu também o direito dos povos indígena na participação e controle social por meio do Conselho Nacional e Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL, 2002; BRASIL, 1990).

Nesse sentido, em 1999 com base na lei 9.836, foi criado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) no Sistema Único de Saúde (SUS), nesse a unidade básica era o distrito sanitário, que prestaria assistência à saúde dos povos indígenas em observância aos princípios do SUS (BRASIL, 1999a; BRASIL, 2002; RODRIGUES, 2005).

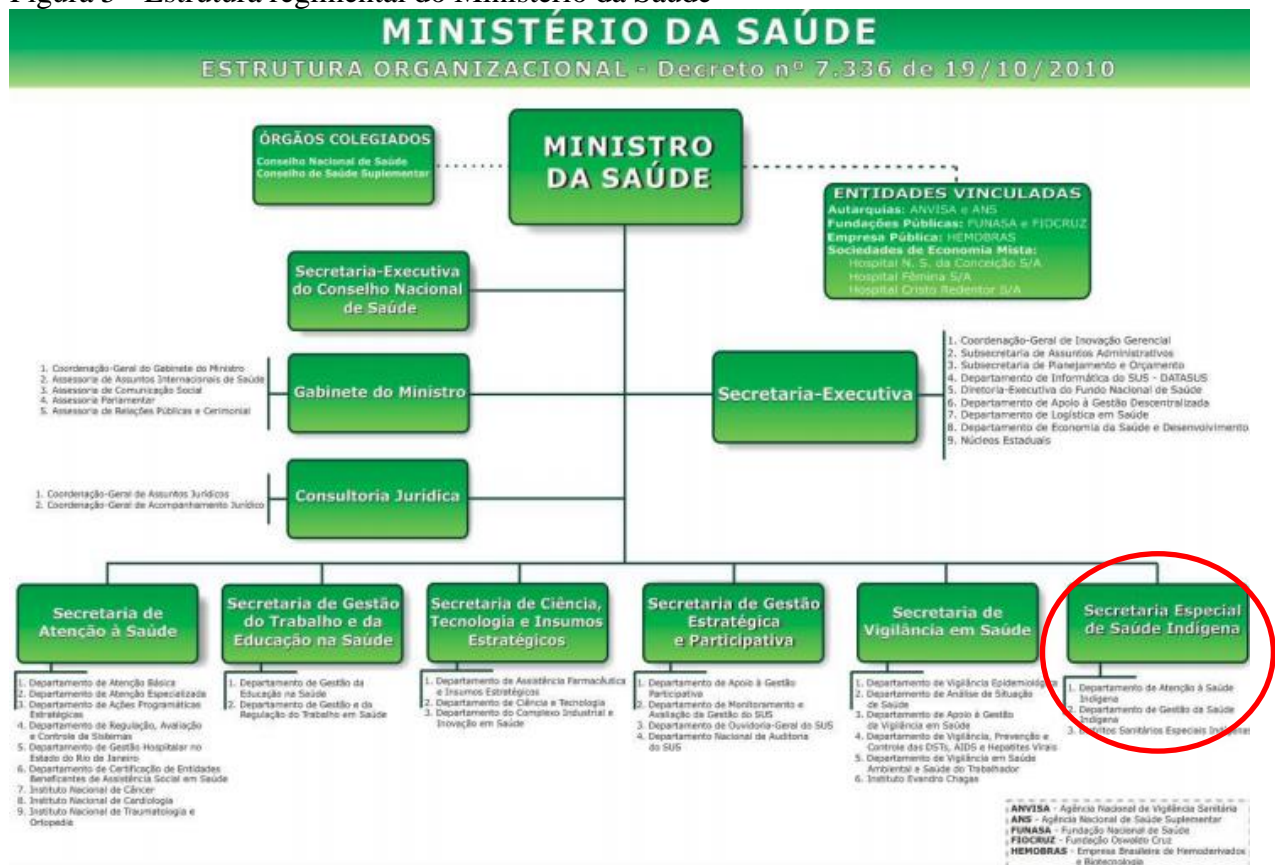
A lei Arouca 9.836 definiu os aspectos gerais sobre financiamento, modelo assistencial, relações entre o SUS e Subsistema de participação social. Segundo essa lei o financiamento da saúde do indígena é de responsabilidade da União e municípios, sendo a União responsável pela Atenção Primária à Saúde (APS) e o município pelas ações complementares de atenção básica, atenção secundária e atenção terciária (BRASIL, 1999a; 1999b; Santos et al., 2008, GARNELO, 2012).

É importante reiterar que as Conferências Nacionais de proteção ao índio de 1986 e 1993 propuseram a estruturação de um novo modelo de atenção diferenciada à saúde do indígena, nascendo aí a estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, como possibilidade de garantia do direito ao acesso universal e integral à saúde dos povos indígenas, focado nas reais necessidades das comunidades indígenas e no envolvimento desses em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações de saúde (BRASIL, 2009a).

O avanço quanto ao atendimento à saúde a essas comunidades foi reforçado com criação da Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas (PNASPI) em 2002, que enfatizou a descentralização das ações de saúde e dos recursos, a equidade, universalidade e participação social, prevendo uma ação coordenada entre os órgãos e Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a). Essa política propôs um modelo diferenciado de atenção à saúde do indígena, surgindo assim as redes de serviços nas terras indígenas (BRASIL, 2009a).

Em termos organizacionais no contexto histórico, até o ano de 2010, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) era o órgão responsável pela execução das ações de atenção à Saúde Indígena por meio do Departamento de Saúde do Indígena (DESAI) e DSEIs, sob responsabilidade do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999c). No ano de 2010 foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) ligada ao Ministério da Saúde (MS) (Figura 5), que assumiu as responsabilidades da FUNASA e também as atividades de edificações e saneamento básico antes desenvolvidas pelo DESAI (BRASIL, 1999c).

Figura 5 - Estrutura regimental do Ministério da Saúde



Fonte: Ministério da Saúde (2010).

No quadro 1 destacamos a trajetória e cronologia Legal da saúde dos indígenas no Brasil.

Quadro 1 -Quadro cronológico legal e destaques na história da saúde dos povos indígenas no Brasil, 1910 a 2010

Quadro Cronológico Legal e destaques na Saúde dos Povos Indígenas no Brasil		
Ano	Legislação	Assunto principal
1910		Criação do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais, órgão vinculado à agricultura.
1950		Criação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas, no Ministério da Saúde.
1967		Extinção do SPI; Criação da Fundação Nacional do Índio; Criação das Equipes Volantes de Saúde (EVS) pelo Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas.
1986		I Conferência Nacional de Proteção à saúde do Índio;.
1988	Constituição Nacional, Art. 6, 196, 197, 231, 232 do capítulo VIII (Dos Índios) do Título VIII (Da ordem social)	Promulgação da constituição de 1988 ³ .
Ano	Legislação	Assunto principal
1990	Lei 8080 de 19.09.1990., Capítulo V	Estabelece o Subsistema de Saúde Indígena e determina a organização e o funcionamento dos serviços de saúde.
	Lei n° 8.142, de 28.12.1990.	Participação da comunidade no Sistema Único de Saúde.
1991	Decreto Presidencial n°23	Cria a Coordenação de Saúde Indígena (COSAI)/MS.
1993		II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (indicação da VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde)
1994	Decreto presidencial n° 1.141	Constituição da Comissão Intersetorial de Saúde (CIS) sob coordenação da FUNAI.
	Resolução n° 2, de outubro de 1994	CIS aprova o Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio ⁴ .
1999	Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999,	Estabeleceu as condições para prestar cuidados de saúde aos povos indígenas no âmbito do SUS ⁵ .
	Lei Arouca 9.836	Essa lei estabeleceu a criação do Subsistema de Saúde Indígena, definiu os aspectos gerais sobre financiamento, modelo assistencial, relações entre o SUS e Subsistema e participação social ⁶ .
	Medida Provisória n.º 1.911-8,	Trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios, onde está incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a FUNASA.
	Lei 9836/99 de 23 de setembro	Estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS (SASI-SUS).
	Portaria n° 852, de 30.09.1999	Descentralização e criação 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas
2004	Portaria n° 70/GM, de 20.01.2004.	Diretrizes da gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena
2005	Portaria n° 1.088, de 04.07.2005	Composição e organização das equipes de atenção à Saúde Indígena –

³ Reconhecido o direito de atenção diferenciada à saúde e dentro do contexto da reforma sanitária.

⁴ O modelo atribui a um órgão do Ministério da Justiça, a FUNAI, a responsabilidade sobre a recuperação da saúde dos índios doentes, e a prevenção. O MS seria responsável pelas ações de imunização, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias.

⁵ Os cuidados de saúde devem ser universais, integrais e equitativos para responder às necessidades dos povos indígenas.

⁶ Ela determina a transferência da FUNAI para a FUNASA de todas as atividades de Saúde Indígena.

2006	Portaria nº 645, de 27.03.2006.	Certificado Hospital Amigo do Índio.
	Portaria nº 1.810, de 03.08.2006	Alterações nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.
2007	Resolução 2656	Estabelece incentivos para a atenção básica e especializada para os Povos Indígenas.
	Portaria MS nº 2.656, de 17.10.2007.	Responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos Indígenas.
2008	-Portaria FUNASA nº 293, de 07.04.2008	Critérios para celebração de convênios com entidades governamentais e não governamentais para a execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas.
	Portaria FUNASA nº 126, de 14/02/2008	Regulamentação do acompanhamento da execução física e financeira pela Coordenação Regional e DSEI, com a participação do Controle Social Indígena, na Celebração e Execução dos Convênios de Saúde Indígena -.
2009	Resolução 2048	Aprova a regulação do subsistema de Saúde Indígena no âmbito do SUS.
	Seção VII, Art. 361	Regulamenta que todo o planejamento, coordenação e execução das atividades relativas aos cuidados de saúde das comunidades indígenas serão prestados através da FUNASA, com a participação do controle social indígena em estreita articulação com a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do MS, e também pelo Estado e Secretarias Municipais de Saúde, em cumprimento das orientações e políticas acordadas.
	Idem. Art. 362-364	Incentivos financeiros transferidos "fundo a fundo" para os prestadores de cuidados de saúde por meio de "pactos" acordados entre FUNASA e prestadores de Cuidados de Saúde Primária ou entre FUNASA e prestadores de Atendimento Especializado, para a prestação de cuidados de saúde culturalmente adequados. As transferências devem ser coerentes com os Planos Distritais de Saúde Indígena (PDSI) e com os Planos de Saúde dos Estados e Municípios. O incentivo financeiro será calculado sobre uma base per capita sobre o número de pessoas cadastradas no SIASI/ FUNASA em cada município. As transferências para atenção básica à saúde estão baseadas no tamanho populacional, exceto para a Amazônia, onde o afastamento exige uma compensação especial.
	Idem. Art. 365	Composição de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) no Núcleo Básico de Atenção à Saúde Indígena: médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, auxiliares e ortodontista, técnico dentista, agente indígena de saúde (AIS), agente indígena de saneamento (AISAN), técnico ambientalista, agentes de endemias e microscopistas (Região da Amazônia Legal). As equipes do Distrito incluem: nutricionistas, farmacêuticos / bioquímicos, antropólogos, assistentes sociais, etc., conforme determinado pelo perfil epidemiológico. As EMSI trabalharão em estreita colaboração com as equipes do SUS.
2009	Idem. Art. 366	Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI), destinada a atendimento ambulatorial e hospitalar, incluindo o diagnóstico e tratamento. As transferências serão feitas para os municípios e estados, a partir do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais e do Estado, dos serviços de saúde prestados aos indígenas, com um limite de 30% da produção total de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) aprovadas. O Ministério da Saúde, através da FUNASA e da SAS irá identificar as unidades de saúde da rede SUS capaz de fornecer serviços adequados às comunidades indígenas, e um mecanismo de referência e contrarreferência.
	Decreto 6878	Decreta a autonomia dos DSEI. Para isto, os DSEI devem tornar-se unidades de gestão, ser dotadas de profissionais capazes de planejar, executar, acompanhar a administração dos cuidados de saúde.

2010	Medida Provisória 483	Altera as Leis n.ºs 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e 8.745, de 9 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, e dá outras providências.
	Lei n.º 12.314/de 19.08.2010.	Criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena ⁷ - SESAI.
	Decreto Presidencial 7.336, de 19/10/2010	A responsabilidade da gestão da atenção à Saúde Indígena no Brasil passou da FUNASA para a SESAI.

Fonte:BRASIL (2013; 2002; 1990).

Atualmente, o modelo assistencial à saúde do indígena é composto pelos DSEIs, Posto de Saúde, Pólo-Base, Casa de Saúde do Índio (CASAI) e Referência SUS, (Figura 6) (BRASIL, 2009).

Figura 6 - Organização do DSEI e o Modelo Assistencial do Subsistema de Atenção à Saúde do Indígena



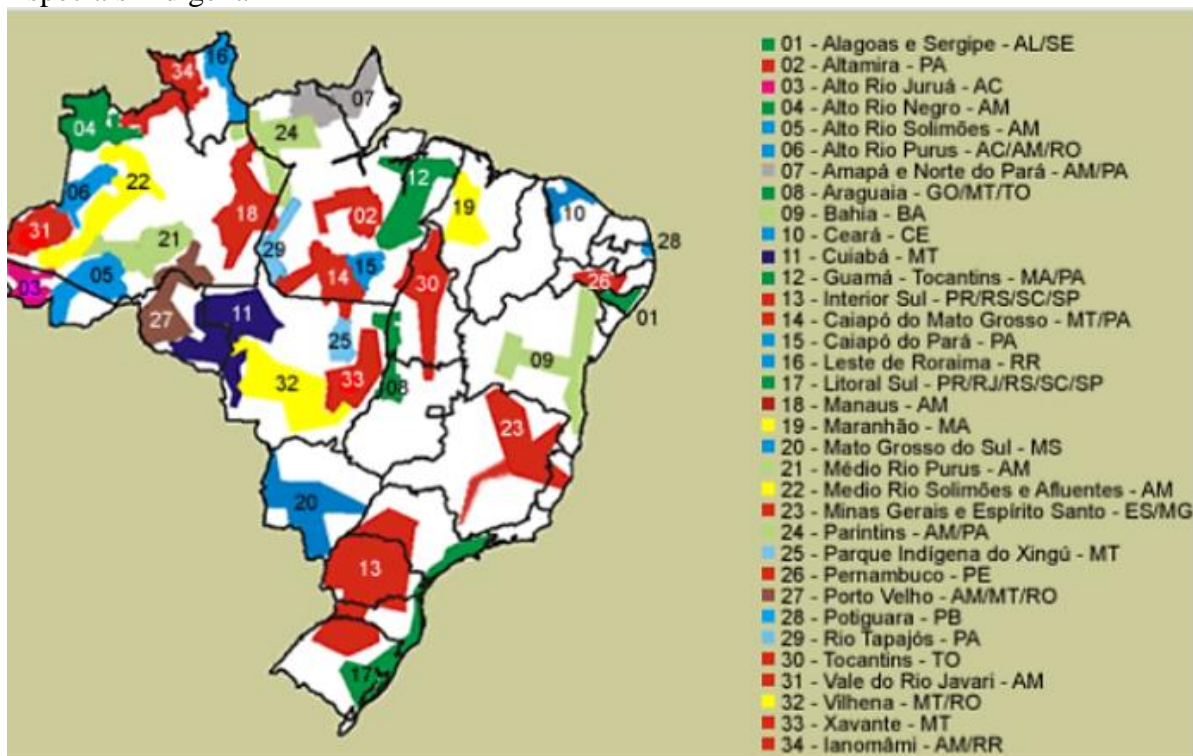
Fonte: SESAI/MS (2012).

O DSEI é um modelo etnocultural dinâmico de organização de serviços que visam a promoção da saúde e práticas sanitárias apropriadas e focalizadas nas especificidades dos indígenas. No Brasil existem 34 DSEIs (Figura 7), localizados em regiões estratégicas definidas mediante critérios geográficos, demográficos e culturais (BRASIL, 2009, BRASIL, 1999c; GARNELO, 2012; ORELLANA et al., 2012). Esses DSEIs contam com

⁷ A SESAI faz parte do organograma na Esfera Central (Federal), está diretamente ligada ao ministro da saúde. Tem como competência, entre outras, de promover, proteger e recuperar a saúde dos povos indígenas, segundo as especificidades culturais, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada comunidade (BRASIL, 2002).

uma estrutura de 354 Polos-Base, 751 Postos de Saúde e 66 CASAI, que prestam apoio às equipes multidisciplinares de Saúde Indígena nas diferentes Unidades Federativas (SIASI, 2014). O estado do Paraná está situado no DSEI Litoral Sul, sendo a sede do DSEI localizado na cidade de Curitiba, capital do Estado (BRASIL, 2009).

Figura 7 - Mapa do Brasil com a distribuição e organização dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígena



Fonte: SESAI/MS (2012) ; BRASIL (2010).

Nos Postos de Saúde são realizadas atividades de vigilância epidemiológica e nutricional, acompanhamento de crianças, gestantes, imunização, condições crônicas de saúde, imunização e controle de doenças transmissíveis (BRASIL, 2009). Nesse sentido, a APS é realizada na aldeia por meio das EMSI, sendo essas compostas por enfermeiros, médicos odontólogos, técnicos de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, agente indígena de saúde e agente indígena de saneamento (AISAN) (BRASIL, 2009) que prestam assistência à saúde a cerca de 310 etnias, distribuídas em 5.048 aldeias no Brasil (SIASI, 2014).

Em 2014 o estado do Paraná contava com 23 EMSI, compostas por 23 enfermeiros, 21 médicos, 41 técnicos de enfermagem, 19 odontólogos, 12 auxiliares de saúde bucal, 73 agentes indígenas de saúde e 50 agentes indígenas de saneamento. Somando a esses números uma equipe matricial composta por 6 enfermeiros, 1 odontólogo, 2 farmacêuticos, 1 psicólogo e 1 nutricionista. A esses profissionais compete o apoio especializado no

acompanhamento das ações de saúde realizadas nas aldeias indígenas pelas EMSI. (informação pessoal)⁸

O Polo Base (PB) deve ser a primeira referência para os agentes indígenas de saúde, responsáveis pela articulação e intermediação da população com a equipe de saúde. Embora atendam um conjunto de comunidades indígenas, os PB podem situar-se em diferentes aldeias ou municípios próximos, funcionando como Unidade Básica de Saúde, responsáveis por resolver e encaminhar possíveis agravos em saúde a outros níveis do SUS (BRASIL, 2009).

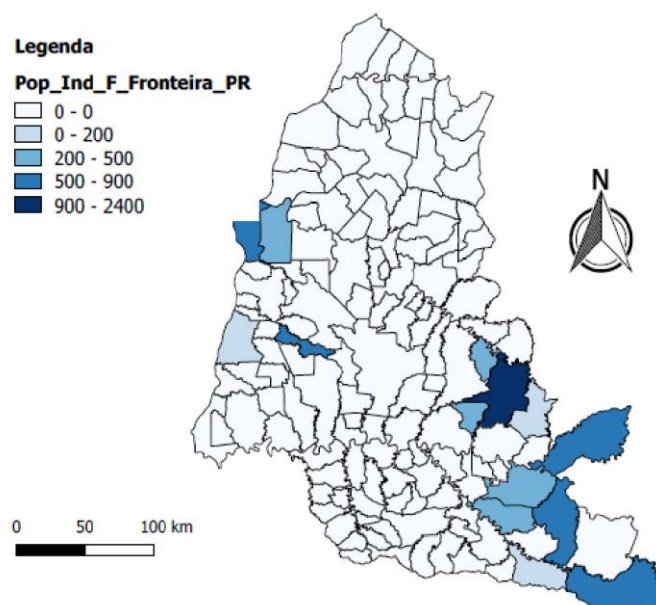
A Casa de Saúde do Índio é uma casa que presta serviços de apoio aos pacientes e familiares dos indígenas dos municípios de referência encaminhados à rede SUS, tais como alojamento e alimentação ao indígena adoecido com assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcação de consultas, exames complementares ou internação hospitalar, além de providenciar o retorno às comunidades de origem. Além disso, as CASAI também promovem atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e demais atividades para os acompanhantes e mesmo para os pacientes em condições para o exercício dessas atividades (BRASIL, 2009; FUNASA, 2009, GARNELO, 2012).

Em síntese, a organização dos serviços de saúde no estado do Paraná, no ano de 2014 contava com uma CASAI, 5 polos, 57 aldeias dispostas em 31 municípios, com população de 14.561 indígenas, sendo que, 3 pólos, 34 aldeias estão situadas em 13 municípios de da faixa de fronteira, com população de 7.782 indígenas, o que representa 53% da população indígena do Estado (informação pessoal)⁸, variando de 82 a 2440 indivíduos por município (Figura 8) (informação pessoal)⁹.

Figura 8 - Distribuição espacial do número de indígenas na faixa de fronteira do estado do Paraná, 2014

⁸ MARTINS, A. L. O **Subsistema de Atenção Indígena no Paraná**. Mensagem recebida por andre.martins@saude.gov.br em 05 de abr. 2016.

⁹ CACERES, O. N. V. **População indígena em municípios de faixa de fronteira, 2011 a 2015**. Mensagem recebida por osvaldo.caceres@saude.gov.br em 10 de abr. 2017.



Fonte: Caceres (2017) (informação pessoal)¹¹.

Atualmente o Estado conta com 1 CASAI, 5 polos, 64 aldeias dispostas em 37 municípios, com população superior a 16.000 indígenas. Na área de faixa de fronteira contamos com 3 polos, 41 aldeias que estão situadas em 14 municípios da faixa de fronteira, com população de 9.385 indígenas, o que representa aproximadamente 57% da população indígena do Estado variando de 70 a 2.754 indivíduos por município (informação pessoal)¹⁰.

1.2.4 Região de Fronteira

Etimologicamente o termo *fronteira* se refere ao que está na *frente* (TAYLOR, 1985). Essa compreensão de fronteira não se ancora ao conceito legal ou político, entretanto na medida em que avançaram os padrões de civilização, esses espaços tornaram-se lugares de comunicação e adquiriram o caráter político (MACHADO, 1998). Já o termo *limite* se originou do latim para determinar uma unidade política territorial (STEIMAN; MACHADO, 2002).

Na concepção geopolítica, a região de fronteira brasileira compreende o limite político internacional do Brasil com os países: Suriname, Guiana, Venezuela, Guiana Francesa, Colômbia, Peru, Bolívia, Paraguai, Argentina e Uruguai. Sobre isso, a região de fronteira internacional do Brasil é considerada a terceira maior extensão territorial,

¹⁰ COSTA, M. M. **DSEI Litoral Sul**: Serviços de saúde, aldeias, profissionais e população indígena em terras indígenas na área de Fronteira do estado do Paraná. Mensagem recebida por maria.marilene@saude.gov.br em 20 de jun. 2020.

compreendendo 15.719 km de limite político internacional com os 10 países que compõem a zona de fronteira com o Brasil, com características, acessibilidade e densidade demográfica variadas (PEITER, 2005; PÊGO et al., 2017). Nesse sentido,

a noção de zona de fronteira, composta pelas faixas territoriais de cada lado do limite internacional, caracterizadas por interações que criam um meio geográfico próprio de fronteira, só perceptível na escala local/regional, seria a forma ideal para tratamento dos fluxos de bens, capitais e pessoas (BRASIL, 200b, p, 28).

Cabe ressaltar que as cidades gêmeas são “o meio geográfico que melhor caracteriza a zona de fronteira” (MACHADO, 2005, p.260), esses espaços assumem destaques juntamente com pontos estratégicos e naturais de interação com os países vizinhos. Nesse sentido, “esses adensamentos populacionais cortados pela linha de fronteira (seja esta seca ou fluvial, articulada, ou não, por obra de infra-estrutura) apresentam grande potencial de integração econômica e cultural,(...)” (BRASIL, 2009b, p, 28).

Segundo a Lei nº. 6.634, de 2/05/1979, a faixa de fronteira interna do Brasil com os demais países vizinhos foi estabelecida em 150 km de largura, paralela à linha¹¹ divisória terrestre do território nacional. Sendo a Faixa de Fronteira brasileira dividida em três grandes Arcos: Norte, Central e Sul que compreendem 15 sub regiões e abrange 588 municípios, situados em 11 Unidades Federativas (BRASIL, 2017).

O Arco Norte contempla 6 sub regiões, o Arco Central contempla 8 sub regiões e o Arco Sul é contemplado por 5 sub regiões (PEITER, 2005; PÊGO et al., 2017); essa região apresenta permeabilidade e interações transfronteiriças intensas, é a mais afetada pela dinâmica transfronteiriça impulsionadas pelo Mercosul (PEITER, 2005; PÊGO et al., 2017).

O Arco Sul compreende a faixa de fronteira dos estados do Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e as sub-regiões Pontal do Paraná, Sudoeste do Paraná, Oeste de Santa Catarina, Noroeste do Rio Grande do Sul e Fronteira Metade Sul do Rio Grande do Sul. Dentre esses Estados que compõem o Arco Sul, o Paraná é muito importante e representativo nesse contexto, sendo sua faixa de fronteira composta de 139 municípios, o que representa 23,7% dos município de faixa de fronteira do território nacional. Soma-se ao fato de que dentre esses 139 municípios, 4 são cidades gêmeas, 14 municípios estão na linha de fronteira e 1 um município é tri fronteiriço, sendo portanto, considerada a faixa de fronteira mais populosa do Brasil (BRASIL, 2009b).

¹¹ Linha abstrata.

Em termos de situação de saúde e de atendimento à saúde, os indicadores vulnerabilidade social, condições materiais de vida, esperança de vida ao nascer e mortalidade infantil, indicam que em todos esses itens o Arco Sul representa melhor condição e o Arco Norte o pior (PEITER, 2005; PÊGO et al., 2017).

Os efeitos da fronteira são observados principalmente nos lugares de interação mais intensa como as cidades gêmeas. As assimetrias entre o Brasil e os países limítrofes manifestam-se no comportamento dos usuários dos serviços de saúde, com fluxos transfronteiriços para os países onde o atendimento é melhor e/ou gratuito. Há uma complementaridade salutar entre estes serviços que deve ser incentivada. As zonas de fronteira onde existem grupos de cooperação transfronteiriços atuantes apresentam melhores condições de enfrentar os problemas de Saúde Pública, e conseguem realizar com maior eficiência as tarefas de vigilância em saúde, tão importantes na fronteira (PEITER, 2005, p. 9).

1.2.5 Controle da Tuberculose na população indígena

A tuberculose é uma das principais doenças endêmicas que afetam os indígenas (ESCOBAR et al., 2001). No mundo e na América Latina, estudos mostram que a incidência, mortalidade e prevalência de TB na população indígena são elevadas e excedente à taxa na população geral (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014). Estudos revelam que a TB é uma problemática evidenciada no contexto histórico do indígena, considerada um dos grandes infortúnios desse segmento social (BASTA et al 2004; ESCOBAR et al., 2001; NGUYEN, 2003; MACHADO-FILHO, 2008; RUFFINO-NETO, 1999;).

Em 1952 o sanitarista Noel Nutels dedicou-se ao diagnóstico de TB em várias comunidades indígenas e à realização de inquéritos que em 1968 resultou em um relatório elaborado para a OPAS. Esse relatório demonstrou o aparecimento e a rápida expansão da TB, gerando pressões internacionais que culminaram em mudanças na política indigenista (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO), 1968). Outros movimentos têm contribuído de maneira significativa no controle da TB na população indígena, dentre esses, cita-se a Conferência Mundial dos Povos Indígenas, que têm o compromisso de promover o acesso de alto nível à saúde e a intensificação dos esforços para a redução de agravos e doenças infecciosas dentre elas a tuberculose. (NACIONES UNIDAS, 2014)

No Brasil o Programa Nacional de controle da tuberculose está integrado à rede de serviços de saúde, incluindo o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. É um

programa unificado, executado em conjunto pelas três esferas de gestão: federal, estadual e municipal (BRASIL, 2009, p. 84).

Dentre os diversos objetivos propostos pelas políticas de saúde para os povos indígenas, observa-se a tendência em priorizar o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção da doença, orientada para o controle de enfermidades de maior incidência entre os indígenas como também a articulação entre os sistemas de saúde e o desenvolvimento de projetos integrais de saúde que contemplem os problemas estruturais dos quais se originam as doenças nesse segmento social (FUNASA, 2002).

Atualmente o DSEI em consonância com a Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas, desenvolve os programas de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde, dentre eles o controle da Tuberculose (DSEI Litoral Sul, 2014).

Nesse sentido, a pergunta do estudo é: como tem ocorrido a transferência de política para o controle da tuberculose na população indígena em região de fronteira?

Para compreendermos melhor sobre essa problemática, realizamos uma revisão da literatura científica.

1.2.5 Revisão Integrativa de Literatura

Segundo (BRASIL, 2016), o panorama mundial da TB melhorou, atualmente buscam-se novas estratégias na perspectiva de contribuir para um mundo livre de tuberculose. No entanto, estudos mostram que os povos indígenas mantêm-se vulneráveis e com elevada carga da doença (MALACARNE, 2016). Nesse contexto, é necessário avançar quanto ao uso de estratégias que fortaleçam novas iniciativa de enfrentamento da TB, além de garantir as ações de atenção à saúde (prevenção, assistência e diagnóstico) do PNCT (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017).

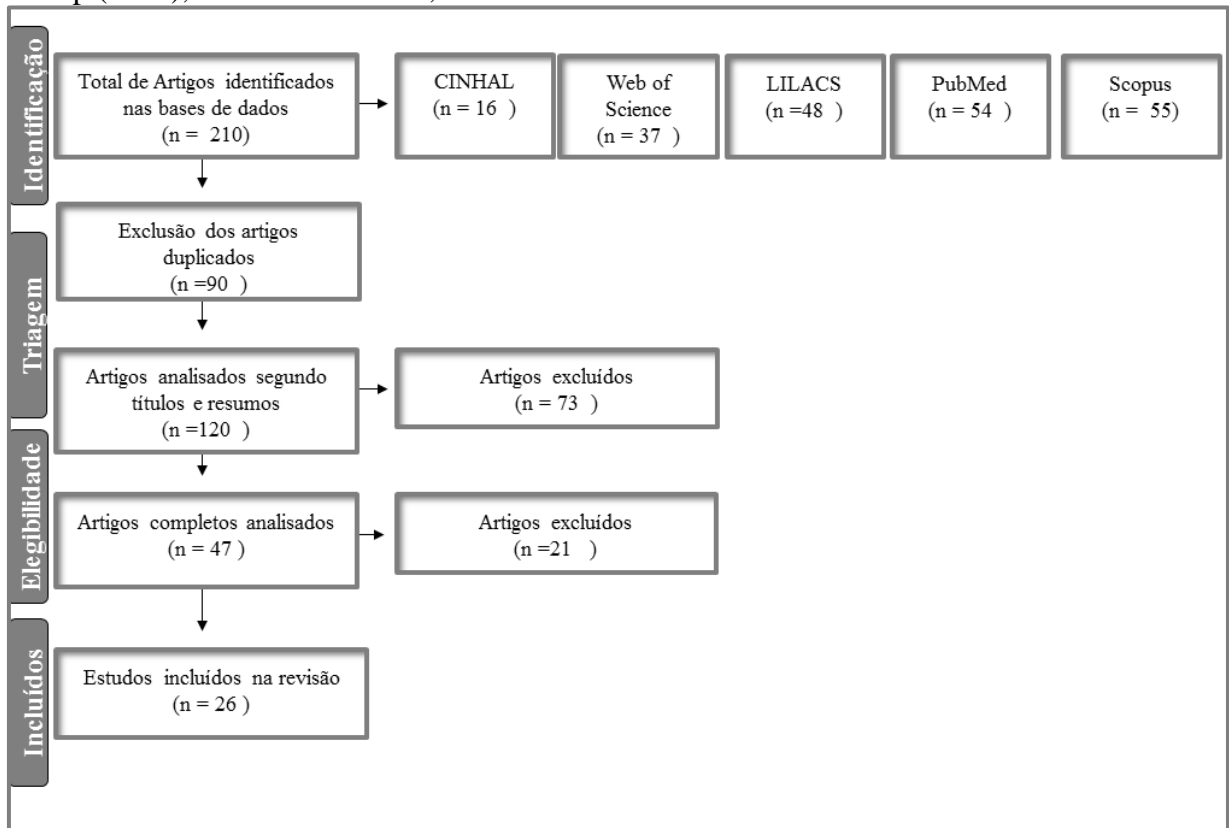
Sendo assim, buscou-se levantar e conhecer os estudos primários existentes sobre as ações de atenção à TB em indígenas, norteados pela seguinte questão: Quais ações de atenção à saúde são realizadas para o controle da TB na população indígena da América do Sul?

Nesse sentido realizou-se uma Revisão Integrativa da Literatura nas bases de dados: PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scopus, Web of Science e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINHAL). Para a identificação dos descritores, utilizou-se a estratégia PICO (Paciente, Intervenção, Comparação e "Outcomes").

As buscas foram realizadas em janeiro de 2020 por dois colaboradores, a partir de duas estratégias de buscas utilizando o operador booleano “AND”, entre as estratégias e, o operador booleano “OR” entre os descritores. Para as bases PubMed, CINAHL, Web of Science utilizou-se a estratégia: (Indigenous OR indigene OR “Native Peoples” OR “Native People” OR aboriginal*) AND (tuberculosis OR Tuberculoses) AND (“South America” OR “South American” OR Brazil OR Argentina OR Chile OR Ecuador OR Peru OR Uruguay OR Paraguay OR Bolivia OR Colômbia OR Venezuela OR Suriname OR “French Guiana” OR Guyana) AND (diagnos* OR treatment* OR control*). Para a base de dados LILACS utilizou-se a seguinte estratégia: (Indigenous OR indigene OR indígena\$ OR índio\$ OR “Native Peoples” OR “Native People” OR nativ\$ OR aborig\$) AND (tuberculosis OR Tuberculoses OR tuberculose) AND (“South America” OR “América do Sul” OR Sudamerica OR “South American” OR Sudamericano\$ OR ”Sul-Americanos” OR ”Sul-Americano” OR Brazil\$ OR Brasil\$ OR Argentina OR Chile OR Ecuador OR Equador OR Peru OR Uruguay OR Uruguai OR Paraguay OR Paraguai OR Bolivia OR Colômbia OR Venezuela OR Suriname OR Surinam OR “French Guiana” OR “Guayana Francesa” OR “Guiana Francesa” OR Guyana OR Guiana) AND (diagnos\$ OR treatment\$ OR tratamiento\$ OR tratamiento\$ OR control\$).

Na sequência, os achados foram exportados para o aplicativo da web utilizado para realização de revisão sistemática - Rayyan QCRI (UZZANI, M. et al., 2016), onde procedeu-se a exclusão dos artigos duplicados e a leitura de título e resumo de todas as publicações encontradas. Após essa etapa, restaram 47 artigos que foram lidos na íntegra e aplicado os critérios de inclusão, onde foram elegidos 26 artigos para essa revisão, os quais continham informações sobre ações de atenção à saúde para o controle da TB. A Figura 9, consoante ao fluxograma *PRISMA* (2015), tem a finalidade de demonstrar as etapas percorridas para a seleção dos estudos primários incluídos na revisão.

Figura 9 - Fluxograma de amostragem da Revisão Integrativa, segundo The PRISMA Group (2015), Ribeirão Preto/SP, 2020



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: estudos primários sobre indígenas da América do Sul que abordavam ações realizadas visando a atenção à TB, publicados nos idiomas espanhol, inglês e português, compreendidos no período de 2007 a 2020. Foram excluídos os artigos duplicados e que não se enquadraram nos critérios de inclusão.

Para inclusão dos estudos, realizou-se a leitura minuciosa do título e do resumo de cada publicação, a fim de verificar a adequabilidade com os critérios apontados acima. Quando surgiam dúvidas em relação ao conteúdo dos trabalhos, estes foram pré-selecionados para posterior análise na íntegra. Sendo assim, o número final de estudos primários que atenderam aos critérios de inclusão para esta revisão integrativa da literatura foi 26. A Tabela 1 apresenta uma síntese dos artigos elegidos.

Tabela 1 - Apresentação dos artigos científicos incluídos na revisão integrativa segundo autor(es), ano, país de publicação, periódico, título e objetivo do estudo. Ribeirão Preto/SP, 2020

Autores, ano de publicação, país de estudo* e revista	Título	Objetivo do estudo
Oliveira, N. et al. (2009), Brasil. J.	Tuberculosis among the Xavante Indians of the Brazilian Amazon: An	Documentar no contexto brasileiro alguns exemplos e implicações de como os censos nacionais, por meio de suas

Annals of Human Biology	epidemiological and ethnographic assessment.	autoridades, ajudam a produzir e reproduzir percepções nos indígenas, investigando aspectos demográficos de um povo indígena, os Xavante, em 2000 .
Marques, A. C. et al. (2010), Brasil. Rev Soc Bras Med Trop.	Tuberculose em indígenas menores de 15 anos, no Estado de Mato Grosso do Sul.	Descrever os aspectos epidemiológicos da tuberculose na população indígena com idade inferior a quinze anos, de Mato Grosso do Sul, Brasil, no período de 2000 a 2006, após a implantação do Subsistema de Saúde Indígena.
Basta, P. C. et al. (2010), Brasil. Rev. Soc. Bras. Med. Trop.	Estudo clínico radiológico de crianças e adolescentes indígenas Suruí, Região Amazônica.	Descrever as características clínico radiológicas em crianças e adolescentes identificados como contatos de doentes de TB. Aplicar o sistema de pontuação para o diagnóstico de TB na infância e verificar se as condutas adotadas no nível local foram concordantes com as diretrizes nacionais.
Nóbrega, R. G. et al. (2010), Brasil. Rev. Latino Am. Enfermagem.	A busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose, no cenário indígena potiguara, Paraíba, Brasil.	Analisar as ações de busca ativa de Sintomas Respiratórios para o controle da TB, na rotina de serviços das equipes de Saúde Indígena do DSEI Potiguara.
Welch, J. R.; Coimbra-Júnior, C. E. A. (2011), Brasil. Cad. Saúde Pública.	Perspectivas culturais sobre transmissão e tratamento da tuberculose entre os Xavante de Mato Grosso, Brasil.	Apresentar os resultados preliminares de uma pesquisa em andamento sobre a perspectiva Xavante acerca da TB e suas implicações para o tratamento e controle da endemia. O estudo visa a contribuir para o aperfeiçoamento das políticas e programas de saúde em voga no país, levando-se em conta os desafios à sua aplicabilidade em contextos de interculturalidade.
Oliveira, S.M. V. L. et al. (2011), Brasil. J. bras. Pneumol.	Teste tuberculínico: pesquisa operacional no Mato Grosso do Sul.	Investigar a operacionalização da utilização do teste tuberculínico (TT) em programas de controle de tuberculose e em serviços de assistência especializada do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS ¹² e Hepatites Virais em municípios prioritários para o controle da tuberculose no estado de Mato Grosso do Sul.
Santos, S. C. et al. (2013), Brasil. J. bras. pneumol.	Diagnóstico da tuberculose em indígenas menores de quinze anos por meio de um sistema de pontuação em Mato Grosso do Sul.	Avaliar o processo diagnóstico da tuberculose pulmonar em indígenas menores de 15 anos, por meio do Sistema de Pontuação do Ministério da Saúde Modificado (SPMSm), em crianças e adolescentes com resultados negativos na baciloscopia.
Rios, D. et al (2013), Brasil. Rev Panam Salud Publica.	Tuberculose em indígenas da Amazônia brasileira: estudo epidemiológico na região do Alto Rio Negro.	Descrever as características sociodemográficas e clínico epidemiológicas dos casos de tuberculose notificados na população indígena do Município de São Gabriel da Cachoeira, Amazonas/BR, e identificar fatores associados ao óbito durante o tratamento; e estimar a prevalência de infecção latente por tuberculose (LTB) e fatores associados e obter informações sobre o itinerário terapêutico e a percepção acerca do adoecimento dos indígenas do Distrito de Iauaretê.
Belo, E. N. et al. (2013), Brasil. Rev Panam Salud Publica.	Tuberculose nos municípios amazonenses da fronteira Brasil Colômbia Peru Venezuela: situação epidemiológica e fatores associados ao abandono.	Descrever a situação epidemiológica da tuberculose, mapear a sua incidência e investigar fatores associados ao abandono do tratamento nos municípios do Amazonas que integram o Arco Norte da faixa de fronteira internacional do Brasil.
Julman R. et al. (2013), Venezuela. Med. Interna.	Tuberculosis y micosis sistémicas en indígenas del Municipio Cedeño, Estado Bolívar, Venezuela.	Determinar la prevalencia de tuberculosis y micosis sistémicas endémicas paracoccidioidomicosis e histoplasmosis, en poblaciones indígenas.
Maes, M. et al. (2014), Venezuela. J Infect Dev Ctries.	Influência de Bacille Calmette Guérin no teste cutâneo de tuberculina em ameríndios venezuelanos em áreas de alta carga de tuberculose.	Investigar a utilidade do TST em populações ameríndias com alta prevalência de TB, onde a vacinação com BCG é amplamente administrada.
Cunha, E.A.T. et al. (2014), Brasil. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz.	Incidence and transmission patterns of tuberculosis among indigenous populations in Brazil.	Avaliar a ocorrência, transmissão e utilidade do diagnóstico de TB, com base no método de cultura Ogawa Kudoh (OK) nessa população remota.
Lachi,T.;Nakayama, M. (2015), Brasil. Radiol Bras	Aspectos radiológicos da tuberculose pulmonar em indígenas de Dourados, MS, Brasil.	Descrever os aspectos radiológicos da tuberculose pulmonar em pacientes indígenas da cidade de Dourados, MS, Brasil, de acordo com idade e sexo.

¹² Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

Mendes, A. M. et al. (2016), Brasil. Rev. Bras. epidemiol. [online].	Situação epidemiológica da tuberculose no Rio Grande do Sul: uma análise com base nos dados do Sinan entre 2003 e 2012 com foco nos povos indígenas.	Analisar a situação epidemiológica da tuberculose no Rio Grande do Sul, com enfoque na população indígena, com base no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), entre 2003 e 2012.
Malacarne, J. et al. (2016), Brasil. Rev Soc Bras Med Trop.	Prevalência e fatores associados à tuberculose latente Infecção em uma população indígena na Amazônia brasileira.	Estimar a prevalência e o risco anual de IRA, e identificar fatores associados à ILTB em uma população indígena da Amazônia brasileira.
Nogueira, L. M. V. et al. (2016), Brasil. Rev. Saúde Pública.	Therapeutic itineraries and explanations for tuberculosis: an indigenous perspective.	Analisar explicações sobre adoecimento por tuberculose e itinerários terapêuticos de indígenas brasileiros.
Sánchez, M. et al. (2017), Colômbia. Rev. Invest. educ. enferm.	Significados de "Tuberculose em comunidades rurais indígenas de um município da Amazônia Colombiana.	Descrever os significados sobre a tuberculose (TB) em comunidades rurais indígenas de município da Amazônia Colombiana.
Araujo, Z. et al. (2017), Venezuela. Rev Soc.Bras. Med. Trop.	Concordância entre o polimorfismo do gene IFN γ +874 A/T e a expressão do interferon γ em um ambiente indígena endêmico da TB.	Examinar a incidência do polimorfismo IFNG (+874 A/T) na população indígena Warao e elucidar sua associação com a infecção ativa por M. tuberculosis em indivíduos americanos brancos. Também objetivamos identificar concordância entre o polimorfismo IFNG + 874A/T presente e a expressão de IFNG nessa população.
Villegas, S. (2018), Colômbia. Enf Inf Microbiol.	Tuberculosis en comunidades indígenas del Chocó, Colômbia. Análisis epidemiológico y perspectivas para disminuir sua incidencia	Analisar a situação epidemiológica da TB em povos indígenas, e identificar fatores socioculturais que podem ajudar a controlar a doença
Sánchez, L. L. et al. (2018), Colômbia. Revista Habanera de Ciências Médicas.	Aproximación a la situación de la Tuberculosis pulmonar en comunidades indígenas del municipio Puerto Gaitán, Meta, Colômbia.	Explorar a situação da tuberculose pulmonar em populações indígenas em comunidades selecionadas no município de Puerto Gaitán.
Sacchi, F. P. C. et al. (2018), Brasil. J. Trop. Med.	Agrupamento Genético de Tuberculose em uma Comunidade Indígena do Brasil.	Investigar os fatores de risco associados à transmissão recente da tuberculose.
Malacarne, J. et al. (2019), Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde.	Acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis entre pueblos indígenas del Estado de Rondônia, Amazonía Brasileña, entre 2009 y 2011: un estudio transversal.	Investigar o acesso aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento da tuberculose (TB) entre indígenas atendidos no estado de Rondônia, Brasil, 2009 2011.
Malacarne, J. et al. (2019), Brasil. Jornal Brasileiro de Pneumologia.	Desempenho de testes para o diagnóstico de tuberculose pulmonar em populações indígenas no Brasil: a contribuição do Teste Rápido Molecular.	Avaliar a acurácia do Teste Rápido Molecular como ferramenta diagnóstica entre a população indígena.
Araújo, Z. et al. (2019), Venezuela. Rev Soc Bras Med Trop	Avaliação dos biomarcadores imunes transcricionais no sangue periférico de indígenas Warao associados à infecção por Mycobacterium tuberculosis.	Analisar a expressão de biomarcadores imunológicos em células sanguíneas periféricas estimuladas e não estimuladas com antígenos de M. tuberculosis ESAT 6, CFP10 e TB7.7. em indivíduos indígenas Warao.
Sousa Viana, P. V. et al. (2019), Brasil. Cad. Saúde Pública (Online)	Tuberculose entre crianças e adolescentes indígenas no Brasil: fatores associados ao óbito e ao abandono do tratamento	Descrever características clínicas e sociodemográficas, estimar a incidência da tuberculose (TB), além de analisar fatores associados ao abandono e ao óbito na vigência do tratamento dos casos de TB notificados entre crianças e adolescentes indígenas, no Brasil, entre 2006 2016.
Puerto, D. et al. (2019), Colômbia. Biomédica.	Caracterización de aislamientos clínicos de Mycobacterium tuberculosis de pueblos indígenas de Colômbia	Determinar a epidemiologia molecular e características fenotípicas dos isolados de Mycobacterium tuberculosis de povos indígenas da Colômbia entre 2009 a 2014.

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

A Tabela 2 apresenta a síntese das ações de atenção à saúde no controle da TB na população indígena da América Sul no período de 2007 a 2020.

Tabela 2 - Apresentação dos estudos primários incluídos na revisão integrativa segundo autor(es), ano, país de publicação, periódico e ação de atenção à saúde para o controle da TB. Ribeirão Preto/SP, 2020

Autores, ano de publicação e país de estudo*	Ação de atenção a saúde
Prevenção	
Nóbrega, R. G. et al. (2010), Brasil.	Busca ativa.
Villegas, S. (2018), Colômbia	Busca ativa; Identificação de pessoas chave (paciente, ex-paciente, parentes e líderes) nas comunidades para realizar a vigilância e promover a adesão ao tratamento principalmente em lugares remotos.
Prevenção e Diagnóstico	
Oliveira, N. et al. (2009), Brasil.	Prevenção: Vacina BCG; Diagnóstico: RX de tórax, teste cutâneo;
Maes, M. et al. (2014), Venezuela.	Prevenção: Vacina BCG; Diagnóstico: Teste tuberculínico.
Prevenção e acompanhamento	
Sánchez, M. et al. (2017), Colômbia.	Atitude frente a TB, prática comunitária para lidar com a tuberculose e proposta intervenção na perspectiva indígena de tuberculose.
Diagnóstico	
Oliveira, S.M. V. L. et al. (2011), Brasil	Teste tuberculíneo
Basta, P. C. et al. (2010), Brasil.	Para os contatos: RX de tórax e teste tuberculínico; Sistema de pontuação para diagnóstico em crianças associado á baciloscopia e cultura de escarro.
Santos, S. C. et al. (2013), Brasil.	Uso de protocolo específico para diagnóstico para comparação com o protocolo padrão anteriormente para o diagnóstico padrão do serviço Sistema de Pontuação do Ministério da Saúde Modificado.
Julman, R. Et al. (2013), Venezuela	Baciloscopia; Cultura de escarro.
Cunha, E.A.T. et al. (2014), Brasil.	Método de cultura Ogawa Kudoh
Lachi, T. Nakayama, M. (2015), Brasil	.RX de tórax
Malacarne, J. et al. (2016), Brasil.	Teste Tuberculínico; Esfregaços e culturas de amostras de escarro; Radiografias de tórax
Araujo, Z. et al. (2017), Venezuela.	Cultura de escarro, teste tuberculínico, teste QuantiFERON TB® Gold In Tube.
Sánchez, L.L. et al. (2018), Colômbia.	GeneXpert® (reação em cadeia da polimerase por PCR em tempo real).
Sacchi, F.P. C. et al. (2018), Brasil.	Agrupamento genético genótipos por IS6110 RFLP (polimorfismo do comprimento do fragmento de restrição) e análise despoligotipagem.
Malacarne, J. et al. (2019), Brasil	Teste Rápido Molecular, baciloscopia, cultura de escarro.
Araújo, Z. et al. (2019), Venezuela.	Quantificação do IFN γ e teste cutâneo de tuberculina, glóbulos isolados e ampliações de biomarcadores genéticos, quantificação da expressão gênica.
Sousa Viana, P. V. et al. (2019), Brasil.	Diagnóstico: Sistema de Pontuação, RX de tórax, Teste tuberculíneo, baciloscopia de escarro, cultura de escarro e sorologia Anti HIV.
Puerto, D. et al. (2019), Colômbia.	Baciloscopia
Diagnóstico e Tratamento	
Rios, D. et al (2013), Brasil.	Diagnóstico: Prova tuberculínea; avaliação clínica, 2 amostras de escarro, baciloscopia, RX de tórax e exame de contato. Tratamento: Tratamento Diretamente Observado (TDO), plantas medicinais, raízes, pajelança, xamanismo e reza.
Belo, E. N. et al. (2013), Brasil.	Diagnóstico: baciloscopia e cultura de escarro, RX de tórax, teste tuberculínico e Anti HIV; Tratamento: TDO
Mendes, A. M. et al. (2016), Brasil.	Diagnóstico (Baciloscopia, RX de tórax, PPD, Anti HIV); Tratamento: TDO.

Malacarne, J. et al. (2019), Brasil.	Diagnóstico: Baciloscopia de escarro, cultura de escarro e Rx de tórax; Tratamento: TDO, Terapia alternativa associado a medicamentosa Planta, reza xamanismo, terapia combinada.
Diagnóstico, Tratamento e acompanhamento	
Welch, J. R.; Coimbra -Júnior, C. E. A. (2011), Brasil.	Uso de RX de tórax; Uso de Fitoterapia e quimioterapia; Denunciam ausência de busca ativa e dos procedimentos diagnósticos preconizados pelo PNCT os comprometem as prioridades do modelo biomédico para a atenção à TB no nível local.
Tratamento	
Marques, A. C. et al. (2010), Brasil.	TDO
Nogueira, L. M. V. Et al. (2016), Brasil.	TDO

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Verificou-se que o maior número de publicações se concentrou no período de 2013 a 2020 (76,9%), especialmente nos anos de 2013 e 2019 com 9 estudos, o que representa (34,6%) do total de estudos nessa temática. Observou-se que o maior de publicações concentrou-se nos últimos cinco anos, sendo encontrado 14 (53,8%), que indica o aumento do interesse dos pesquisados nas pesquisas sobre as ações de controle da TB em indígenas, sugerindo a importância de se realizar mais estudos com esse enfoque.

Observou-se que a maioria dos estudos esteve voltada ao diagnóstico (69,2%), seguindo-se a prevenção e tratamento na atenção à TB, tendo como principais ações elencadas, o RX de tórax, o teste tuberculínico, a baciloscopia de escarro, a vacina BCG (*Bacillus Calmette-Guérine*) exames laboratoriais e o TDO.

Em geral, os estudos versam sobre aspectos epidemiológicos e ações individuais de atenção à saúde para o controle da TB no indígena na América do Sul, com exceção de 3 estudos que abordaram “ações de prevenção e acompanhamento”, “ações de prevenção e diagnóstico” e “ações de diagnóstico, tratamento e acompanhamento”. Em relação aos locais onde foram desenvolvidos esses estudos, observou-se que foram realizados em locais com alta carga da doença, como Brasil (69,2%), Colômbia (15,4%) e Venezuela (15,4%).

Em síntese, observa-se que praticamente todos os estudos apresentam ações gerais e rotineiras preconizadas pela política de controle da TB, sugerindo um modelo de atenção tradicional, distante das necessidades e especificidades da população indígena. Sobre isso, considera-se que a adequação da estratégia, focalizada na vulnerabilidade, modos de vida e cultura, é fundamental para o controle da TB em populações em situação de risco, sendo recomendada aos municípios e estados a realização do diagnóstico situacional, tendo em vista a equidade das estratégias (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2017).

As inovações presentes nos estudos foram poucas e estiveram relacionadas às ações para o diagnóstico e tratamento. Quanto ao diagnóstico, 2 estudos fazem menção ao uso do teste rápido molecular (TRM) (SÁNCHEZ et al., 2018; MALACARNE et al., 2019), fato

que indica que em determinadas regiões a população indígena está acessando essa tecnologia para o diagnóstico. Em relação ao tratamento a fitoterapia aparece em um estudo como adjuvante ao tratamento quimioterápico (WELCH; COIMBRA-JUNIOR, 2011). Em termos de especificidades culturais dos indígenas, um artigo faz menção à interculturalidade sinalizando a associação de terapia alternativa a medicamentos, uso de plantas, reza, xamanismo como terapia combinada (MALACARNE et al., 2019).

Diante disso, e considerando essas singularidades e a necessidade do cuidado e ações de atenção à saúde serem centradas na pessoa, surgiu a necessidade de investigar quais os desafios e fragilidades na atenção a TB como a política de nacional de controle da TB vem sendo transferida para essa população.

JUSTIFICATIVA

2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Estudos epidemiológicos indicam que a TB aborda níveis preocupantes nos povos indígenas e apresentam indicadores desiguais em relação aos indicadores da população não indígena (MELO et al., 2012; ORELANNA; GONÇALVES; BASTA, 2012; RIOS et al., 2013; BELO et al., 2013; CUNHA et al., 2014; MENDES et al., 2016; MALACARNE et al., 2016; PAIVA et al., 2017; ZORZI et al., 2018; SILVA et al., 2018; FERREIRA et al., 2019). Sobre isso, esses achados reforçam e reafirmam a alta incidência de tuberculose em indígenas, geralmente predominante em homens da área rural, faixa etária economicamente ativa (ZORZI et al., 2019).

Nesse sentido, esse agravo se manifesta na maioria das aldeias e geralmente com taxa de incidência elevada, sugerindo que as aldeias se constituem num importante foco de disseminação de TB (ORELLANA, GONÇALVES e BASTA, 2012; CUNHA et al., 2014; MENDES et al., 2016; PAIVA et al., 2017).

Neste contexto, os estudos realizados em subregiões do arco norte têm demonstrado ao longo de série temporal que o indígena é mais suscetível à TB e essa condição está relacionada à densidade intradomiciliar, condições nutricionais e socio sanitárias precárias, condições desregulares de urbanização, saneamento básico, renda baixa e deficiências nas ações de controle da TB (BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012; BASTA et al., 2013; BELO et al., 2013; RIOS et al., 2013; COIMBRA JUNIOR, 2014).

Apesar da disponibilidade de tratamento para a TB no Brasil, essa enfermidade ainda é uma das grandes causas de morbidade e mortalidade na população indígena no país (SANTOS et al., 2013; FERREIRA et al., 2019).

Acredita-se que a população residente em áreas de fronteira requer atenção diferenciada, visto o elevado risco de adoecimento, morte e abandono do tratamento de TB (MARQUES et al., 2014; RIOS et al., 2013). Sobre isso, uma análise inicial sobre Tuberculose em indígenas na faixa de fronteira do estado do Paraná no período de 2001 a 2012, indica que a maioria dos municípios aldeados apresentam casos de TB entre os indígenas, tendo o município de Nova Laranjeiras como destaque em número absoluto de casos (CAMPOS et al., 2014).

Vários autores afirmam que a TB está diretamente relacionada à pobreza, acesso aos serviços de saúde e às ações de controle à TB (MALACARNE, 2013; SILVA-SOBRINHO et al., 2012; SOUZA et al., 2015). Um estudo realizado no Sul e Sudeste do Brasil

corroborar com as informações supracitadas, denunciando iniquidades na saúde dos indígenas, o que sugere a necessidade de investimentos, articulação intrasetorial e efetivação da APS (CARDOSO et al., 2011).

Portanto, entende-se que seja necessária a formulação de estratégias apropriadas a partir das formulações construídas coletivamente entre as autoridades sanitárias, profissionais de saúde, indígenas e sociedade civil (ORELANNA; GONÇALVES; BASTA, 2012). É imprescindível a adoção de medidas específicas que garantam o acesso aos serviços de saúde, diagnóstico e tratamento diferenciado, como também a qualificação do cuidado desse segmento social discriminado (BRASIL, 2014). Ademais o indígena tem livre mobilidade transfronteiriça, por ocasião da continuidade física de suas terras, por laços familiares ou por presença do mesmo grupo étnico cultural (PEITER, 2005; PIAZZAROLI, 2007), e essa mobilidade transfronteiriça pode influenciar no controle das doenças infectocontagiosas favorecendo a disseminação (BRAGA; HERRERO; CUELLAR, 2011; GIOVANELLA et al., 2007).

Nessa perspectiva, acredita-se que seja necessária a reavaliação contínua dos programas de saúde considerando características locais regionais, territoriais de populações específicas (FERRAZ e VALENTE, 2014), visto que o controle da TB em áreas de fronteira consiste em um desafio, tendo em vista as especificidades e diferenças entre os sistemas e modelos de atenção à saúde (FITCHETT; VALLECILLO; ESPITIA, 2011; SILVA-SOBRINHO et al., 2012).

Frente ao exposto, ao realizar uma revisão integrativa de literatura sobre as ações de controle da TB na população indígena na América do Sul e outra breve revisão sobre a transferência de políticas na área da saúde, não foram encontrados estudos que versassem sobre a transferência da política de controle da TB na população indígena. Esse fato justifica a realização deste estudo, o qual propõe contribuir com a compreensão da rede de atenção ao controle da TB na população indígena, bem como, das fragilidades, potencialidades e desafios para a manutenção e expansão dessa política nessa população, a partir de uma abordagem qualitativa com os principais atores envolvidos nesse processo.

Mediante os argumentos, nota-se a necessidade premente da realização do estudo sobre a Transferência de Política (TP) do controle da TB na população indígena, envolvendo profissionais que prestam a assistência a essa população e gestores em nível municipal, regional e estadual, envolvidos no controle da TB e gestão da Saúde Indígena no estado do Paraná. Ressalta-se a relevância desses atores no controle da TB na população

indígena, tendo em vista o envolvimento desses profissionais com os indígenas e processo de TP de controle da TB.

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a transferência de política de controle da tuberculose na população indígena em região de fronteira.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar o coeficiente de incidência e de prevalência de tuberculose na população indígena no período de 2001 a 2016;
- ✓ Descrever o perfil sociodemográfico e clínico da tuberculose na população indígena no período de 2001 a 2016;
- ✓ Caracterizar a rede de atenção no controle da tuberculose na população indígena;
- ✓ Analisar a transferência de política de controle da tuberculose em suas fases de manutenção e expansão na atenção à saúde da população indígena;
- ✓ Identificar as ações de controle da tuberculose na população indígena;
- ✓ Analisar as fragilidades, potencialidades e desafios na transferência de política de controle da tuberculose na população indígena.

BASES REFERENCIAIS

4 BASES REFERENCIAIS

Este estudo está fundamentado nos referenciais teóricos da Transferência de Políticas e Determinação Social do Processo Saúde Doença, apresentados na sequência.

4.1 TRANSFERÊNCIA DE POLÍTICAS

O referencial teórico para a discussão da política de controle da TB em região de fronteira será o de Transferência de Políticas (TP). A TP é um tema que vem sendo estudado no contexto nacional e internacional, adquirindo assim grande importância para a análise das políticas públicas em contextos diversos, a partir dos resultados evidenciados no âmbito local, onde efetivamente essas políticas são experienciadas.

A literatura referente à transferência de políticas públicas pode ser organizada em duas escolas distintas: uma que não usa o conceito de Policy Transfer diretamente, mas lida com diferentes aspectos de um processo de aprendizagem, utilizando diferentes nomenclaturas voltadas para as políticas, tais como, *bandwagoning*, a policy convergence, ou política de convergência; *diffusion*, ou difusão; *evidence-based practice* ou prática baseada em evidências; *learning* ou aprendizagem e *lesson-drawing* ou lições aprendidas. E outra que utiliza o conceito diretamente, incluindo o trabalho dos cientistas políticos e comparativistas (CAMACHO, 2011).

Diante da complexidade das variáveis envolvidas na transferência de políticas públicas, e o seu caráter multifacetado, este trabalho será fundamentado no referencial de TP que utiliza diretamente o conceito de *Policy Transfer*. Esse evento apresenta diferentes definições, sendo trazido por Dolowitz e Marsh (1996 p. 344) como determinado processo em que o conhecimento “de ideias, instituições, políticas e programas em um tempo ou espaço é colocado na arena de decisões para o desenvolvimento de políticas e programas em outro tempo e contexto”. De forma mais detalhada, Evans (2006 p. 480) o define como

o desenvolvimento de uma política que objetiva embasar um processo ou uma série de processos nos quais o conhecimento sobre instituições, políticas ou sistemas é transferido para outro setor ou nível de governança.

Existem diversos elementos que podem ser transferidos. Em uma revisão da literatura, publicada por Dolowitz e Marsh (1996), são apresentados sete objetos da

transferência de políticas, assim classificados: as metas políticas; estrutura e conteúdo; instrumentos políticos ou técnicas administrativas; instituições; ideologias; ideias, atitudes e conceitos; experiências negativas. Em trabalho posterior, publicado pelos mesmos autores em 1998, o número de objetos é reduzido para cinco, na forma de políticas, instituições, ideologias ou justificativas, atitudes e experiências negativas (DOLOWITZ; MARSH, 1998). Os elementos transferidos podem ser classificados em duas grandes categorias: elementos duros e elementos leves. Os elementos duros são legislações, regulações, instituições, instrumentos de políticas públicas, abordagens políticas e programas. Os elementos leves são ideias, princípios, aprendizados e interpretações obtidas de outras políticas (STONE, 2004).

A análise da TP, dessa forma, visa compreender o modo como ocorre essa transferência de conhecimento entre as instituições, políticas ou sistemas de um setor ou nível de governança para outro nível de governança em um diferente país. Essa se relaciona à promoção do conhecimento e do conhecimento no processo político. Estudiosos que se voltam para a TP estão interessados em compreender: processo de pré-decisão e autores-chave que trabalham no fazer política, o gerenciamento da transferência desses programas, a implementação e as causas de uma falha nessas políticas, bem como os aspectos relacionados às mudanças políticas. Dessa forma, pode-se ter como foco a descrição (como a TP é feita); explanação (porque a TP ocorre); prescrição (como a TP pode ser feita) (EVANS, 2010, grifo nosso).

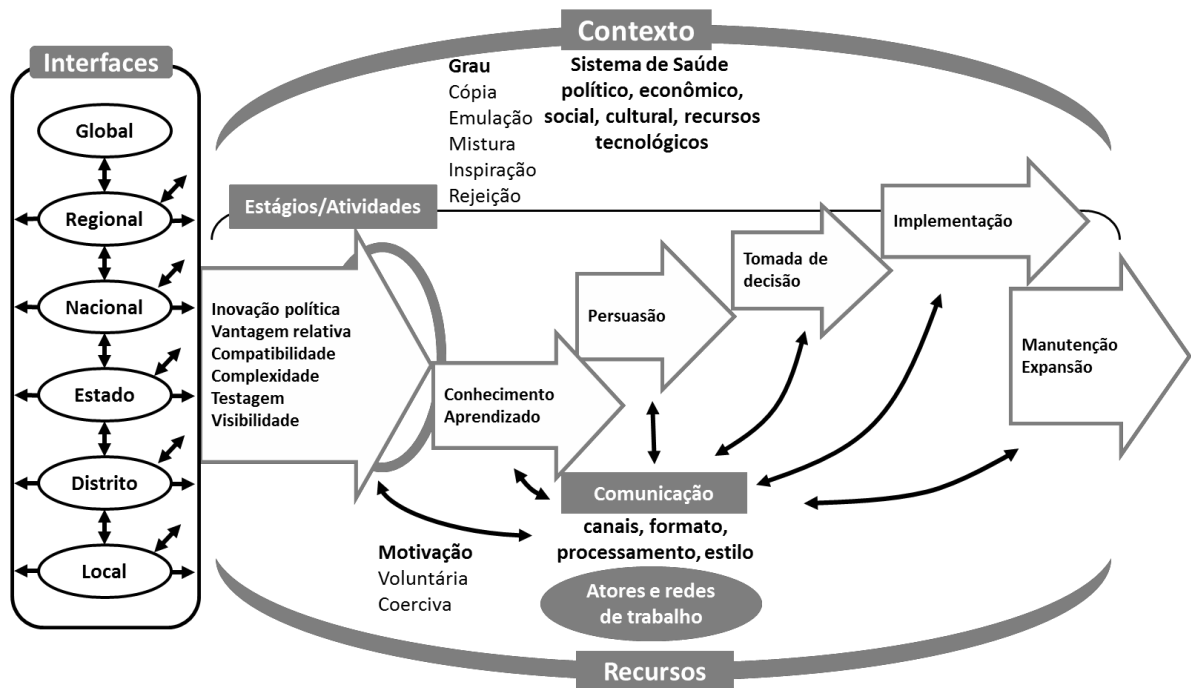
Em breve revisão da literatura realizada pelo grupo de pesquisa em TB, verificou-se que os estudos sobre transferência na área da saúde iniciaram a partir de 2001 e ainda são considerados escassos, uma vez que as políticas de controle de qualquer doença resultam de um processo de transferência (PORTER; OGDEN, 2001; OGDEN; WALT; LUSH, 2003; HOLTGRAVE, 2004; CLIFF; WALT; NHATAVE, 2004; HULME, 2005; BISSEL; LEE; FREEMAN, 2011; BROWN, 2014; SOUZA et al., 2014; COLVIN, 2015; SILVA et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2016).

A maioria das pesquisas sobre transferência tem como objeto de estudo as políticas públicas de controle da TB (PORTER; OGDEN, 2001; OGDEN; WALT; LUSH, 2003; CLIFF; WALT; NHATAVE, 2004; BISSEL; LEE; FREEMAN, 2011; BROWN, 2014; SOUZA et al., 2014; COLVIN, 2015; SILVA et al., 2015a; SILVA et al., 2015b; OLIVEIRA et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2016). Em geral, os estudos versam sobre diagnósticos, tratamento, modelos teóricos e instrumentos para guiar as avaliações da

transferência, avaliação da política por meio de documentos oficiais e percepção dos atores envolvidos no processo por meio de abordagem qualitativa.

Dentre os estudos realizados, destacamos Bissel, Lee e Freeman (2011), pelo fato de terem proposto o modelo analítico que será utilizado como ferramenta para o entendimento de alguns elementos envolvidos na transferência da política de controle da TB para a população indígena. A Figura 10 apresenta resumidamente o modelo e suas características.

Figura 10 – Modelo de Análise para Transferência de Políticas de Saúde



Fonte: Bissel; Lee; Freeman (2011).

Para os autores, a transferência de uma política inclui vários níveis e arenas (Interfaces: Global, Regional, Nacional, Estado, Distrito e Local) e trata-se de um modelo de mudança política. De modo a ser operacionalizada, vem a contar com o envolvimento de diferentes atores e/ou grupos capazes de se envolver nas várias etapas do mesmo, resultando na participação de administradores e profissionais, por exemplo, os chamados agentes “oficiais” da transferência. Esses se apresentam como ferramentas importantes para o desenvolvimento e a avaliação da transferência de uma dada política, sobretudo durante o estágio de implementação desta junto aos serviços de saúde (DOLOWITZ; MARSH, 1998; EVANS; DAVIES, 1999; TURGEON et al., 2008).

Geralmente, os analistas de TP referem-se a três diferentes processos de transferência: transferência voluntária ou *lesson-drawing*; transferência negociada e transferência coercitiva direta (EVANS, 2010).

A transferência voluntária ou *lesson-drawing* é uma abordagem orientada para lidar com os problemas de políticas públicas que emergem de um ou mais dos seguintes procedimentos: a identificação de insatisfação pública ou profissional com a política existente em consequência do mau desempenho; uma nova agenda política que é introduzida devido a uma mudança de governo, ministro ou gestão de uma organização pública; uma estratégia política que visa legitimar conclusões que já foram alcançadas; ou, uma tentativa por um gerente de política para atualizar itens da agenda de política para promover aliados políticos e neutralizar inimigos políticos (EVANS, 2010).

O segundo e terceiro processos de transferência envolvem diferentes graus de coerção. A transferência negociada refere-se a um processo em que os governos são obrigados a introduzir a mudança de políticas, a fim de garantir subsídios, empréstimos ou outras formas de investimento interno por países doadores influentes, instituições financeiras globais, instituições supranacionais, organizações internacionais ou transnacionais, corporações. Apesar de ser um processo de troca, continua a ser uma atividade coercitiva, uma vez que é negada ao país beneficiário a liberdade de escolha. Por outro lado, a TP coercitiva direta ocorre quando um governo é forçado por outro governo a introduzir mudanças constitucionais, sociais e políticas contra sua vontade e a vontade de seu povo (EVANS, 2010).

Existem basicamente quatro diferentes graus de transferências: a cópia, a emulação (adaptação), a hibridização e a inspiração. A cópia é a transferência completa de um programa ou política. A emulação envolve a transferência de ideias e princípios gerais de programas ou política, mas acaba por rejeitar sua cópia por inteiro, reconhecendo que um determinado programa externo ofereça melhores condições para a elaboração da política internamente. A proposta híbrida combina elementos de dois ou mais programas de lugares diferentes. Na inspiração, as ideias e orientações gerais inspiram uma mudança de política, mas o resultado final não precisa necessariamente ser semelhante à política original (DOLOWITZ; MARSH, 2000).

É importante pensar nas características que ajudam a pensar o que pode influenciar a absorção e adoção da política como: vantagem relativa, compatibilidade, nível de complexidade, viabilidade e observação dos resultados. O modelo pode ajudar ainda a rastrear a geração de inovações e novos conhecimentos, e a captação (ou não) em políticas e práticas. Ajuda a identificar os fatores que levam à efetiva incorporação de uma política ou inovação, bem como os obstáculos. Esse entendimento deve ajudar a melhoria de processos e técnicas, tais como aprendizado, persuasão, tomada de decisão e adaptação de

resultados da pesquisa operacional em recomendações de políticas (BISSEL; LEE; FREEMAN, 2011).

A TP pode ser facilitada ou inibida por alguns fatores, como o contexto. Aspectos do contexto, como o sistema de saúde, e fatores políticos, econômicos, sociais, culturais ou tecnológicos, podem influenciar o processo. Os recursos a serem considerados são humanos, financeiros, políticos, técnicos e sociais. Qualquer um desses fatores pode facilitar ou dificultar o processo ao longo do tempo de forma consistente ou variada (BISSEL; LEE; FREEMAN, 2011). Este estudo buscou compreender o processo da transferência da política de controle da TB na população indígena, identificando fragilidades e potencialidades que podem refletir na assistência prestada a essa população.

Frente ao exposto, entende-se que avaliar a TP da política do controle da TB na população indígena em região de fronteira se faz necessário, pois além de agregar conhecimento à literatura sobre uma doença de impacto mundial, contribui para fortalecer essa política na população indígena, população com maior vulnerabilidade de adoecimento pela doença.

4.2 DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE DOENÇA

Considerando que no título dessa seção aparece o termo “processo saúde doença”, entendemos ser relevante a disposição inicial dos conceitos de saúde, doença e relação com o processo saúde doença. Nesse sentido, a OMS em 1947 definiu o conceito de saúde como não sendo apenas a ausência de doenças, mas sim como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, concepção que continua atualmente válida, mas pode ser interpretada mais apropriadamente como uma declaração (NARVAI et al., 2008; OMS, 1976).

Dentre as diversas abordagens possíveis para se entender esse conceito, entende-se a condição de saúde pode ser descrita didaticamente em três partes: subindividual, individual e coletivo (NARVAI et al., 2008). Do ponto de vista subindividual, podemos mencionar o nível fisiológico e orgânico, fisiológico e fisiopatológico, aqui o processo saúde doença define-se a partir da homeostase, logo se trata de determinado equilíbrio dinâmico entre o normal/funcional e o anormal/disfuncional. O plano individual pode ser compreendido a partir da condição biológica, mas também social do indivíduo; nesse plano o processo de saúde doença é resultante de condições individuais e coletivas. O plano coletivo está além

das condições orgânicas e sociais de cada indivíduo, ou ainda, como as diferentes culturas vivenciam os eventos clínicos e sociológicos (NARVAI et al., 2008)¹³.

Já a compreensão do que é a doença não pode ser dada por meio de conceitos fisiopatológicos, uma vez que o que estabelece a doença é o estado de sofrimento, a dor, o prazer, em geral, os sentimentos demonstrados pelo corpo do doente (CANGUILHEM; CAPONI, 1995).

A doença é apenas uma ideia que se relaciona com o sofrimento, o mal, mas não corresponde completamente a ele, disse ainda Evans e Stoddart (1990), que os quadros clínicos semelhantes, ou seja, com mesmo prognóstico e implicações para o tratamento podem surtir diferentes efeitos em diferentes pacientes, podendo afetá-los de maneiras diferentes. Assim, o conhecimento clínico pretende aplicar corretamente o conhecimento e a tecnologia para auxiliar esses termos; porém, o ponto de vista do bem-estar individual e social, a percepção individual sobre a saúde é o que realmente importa (EVANS; STODDART, 1990).

Um dos desafios para compreender o processo de saúde é entender como desigualdades sociais afetam a ampliação da doença. O paradigma epidemiológico parte da suposição de que a doença se distribui de forma desigual entre a população em virtude do sistema social.

Existem diferentes técnicas e métodos relacionados ao estudo das desigualdades e da saúde. Entretanto, é possível distinguir tais abordagens em duas correntes diferentes, uma chamada naturalizada, em que as doenças são consideradas apenas como características biológicas e demográficas, e a corrente politizada, em que são tratadas nos conceitos sociais de desigualdade e injustiças na estrutura social as quais afetam o processo saúde-doença (LANA, 2006).

Existe também a proposição de conceitos diferentes e complementares para compreender as diversidades existentes em determinada população. Nesse contexto, Breilh (1998, *itálico nosso*) traz conceitos de *diferença*, *distinção* e *desigualdades*. Para o autor as *desigualdades* são resultantes do processo social decorrente das diferentes posições de poder e posse que produzem diferenças em determinado contexto histórico, a *diferença* está imbricada à distribuição de doenças e suas variações na população, já as práticas sociais compostas por entidades individuais se aportam à *distinção*.

¹³ Sobre este tema, refere-se a: VIANNA, L. A. C. Determinantes Sociais de Saúde: processo saúde doença. Disponível em: <<http://www.unasus.unifesp.br/index.php/biblioteca/124-modulos-de-conteudos-esf1>>. Acesso em: 21 mar. 2020.

Nesse sentido, uma das categorias fundamentais para estabelecer a classificação epidemiológica é a classe social, pois cada uma delas possui sua inserção no meio produtivo, com determinadas condições de desenvolvimento das forças produtivas, sendo essas condições determinantes do conjunto de elementos da reprodução social, no qual se estabelecem funcionamentos e probabilidades que podem implicar efeitos típicos de riscos e proteção em seus membros (BREILH; GRANDA, 1986). Segundo os autores, quando tais riscos prevalecem sobre as condições de proteção, atingindo um grande número de membros, surge um perfil patológico típico desse contingente ou, se é mais intenso, produz um padrão de mortalidade específico; no entanto, caso ocorra o contrário, caracteriza-se um perfil de saúde. Portanto, o perfil produtivo de cada classe social se constitui pelas condições de trabalho e consumo, sendo as condições de trabalho o grau, a intensidade, o controle e as características laborativas.

A teoria da determinação social do processo saúde-doença

se constitui num avanço na medida em que vincula o biológico ao social. Entretanto, ao fazer uso de conceitos sociais, passa a se deparar com desafios que dizem respeito, tanto ao âmbito operacional quanto ao conceitual. (IDE; CHAVES, 1990, p. 167)

O conceito de Determinação Social da Saúde foi importantíssimo na formação da epidemiologia social Latino-Americana e na história do movimento sanitário no Brasil (NOGUEIRA, 2010), tendo sua origem ligada à polícia médica na Alemanha, à medicina urbana na França e à medicina da força de trabalho na Inglaterra. Através dessas, Foucault construiu sua tese de que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo ao se desenvolver no final do século XVIII e início do século XIX, popularizou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho (FOUCAULT, 1989).

Assim, o investimento do capitalismo foi no biológico, no somático, no corporal, já no corpo que trabalha, ou seja, do operário, somente seria levantado como problema na segunda metade do século XIX (NUNES, 2009). E é a partir dos anos 40 do século XIX que se originam as condições para o surgimento da medicina social.

A saber, às vésperas de um movimento revolucionário que se estenderia por toda a Europa, muitos médicos, filósofos e pensadores assumiram o caráter social da medicina e da doença (NUNES, 2009). A partir daquele momento histórico, integraram-se ao discurso sanitário alguns princípios básicos, sendo eles, a saúde das pessoas que passa a ser de

interesse da sociedade, as condições sociais e econômicas que influenciam a saúde e doença e precisam ser estudadas cientificamente e as medidas que devem ser tomadas para a proteção da saúde são tanto sociais quanto médicas (NUNES, 2009). Sem dúvida, esse ideário centralizado na corporação médica, como pregava Guérin, ou marcado pelas relações entre o homem e suas condições de vida, como dizia Virchow, impulsionaram a formulação da medicina social da metade do século XIX (NUNES, 2009).

Com o fim da Revolução de 1848, sufocaram-se todas essas vozes que defendiam a saúde como questão política e social na Europa, a ideologia do movimento de reforma da saúde e médica como ciência social transformou-se em um programa limitado à reforma sanitária, desconsiderando a importância dos fatores sociais em saúde, enquanto a biomedicina ganhou domínio em uma proporção esmagadora. A partir da revolução científica criada através das descobertas bacteriológicas de Robert Koch (NUNES, 2009), surge, no final da década de 1960, devido à crescente crise política, econômica e social dos países capitalistas, uma polêmica em relação ao caráter da doença. O paradigma dominante que definia a doença como um fenômeno biológico individual estava sendo questionado, principalmente a partir do surgimento de discussões sobre o caráter da doença ser fundamentalmente social (LAURELL, 1989).

Na América Latina as primeiras análises que remetem ao campo da medicina social datam de 1980, no Brasil, as trajetórias de um pensamento social resultaram em diferentes aproximações, essas retomam as origens da saúde coletiva com base no chamado projeto preventivista, amplamente discutido na segunda metade dos anos 1950, que se associava à crítica ao modelo biomédico, resultando na criação dos departamentos de medicina preventiva e social nas escolas médicas e de disciplinas que ampliavam a perspectiva clínica, a preocupação com uma perspectiva biopsicossocial do indivíduo é instalada (NUNES, 2009).

Nesse contexto, a compreensão sobre os fenômenos saúde, doença e formas de combate apoiam-se na perspectiva social e científica de uma análise marxista, que se apresenta tanto crítica, em relação aos encaminhamentos da ciência hegemônica, quanto propositiva, apontando para estratégias necessárias no sentido de construir novas formas de se pensar a saúde e novos modos de organizar e desenvolver as práticas e ações do setor saúde (VIANA; SOARES; CAMPOS, 2013).

Nesse panorama, reconhece-se que, sob o capital, as relações sociais de produção e reprodução da vida são permeadas e expressam contradições inerentes aos projetos de classe em disputa, e que essas contradições, por sua vez, caracterizam diferentes formas de

viver, adoecer e morrer. Existe portanto uma perspectiva epidemiológica que busca aprofundar a análise para além dos indicadores e dos fenômenos imediatos, permitindo distinguir em uma dada população não apenas um mas diversos perfis epidemiológicos, uma vez que os grupos sociais sofrem diretamente a exposição a distintos e possíveis degradações ou fortificações (VIANA; SOARES; CAMPOS, 2013).

O projeto preventivista se tornava realidade em muitas escolas médicas em meados de 1960; nesse sentido, a década de 1970 representou o marco para o campo da saúde coletiva no Brasil, visto que iniciava sua estruturação por meio da formação de recursos humanos no avanço das ciências sociais na saúde e no financiamento de desenvolvimento tecnológico e inovação por instituições de fomento (NUNES, 2009).

Com a criação do primeiro curso de pós-graduação em Medicina Social no estado do Rio de Janeiro em 1974, divulgaram-se vários trabalhos acadêmicos de relevância como os de Cecília Donnangelo dentre outros (NUNES, 2009) que ofereceram importantes contribuições e que passaram a ser pulverizados pelos Departamentos de Medicina Preventiva e Social. A obra de Sérgio Arouca trouxe contribuições quanto à dinâmica do processo saúde-doença nas populações, suas relações com a estrutura da atenção à saúde, assim como as relações das duas com o sistema social global, a fim de transformar essas relações com o intuito de maximizar os níveis de saúde e bem-estar das populações são focos de estudo da medicina social (NUNES, 2009).

No Brasil a construção da medicina social se estende de 1974 a 1979. Contudo, somente entre 1980 - 1986, se expande em propostas para uma política pública efetiva através da disseminação das propostas de reforma do sistema de saúde vigente, como a VII e a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorridos em 1979 e 1986, respectivamente. A partir de então se iniciou o processo de reforma da saúde pública (NUNES, 2009), um conjunto de tradições acadêmicas passa a estudar a determinação social do processo de saúde e doença, ainda que de maneira diversa em relação ao alcance e à radicalidade de suas posições, como a indagação quanto à ordem social vigente; todas concordam sobre a importância da organização social nos aspectos sanitários de um território e época específica. Afinal, condições socioeconômicas também influenciam na saúde e doença (CAMPOS, 2009).

Essas abordagens concordam que os fatores econômicos interferem positivamente ou não na saúde da população, que os ambientes de convivência e de trabalho podem gerar efeitos danosos variados à saúde das pessoas e que a cultura e valores também interferem aumentando ou não a possibilidade de saúde das pessoas, pela influência política,

concepção de saúde e forma como cada povo lida com as diferenças (CAMPOS, 2009). Legalmente, afirma-se que o processo saúde-doença se determina pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, através do trabalho baseado no desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção (LAURELL, 1982).

Nesse contexto, o processo saúde-doença apresenta simultaneamente caráter social e biológico, e pode ser analisado de mesma forma, como um processo único. O estudo empírico do processo saúde-doença permite descrever as condições de saúde de um grupo relacionadas às condições sociais deste, evidenciando a problemática de forma mais abrangente do que a mera descrição biológica das condições de saúde, fato que influi diretamente na prática sanitária (LAURELL, 1982). O processo saúde-doença estabelece uma relação entre o coletivo e o indivíduo, já que o processo do coletivo determina as características básicas sobre as quais se assenta a variação biológica individual. Desse modo, leva-se em consideração a história social do indivíduo. Para Breilh (2010, p. 100),

(..) la salud humana y los ecosistemas son objetos que incluyen procesos de carácter biológico socialmente determinados. Cuando pensamos sobre dicha determinación social de la salud, si queremos cuidar una perspectiva dialéctica que no recaiga ni en el determinismo biológico ni en el determinismo histórico, tenemos que trabajar las relaciones ‘social-biológico’ y ‘sociedad-naturaleza’, de tal manera que ninguna de las partes pierda su presencia en la determinación.

Além do fato que, no estudo do processo saúde-doença da coletividade é enaltecido o entendimento “do problema da causalidade, visto que o modo biológico de viver em sociedade determina os transtornos biológicos característicos e a doença, que não surge separada deste, mas ambos ocorrem como momentos de um mesmo processo”, porém diferenciáveis (ROCHA; DAVID, 2015, 131). Para os autores,

A determinação social da saúde é um referencial teórico que discute a abrangência da coletividade e do caráter histórico-social do processo saúde-doença, não colocando em foco discussões de dados epidemiológicos individuais. Propicia explicitar a relação entre o biológico e o social, divergindo da abordagem dos DSS, [que em termos de conceitos apresenta-se reducionista e positivista focalizado no individual a em detrimento ao social] (ROCHA; DAVID, 2015, 132, grifo nosso).

Nesse sentido, Garbois, Odre e Dalbello-Araujo (2017), tecem uma discussão no artigo: *da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde*, evidenciando

a percepção conceitual de determinantes de saúde a partir da década de 1970, sugerindo insuficiência quanto às análises de mudanças sociais devido ao seu carácter fragmentado e positivista. Nesse sentido, os autores afirmam que “insistir na abordagem de um social fragmentado é escolha de um caminho que se mostra na contramão dos esforços envidados para a construção da interdisciplinaridade” (GARBOIS, ODRE e DALBELLO-ARAUJO, 2017, p.73).

Nesse panorama, as contribuições da epidemiologia crítica reforçam a compreensão de determinação do processo saúde doença, em que a saúde é um fenômeno socialmente condicionado, sendo necessários estudos para a compreensão do adoecimento (BREILH, 2003; BREILH; GRANDA, 1986; DR. JAIME BREILH, 2013).

A saber, a epidemiologia crítica é uma disciplina da saúde coletiva que interage com os conhecimentos da saúde pública em como eles se reproduzem, ela abarca a saúde em sua complexidade, ou seja, não só no plano individual, mas a também classe social e suas relações. É uma disciplina científica que nos ajuda a compreender os processos de adoecimento, porque temos os problemas de saúde e como eles são distribuídos, em que regiões e porque motivos. Nesse contexto, essa epidemiologia aborda a dimensão individual, a dimensão particular dos grupos e a dimensão individual das famílias, metodologia que favorece o diagnóstico dos problemas de saúde da população (BREILH, 2013; 2003).

Essa inovação metodológica da epidemiologia reconhecida como epidemiologia crítica oferece a possibilidade de prevenir diversos problemas de saúde, buscando entender como os problemas acontecem subsidiando medidas para evitar esses problemas (BREILH, 2013).

Segundo Dr. Jaime Breilh (2013), a saúde na América latina e mundo encontram-se em profunda crise, e acredita-se que esta crise está fortemente relacionada aos fatores: vasta iniquidade, problemas sociais, estresse, poluição, crise ambiental profunda, poluição do ar e uso de agrotóxicos. Somados a isso, ainda existem processos vetoriais, não justificáveis devido ao potencial de conhecimento tecnológico que o Brasil detém. Considerando esses retrocessos, o autor defende o pensamento crítico como basilar no processo de transformação da saúde pública.

Cabe aqui ressaltar a necessidade de aprofundamentos na temática para a ampliação, compreensão e discussão desses conceitos (ROCHA; DAVID, 2015). Segundo Borghi, Oliveira e Sevalho (2018), esse momento em que se observa um avanço do neoliberalismo

e destituição de direitos já anteriormente conquistados, faz-se necessário união de esforços e resistência a partir de movimentos sociais e a academia.

4.3 ANÁLISE DE CONTEÚDO

A análise de conteúdo tem desenvolvido suas diferentes abordagens e características principalmente nos últimos cinquenta anos; entretanto, sua origem traz registros desde o final do século passado. Nesse sentido, essa metodologia de pesquisa consiste na descrição e interpretação de conteúdos de toda a classe de textos e documentos, podendo ser oriundos de comunicação verbal ou não verbal, gravações, como cartas, cartazes, entrevistas, diários pessoais, filmes, fotografias, vídeos entre outros. (ALVES; GEWANDSZNAJDER, 1988; CAMPOS, 2004; FLICK, 2009).

Segundo Bardin (2011, p.15), “a análise do conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (...) extremamente diversificados”. Esse termo pode ser amplamente compreendido como

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p. 47).

Historicamente, a primeira tentativa para identificar o significado de uma mensagem surgiu da necessidade de interpretação minuciosa de textos bíblicos, através da decodificação de simbologias e sinais para o entendimento de parábolas e elementos metafóricos contidos nestes. Posteriormente em 1640, na Suécia, foram mencionadas análises referindo-se a pesquisas sobre a veracidade de hinos religiosos e suas possíveis influências sobre luteranos, sendo que, nesse episódio foram verificados pontos como valores, moralidades e complicações estilísticas (BARDIN, 1977). Avançado para 1888, onde foram utilizados tais textos, mais especificamente o Êxodo, na tentativa de assimilar expressões emocionais e aspectos da propensão linguística através do uso de métodos temáticos e quantitativos (BARDIN, 1977).

Uma referência clássica sobre a importância dessas análises de conteúdo prouve excepcionalmente no começo do século XX nos EUA onde essa técnica mais se desenvolveu. Nesse período essa técnica foi muito utilizada na interpretação de artigos da imprensa, sempre quantitativamente rigorosa sobre o formato e modelo dos textos, com o

objetivo de medir o quanto artigos sensacionalistas impactavam a população, tendo os interesses posteriormente migrado para a propaganda. Informa-se que, mesmo que existam escritos anteriores sobre interpretações de textos, utilizou-se este exemplo devido cautela em que foi usado.

A análise de conteúdo surgiu devido às necessidades nas áreas da sociologia e psicologia. Essa ocorrência ficou marcada nos Estados Unidos durante a década de 50, pela metodização de regras e o interesse na representatividade política, durante a década de 60, pela expansão de suas aplicações e o surgimento de novas dificuldades no campo metodológico, "e, devido aos três fenômenos que afetaram as investigações e as análises de conteúdo: o recurso de computador, os estudos sobre comunicação não verbal e os trabalhos linguísticos, de 1960 até a atualidade" (SANTOS, 2011, p. 383).

Nesse contexto, em meados de 1915, Laswell, um dos precursores da análise, utilizou-se dela para determinar posturas estratégicas de outros países, analisando impressos e propagandas, porém foi Bardin quem popularizar a técnica. Inicialmente buscava-se a objetividade; entretanto, aos poucos a técnica despertou interesse aos pesquisadores em outras áreas do conhecimento como a linguística e a história, o que impulsionou pesquisas e trabalhos de parceiros nas áreas de psicologia, ciências políticas e jornalismo (SANTOS, 2011).

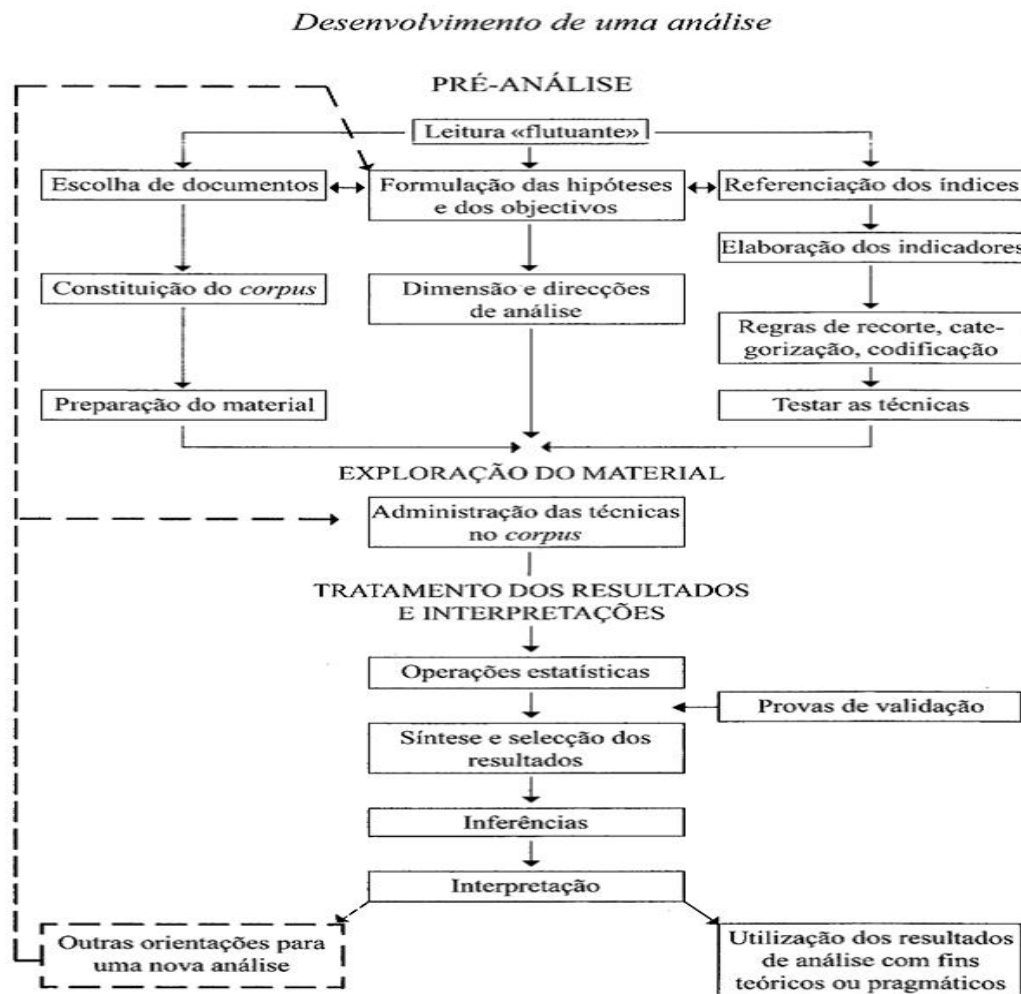
O conceito de análise de conteúdo pode ser compreendido de diferentes formas tendo em vista a perspectiva e a intenção do pesquisador que a realiza, adere-se a juízos sobre a semiótica estatística do conteúdo, tendo em vista as inferências do pesquisador através da identificação objetiva do carácter das mensagens (WEBER, 1985; BARDIN, 1977). Para Bauer e Gaskell (2002), é relevante reforçar "o carácter social da análise de conteúdo, uma vez que é uma técnica com intuito de produzir inferências de um texto para seu contexto social de forma objetiva" (SILVA; FOSSÁ, 2015, p.2).

Ressalta-se que já surgiram diversos debates sobre a análise de conteúdo quanto a suas diferentes funções. Segundo Bardin (2011), uma dessas funções é conhecida como heurística, a qual objetiva a análise de conteúdo e aprimora a tentativa exploratória. Outra função reconhecida como administração da prova, consiste em verificar a autenticidade dos dados da análise; ainda destaca-se a diferença entre os modelos de análise qualitativas e quantitativas. Em pesquisas qualitativas o referencial é a apresentação ou não de características dos dados, enquanto que técnicas quantitativas referem-se à frequência com a qual tais características aparecem (BARDIN, 2011).

Posteriormente, a objetividade tornou-se menos rígida possibilitando o uso simultâneo de tais técnicas. Assim, a análise de conteúdo se tornou menos descritiva e passou a usar de inferências por meio de outras análises. Para além desse escopo, Bardin trouxe reflexões a respeito da análise de conteúdo e sua linguística por conterem a linguagem como elemento em comum, embora existam grandes diferenças entre ambas. Sobre isso, a linguística se ocupa com o estudo da língua, do mesmo modo que a análise de conteúdo se ocupa não só do significado da palavra, mas fundamentalmente com o que está por trás deste (SANTOS, 2011).

Quanto à prática da análise de entrevistas, Bardin (2011) reconhece tal método como muito complexo e específico podendo ser diretivo ou não. Entendemos que inicialmente para a organização e análise de conteúdos, devem ser estabelecido critérios e uma ordem lógica, para prosseguir a análise a partir de suas 3 fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e gerenciamento ou tratamento dos resultados (figura 11).

Figura 11 - Desenvolvimento da análise de conteúdo



Fonte: Bardin (1977).

Sob essa lógica, entende-se que na pré-análise é realizada a leitura do material escolhido. Nessa fase, é organizado o material que irá compor o corpus da pesquisa onde são observados pontos fundamentais para os próximos passos (regras e critérios) tais como: a *exaustividade sobre o assunto*, *representatividade*, *homogeneidade*, *pertinência do conteúdo* (BARDIN, 2011, itálico nosso). Sobre isso:

- a *exaustividade* sobre o assunto, que se refere a extrair todos os elementos do corpus da pesquisa;
- à *representatividade* caracteriza-se pelo uso da amostragem sobre algum conteúdo cujo número de dados seja muito elevado;
- à *homogeneidade* do conteúdo estabelece a presença de diferenças mínimas entre tais conteúdos e os critérios da pesquisa;
- a *pertinência do conteúdo* verifica se estes correspondem com os objetivos do estudo.

Dado esses passos em observância aos critérios apresentados, segue com a elaboração de hipóteses sobre tais objetivos e estabelecendo também indicadores para interpretar o material.

Já na segunda fase ocorre a exploração do material, em que os dados são codificados, sistematizados e condensados em unidades de registros que significam uma unidade a se codificar. Nessa fase, todos os textos e materiais são recortados, tornando em unidades os seus parágrafos; desses parágrafos são identificadas as palavras ou termos chave, e a partir desse momento, elabora-se resumos os quais são categorizados em uma categoria inicial. Essas categorias são agrupadas novamente por temas em categorias intermediárias, sendo novamente condensadas em categorias finais, possibilitando assim, as inferências (BARDIN, 2011).

Por fim, na terceira fase, que compreende o tratamento dos resultados (inferências e a interpretação de informações), o pesquisador codifica a mensagem e realiza as inferências fazendo a análise comparativa através da justaposição de todas as categorias presentes destacando as diferenças. Cabe esclarecer que a inferência é uma técnica orientada por vários pólos de comunicação (emissor receptor, mensagem e canal), o que após esclarecidos revelam novos temas e dados (BARDIN, 2011).

Assim, surge a necessidade de se comparar enunciados e ações entre si, sempre com o intuito de averiguar possíveis unificações. Em contrapartida, quando os temas encontrados são diferentes, cabe ao pesquisador encontrar semelhanças que possam existir entre eles (BARDIN, 2011). Nessa fase de interpretação dos dados, o pesquisador precisa estar alinhado ao referencial teórico, sempre retornando a esse referencial, procurando embasar as análises, dando assim, sentido à interpretação, uma vez que as interpretações pautadas em inferências buscam o que se esconde por trás dos significados das palavras, para apresentarem em profundidade o discurso dos enunciados (BARDIN, 2011). É importante ressaltar que podemos contar com o auxílio do computador como ferramenta tecnológica, isso nos permite análises mais profundas do conteúdo.

Entendemos que a análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa é fundamentalmente focalizada na “exploração do conjunto de opiniões e representações dos interlocutores” (MINAYO, 2012 p. 79). Nesse contexto, podemos destacar a importância do rigor no uso da análise de conteúdo, a necessidade de transpor incertezas e descobrir o que é questionado (BARDIN, 2011).

Ultimamente a técnica tem apresentado grande desenvolvimento, visto o crescente número de publicações; porém, a diversidade de conceitos e finalidades de seu uso soma-se

aos empecilhos para o enriquecimento de sua prática, pois tem tornando-a pouco clara, possibilitando seu uso sem os cuidados sistemáticos exigidos para o desenvolvimento da pesquisa, excepcionalmente para novos pesquisadores, que inclinam-se a aplicá-la como prática intuitiva e não metodológica (OLIVEIRA, 2008). Sobre isso, muitos autores tomam a técnica a fim de analisar dados qualitativos incorretamente, ou seja, não seguem recomendações e etapas essenciais para a análise (OLIVEIRA, 2008; MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011;).

Não obstante, a análise de conteúdo pode ser utilizada tanto na área da saúde (CAMPOS, 2004) quanto em estudos sobre as condições de trabalho na ótica da pesquisa social (CÂMARA, 2013). Sobre isso, as organizações têm recorrido a estudos qualitativos, o que tem tornado o uso da análise de conteúdo recorrente, principalmente na tomada de decisões sobre ações estratégicas da organização (RICHARDSON, 1999, CÂMARA, 2013). Esse método de análise também tem sido amplamente utilizado na área de saúde, dada a sua capacidade de se desenvolver sistematicamente através da criatividade e capacidade do pesquisador ao “lidar com acontecimentos, que frequentemente não podem ser atingidos de outra forma” (CAMPOS, 2004 p. 614).

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo pautado no referencial metodológico de Análise do Conteúdo (BARDIN, 2011) de abordagem temática, cuja finalidade foi aprofundar conhecimentos sobre o processo de Transferência da Política de controle da TB em população indígena em região de fronteira. À luz das contribuições de Minayo (2014) é importante sublinhar que a pesquisa qualitativa exige do pesquisador flexibilidade, capacidade de observação e interação com os sujeitos do estudo e abertura frente às possibilidades de adaptação e correção e revisão dos objetivos de investigação e instrumentos do estudo. Nesse contexto o trabalho de campo nos possibilita a conhecer, estudar, aproximar e criar novos conhecimentos a partir da realidade evidenciada no estudo (CRUZ NETO, 1994).

Considerando a escassez de informações para a descrição do cenário de pesquisa e compreensão da problemática da TB nessa população na faixa de fronteira, foram utilizados dados quantitativos secundários, com a intencionalidade de compreender a ocorrência da doença e descrição desse cenário do estudo.

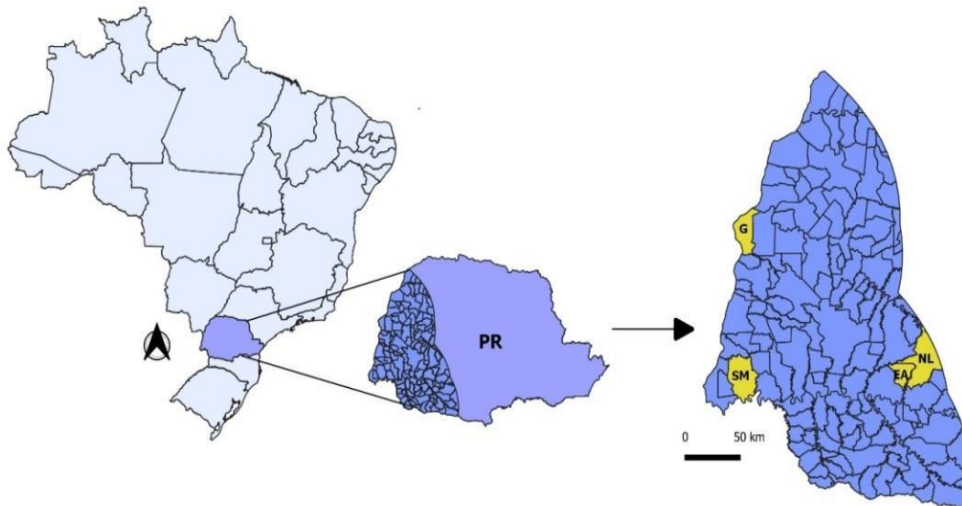
5.2 LOCAL DE ESTUDO

O cenário do estudo foi o estado do Paraná - Brasil, sendo desenvolvido em municípios com terras indígenas regularizadas ou delimitadas localizados na área de faixa de fronteira¹⁴ dessa Unidade Federativa, conforme os critérios de inclusão descritos no cenário da pesquisa¹⁵, sendo portanto nessa área eleitos os municípios de Nova Laranjeiras, São Miguel do Iguçu, Espigão Alto do Iguçu, e Guaíra para o estudo qualitativo e faixa de fronteira para descrição compreensão do cenário (Figura 12).

¹⁴ A região da Faixa de Fronteira é geograficamente caracterizada por ser uma faixa de até 150 km de largura (BRASIL, 1988), por toda a extensão de 15.719 km da fronteira terrestre do Brasil. A fronteira brasileira abrange 588 municípios distribuídos em 11 Unidades Federativas, dentre eles o Paraná o qual abrange 139 municípios (BRASIL, 2009b).

¹⁵ Terras demarcadas na faixa de fronteira do estado do Paraná que apresentaram casos de TB no período de 2011 a 2016, ou seja, respectivamente nos últimos cinco anos, conforme elaboração da proposta de pesquisa em 2016. Sendo os municípios de São Miguel do Iguçu, Guaíra, Nova Laranjeiras e Espigão Alto do Iguçu. Isso pode ser verificado à frente nas páginas 89-90.

Figura 12 - Mapas do Brasil, do Estado do Paraná, Faixa de Fronteira com seus respectivos municípios e local de estudo

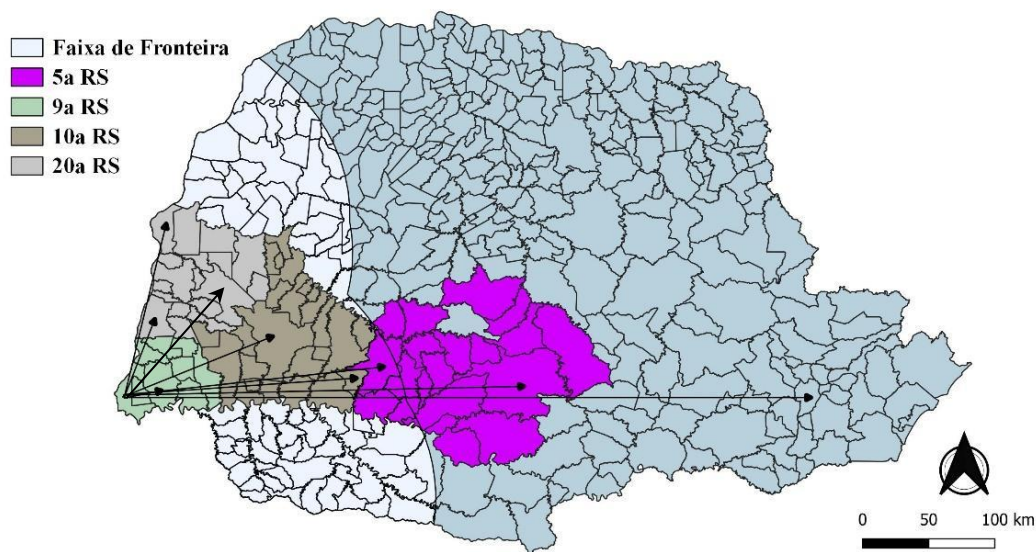


Fonte: Instituto Paranaense de Desenvolvimento Social (IPARDES), dados da pesquisa, 2019.

Para efetivarmos o estudo conforme indicação de participantes, no que se refere aos gestores, foi necessário o deslocamento para outros municípios além dos que compõem o cenário de estudo (Figura 13), situação extremamente indispensável devido ao fato dos gestores de nível regional e estadual se encontrarem alocados em diferentes regiões do Estado, conforme distribuição estratégica das linhas de comando tanto da gestão de Saúde Indígena quanto da gestão regional de saúde e do PNCT.

Nesse sentido, informamos que os gestores de nível local correspondem aos mesmos municípios origem do objeto de estudo igualmente aos profissionais. Os gestores de nível regional, responsáveis pelo PNCT, encontravam-se alocados nas sedes de quatro Regionais de Saúde (RS), sendo respectivamente, 5ª RS em Guarapuava, 9ª RS em Foz do Iguaçu, 10ª RS em Cascavel e 20ª RS em Toledo, sendo que os gestores regionais da Saúde Indígena encontravam-se alocados no município de Santa Helena e Guarapuava. Os gestores de nível estadual se encontravam alocados em Curitiba, capital do estado do Paraná.

Figura 13 - Mapa do estado do Paraná, segundo faixa de fronteira, Regionais de Saúde que compõem o estudo e percurso de coleta de dados, 2019



Fonte: IPARDES, dados da pesquisa, 2019.

O local de estudo no nível local foi a partir da colaboração de profissionais de três postos de Saúde Indígena (Nova Laranjeiras, Espigão Alto do Iguaçu, e São Miguel do Iguaçu) e de um polo base¹⁶ (Guaira), quatro secretarias municipais de saúde e suas respectivas vigilâncias epidemiológica e coordenações municipais do programa de controle da TB.

O nível regional foi constituído por quatro Coordenações Regionais do Programa de Controle da Tuberculose respectivamente ligadas ao nível local, sendo a 5ª, 9ª, 10ª e 20ª regionais de saúde e dois Pólos Base (Santa Helena e Guarapuava). O nível estadual foi integrado pela Coordenação Estadual do Programa de Controle da Tuberculose pelo DSEI - Litoral Sul.

Escolhemos a coordenação Estadual do programa de controle da TB do estado do Paraná e da Saúde Indígena por serem os locais onde são geradas e disseminadas as políticas de controle da TB para os demais níveis, e onde é possível se analisar, centralmente, a situação da TB no Estado e em especial na Faixa de Fronteira dessa Unidade Federativa.

¹⁶ Nessa região o sistema de Saúde Indígena conta com uma equipe volante para a assistencial de várias comunidades indígenas. Os profissionais do nível operacional têm como referência a estrutura física do polo base (local onde foram entrevistados).

As coordenações Regionais do PNCT da 5ª, 9ª, 10ª e 20ª RS, estão situadas em diferentes municípios e encontram-se lotadas nas sedes de Regionais de Saúde do Paraná¹⁷. Essas coordenações foram eleitas por se ocuparem da participação das ações de supervisão, acompanhamento, monitoramento e avaliação do PNCT nos municípios de sua responsabilidade, viabilizando as ações recomendadas pelo programa a partir de suporte institucional e capacitação dos profissionais no nível municipal, podendo ser considerado um nível intermediário de expansão e manutenção da política de controle da TB. Esses coordenadores são responsáveis por setenta e dois municípios dentre eles: Espigão Alto do Iguaçu (5ª), São Miguel do Iguaçu (9ª), Guaíra (10ª), Nova Laranjeiras (20ª), os quais foram selecionados para estudo por apresentarem casos novos de TB em indígenas nos últimos 5 anos, tendo como referência os anos de 2011 a 2016 e terras indígenas na faixa de fronteira do Paraná (PR).

O nível local se constitui fundamental para estudo, tendo em vista a operacionalização das ações. Sobre isso, ocupa-se diretamente da gestão local da atenção e controle da TB e/ou da assistência direta ao indígena doente de TB. Ressalta-se que, esses municípios têm terras indígenas regularizadas ou delimitadas e conta com EMSIs às quais compete a APS nas comunidades indígenas desses locais.

5.3 DESCRIÇÃO DOS LOCAIS DE ENTREVISTA

5.3.1 Nível Estadual

5.3.1.1 Nível estadual – Saúde Indígena

Ao nível estadual acerca da Saúde Indígena, a entrevista ocorreu no edifício principal da Secretaria Especial de Saúde Indígena, na cidade de Curitiba, capital do Estado, onde a direção Distrital Litoral Sul se encontra e a partir da qual os programas e planejamentos políticos e operacionais são coordenados, incluindo o Programa de Controle da TB. E também no Cineteatro Barrageiros do Parque Tecnológico Itaipu (PTI), na cidade de Foz do Iguaçu, na ocasião da 172ª Reunião do GT Saúde.

¹⁷ Sede da 5ª RS – Guarapuava; Sede da 9ª RS – Foz do Iguaçu; Sede da 10ª - Cascavel; Sede da 20ª RS – Toledo.

5.3.1.2 Nível estadual – Coordenação estadual do Programa Nacional de Controle da Tuberculose

Sobre a coordenação do PNCT em nível estadual, a entrevista decorreu no Auditório do Paço Municipal localizado no prédio da prefeitura municipal de Cascavel, na ocasião de uma sensibilização promovida pela 20ª RS com parcerias, dentre elas a coordenação estadual do PNCT e LACEN.

5.3.2 Nível Regional

5.3.2.1 Nível regional – Saúde Indígena

Ao nível regional na Saúde Indígena, a entrevista decorreu nas instalações dos Pólos Base de Santa Helena e de Guarapuava. O Pólo Base do município de Guarapuava é responsável por 19 aldeias e situa-se ao Leste de Foz do Iguaçu, na mesorregião Centro Sul do Estado, fazendo limites ao Norte com Campina do Simão e Turvo, ao Sul com Pinhão, a Leste com Prudentópolis e Inácio Martins e a Oeste com a Candói, Cantagalo e Goioxim (PARANÁ, 2020).

O Pólo Base de Santa Helena é responsável pelas aldeias situadas nos municípios de Santa Helena, Itaipulândia, São Miguel do Iguaçu, Diamante D'Oeste, somando um total de 09 aldeias (ESTEVAN, 2019) (informação pessoal)¹⁸. Santa Helena situa-se ao Norte de Foz do Iguaçu, na mesorregião Oeste, fazendo limites ao Norte com Pato Bragado e Entre Rios do Oeste, ao Sul com Itaipulândia e Missal, a Leste com Diamante D'Oeste e São José das Palmeiras e a Oeste na linha de fronteira com o Paraguai (BRASIL CHANNEL, 1999).

O Pólo Base de Guaíra é responsável pelas aldeias situadas nos municípios de Guaíra e Terra Roxa, somando um total de 13 aldeias (GOMES, 2019) (informação pessoal)¹⁹. Guaíra situa-se ao Norte de Foz do Iguaçu, na linha de fronteira e mesorregião Oeste do Paraná e microrregião de Toledo, fazendo limites ao Norte com Altonia, ao Sul com Mercedes, a Leste com Terra Roxa, e a Oeste com Salto del Guahyrá (República do Paraguai) (BRASIL CHANNEL, 1999).

¹⁸ ESTEVAN, C. J. **Municípios e aldeias que compõem o Polo Base de Santa Helena**. Informação obtida via comunicação pessoal no Polo Base de Santa Helena em 26 de fev. de 2019.

¹⁹ GOMES, D. S. **Municípios e aldeias que compõem o Polo Base de Guaíra**. Informação obtida via comunicação pessoal no Polo Base de Guaíra em 25 de fev. de 2019.

5.3.2.2 Nível regional – Coodenação regional do Programa de controle da TB

A nível regional as entrevistas foram realizadas em 4 municípios conforme sede das regionais (5^a, 9^a, 10^a e 20^a) (IBGE, 2017; PARANÁ, [2020a]), as quais correspondem à lotação de gestores responsáveis pelos níveis locais que compõem o estudo

5.3.2.2.1 Guarapuava - 5^a Regional de Saúde

A entrevista decorreu na instalação da 5^a regional de saúde sediada no município de Guarapuava, sendo essa regional responsável por 20 municípios (PARANÁ, [2020a]). Esse município sede situa-se ao Leste de Foz do Iguaçu²⁰ à distância de 252,70 km² da Capital, na mesorregião Centro Sul do Estado, fazendo limites ao Norte com Campina do Simão e Turvo, ao Sul com Pinhão, a Leste com Prudentópolis e Inácio Martins e a Oeste com a Candói, Cantagalo e Goioxim (PARANÁ, [2020b]; PARANÁ, [2020a]). Guarapuava possui uma área territorial de 3.163,441 Km², com densidade de 53,68 habitantes por Km², e sua população estima-se em 181.504 habitantes (IPARDES, 2020a).

5.3.2.2.2 Foz do Iguaçu - 9^a Regional de Saúde

A entrevista decorreu na instalação da 9^a regional de saúde sediada no município de Foz do Iguaçu, na Seção de Vigilância Epidemiológica, sendo essa regional responsável por 09 municípios (PARANÁ, [2020a]). Esse município sede está a 630,20 Km² da Capital, e compõe a tríplice fronteira do extremo Oeste do Paraná, na linha fronteira com Paraguai e Argentina, fazendo limites ao Norte com Itaipulândia, ao Sul com Puerto Iguazú (Argentina), a Leste com Santa Terezinha de Itaipu e São Miguel do Iguaçu e a Oeste com Ciudad del Este (Paraguai) (FOZ DO IGUAÇU, [2020]). Em 2019, o município contava com uma população estimada de 258.532 mil habitantes (IPARDES, 2020b) e aproximadamente 80 nacionalidades com maior representatividade para as nações do Líbano, China, Paraguai e Argentina (FOZ DO IGUAÇU, [2020]). Sua área territorial somam 608,357 Km², com densidade demográfica de 424,97 habitantes por Km² (IPARDES, 2020 b).

5.3.2.2.3 Cascavel - 10^a Regional de Saúde

²⁰ Ponto de partida para a realização das entrevistas.

A entrevista decorreu na instalação da 10ª regional de saúde sediada no município de Cascavel, na Seção de Vigilância Epidemiológica. Essa regional situa-se ao Leste de Foz do Iguaçu a 491,00 Km² da Capital, na mesorregião Oeste do Estado, fazendo limites ao Norte com Toledo, Tupãssi, Cafelândia, Corbélia e Braganey, ao Sul com Boa Vista da Aparecida e Três Barras, a Leste com Campo Bonito, Ibema e Catanduvas e a Oeste com Santa Tereza do Oeste e Lindoeste (IPARDES, 2020c). Em 2019, esse município sede contava com uma população estimada de 328.454 mil habitantes, com uma área de 2.086,990 Km², com densidade demográfica de 157,38 habitantes por Km² é de (IPARDES, 2020c). Ressalta-se que essa regional é responsável por 25 municípios do Oeste do Estado (FOZ DO IGUAÇU, [2020]).

5.3.2.2.4 Toledo - 20ª Regional de Saúde

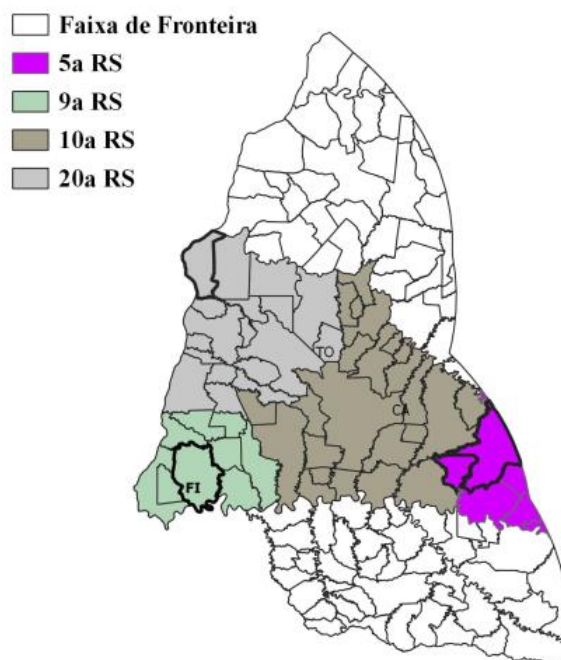
A entrevista decorreu na instalação da 20ª regional de saúde sediada no município de Toledo. Essa regional situa-se ao Norte de Foz do Iguaçu a 536,60 Km² de distância da Capital, na mesorregião Oeste do Estado, fazendo limites ao Norte com Nova Santa Rosa, Maripá e Assis Chateaubriand, ao Sul com Ouro Verde e São Pedro do Iguaçu, a Leste Tupãssi e a Oeste com Quatro Pontes e Marechal Cândido Rondon (IPARDES, 2020d). Essa regional é responsável por 18 municípios (FOZ DO IGUAÇU, [2020]), seu município sede contava com uma população estimada em 2019 de 140.635 mil habitantes, com uma área de 1.194,491 Km², com densidade demográfica de 117,74 habitantes por Km² (IPARDES, 2020d).

5.3.3 Nível Local

5.3.3.1 Nível Local – Profissionais

O nível local foi composto por quatro municípios os quais compuseram o cenário do estudo (Figura 14).

Figura 14 – Faixa de fronteira do Estado do Paraná segundo distribuição de Regionais de Saúde e municípios que compõem o cenário de estudo



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

As entrevistas foram realizadas em 3 municípios que fazem parte desse cenário de estudo qualitativo, os quais encontram-se descritos na seção *cenário de estudo*.

No município de Nova Laranjeiras, as entrevistas ocorreram na UBS I Rio das Cobras, onde também foram entrevistados profissionais da UBS Indígena de Espigão Alto do Iguaçu por conveniência e organização dos profissionais devido o distanciamento geográfico e logística. A UBS I Rio das Cobras é um estabelecimento do tipo Unidade de Atenção a Saúde Indígena, na especialidade de Atendimento Básico de Saúde, tendo com Unidade Mantenedora o Distrito Santirario Especial Indígena Litoral Sul. Essa unidade localiza-se na zona rural ao Oeste da cidade de Nova Laranjeiras, na sede Rio das Cobras, cerca de a 4 Km do trevo de acesso a Quedas do Iguaçu 8 Km da prefeitura municipal de Nova Laranjeiras (CEBES, [entre 2014 e 2020a]). Conta com aproximadamente 37 profissionais de saúde²¹, dentre eles 03 enfermeiros (ENF)²², 02 médico com contrato de 20 e 40 horas, 02 odontólogo, 10 técnicos de enfermagem (TE)²³, 09 AIS, 02 auxiliar de saúde bucal (ASB)²⁴ e 08 AISAN sendo 11 não indígenas e 28 indígenas.

²¹ Esses profissionais estão alocados em 5 UBS e sede (UBS I) de Nova Laranjeiras.

²² Duas enfermeiras não indígenas e uma enfermeira indígena.

²³ 8 são indígenas.

²⁴ São indígenas.

No momento da entrevista a equipe contava com duas enfermeiras, 01 odontólogo, 09 TE, uma ASB, 09 AIS e 08 AISAN para a atenção às comunidades indígenas que correspondem a 9 aldeias na região, desses 26 são indígenas²⁵.

Sobre Espigão Alto do Iguçu, convém esclarecer que a EMSI contava com 1 ENF, 1 TE, 1 AIS e 1 AISAN, sendo a assistência médica provida pelos médicos das EMSIs de Nova Laranjeiras. Na ocasião da entrevista esta EMSI contava com a atuação de uma enfermeira e um técnico de enfermagem.

Em São Miguel do Iguçu, as entrevistas decorreram na Unidade de Saúde (US) Avá Guarani localizada na Aldeia Tekoha Ocoy e na Vigilância Epidemiológica do município. A US Avá Guarani é um estabelecimento do tipo Unidade de Atenção à Saúde Indígena, na especialidade de Atendimento Básico de Saúde, tendo com Unidade Mantenedora o Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul. Essa unidade localiza-se na zona rural ao norte da cidade de São Miguel do Iguçu, na reserva indígena Ocoy, cerca de 17,8 Km da cidade (CEBES, [entre 2014 e 2020b]; TEIS, 2007). Conta com aproximadamente 10 profissionais de saúde, dentre eles 01 enfermeiro, 01 médico com contrato de 20 horas, 01 odontólogo, 01 técnico de enfermagem, 03 AIS, 01 ASB e 02 AISAN para a Atenção Primária à Saúde dos indígenas dessa localidade, desses 05 são indígenas. Cabe ressaltar que na ocasião da entrevista esses profissionais eram atuantes e estavam com vínculo ativo.

A Vigilância Epidemiológica do município localiza-se no centro do Município, em uma estrutura (casa) juntamente com a coordenação de Atenção Básica e Vigilância Sanitária e Ambiental.

No município de Guaíra, as entrevistas com os profissionais decorreram no polo base de Guaíra. Trata-se de uma estrutura ampla (casa) localizada no centro da cidade, Conta com aproximadamente 17 profissionais de saúde, dentre eles 01 enfermeiro, 02 médico com contrato de 20 horas, 01 odontólogo, 02 técnico de enfermagem, 07 AIS, 01 ASB e 03 AISAN para a Atenção Primária à Saúde dos indígenas dessa localidade.

No momento da entrevista a equipe contava com uma enfermeira, um médico com contrato de 40 horas, uma técnica de enfermagem, uma ASB, 07 AIS e 03 AISAN para a atenção às comunidades indígenas que correspondem a 8 aldeias na região, desses 10 são indígenas.

²⁵ A vigência do contrato dos médicos haviam expirado à uma semana. No momento a EMSI estava sem médico.

5.3.3.2 Nivel Local - Gestores

As entrevistas com os gestores locais (secretários de saúde e profissionais da vigilância epidemiológica) foram realizadas nos municípios de Nova Laranjeiras, São Miguel do Iguazu, Espigão Alto do Iguazu e Guaíra, os quais compõem o cenário de estudo qualitativo e encontram-se descritos na seção *cenário de estudo*.

No município de Nova Laranjeiras, as entrevistas ocorreram na Secretaria municipal de Saúde. Essa estrutura fica localizada no centro da cidade em instalação nova juntamente com o Departamento de Vigilância em Saúde (Epidemiológica, Sanitária e Ambiental) e Tratamento Fora de Domicílio (TFD). Nesse ambiente foram entrevistados a secretaria de saúde e o enfermeiro da vigilância epidemiológica. Nesse contexto, a vigilância epidemiológica conta com a atuação de um enfermeiro para o desenvolvimento das ações e serviços de vigilância epidemiológica e coordenação do programa de controle da TB.

Em São Miguel do Iguazu, as entrevistas decorrem na Vigilância Epidemiológica do município localizada no centro da cidade. Segundo Cardoso e Lago (2019), na data da entrevista, a equipe contava com uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um médico e um atendente de farmácia (informação pessoal²⁶).

Em Espigão Alto do Iguazu a entrevista foi realizada na Vigilância Epidemiológica localizada na estrutura física juntamente ao Centro de Saúde no centro do município. Nessa localidade a equipe de vigilância epidemiológica conta com a atuação de uma enfermeira e uma técnica de enfermagem (informação pessoal)²⁷

No município de Guaíra, as entrevistas com os profissionais decorreram na Vigilância Sanitária com a enfermeira da vigilância epidemiológica e na Secretaria municipal de Saúde com o secretário de saúde do município, ambas no centro da cidade. Segundo Boscariole (2019) a equipe de vigilância do município conta com um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um médico com expediente de duas vezes na semana (informação pessoal)²⁸

5.4 CENÁRIO DE ESTUDO

²⁶ CARDOSO, M. L. S.; LAGO, A. P. T. **Composição da equipe de vigilância epidemiológica**. Informação obtida via comunicação pessoal na vigilância epidemiológica de São Miguel do Iguazu em 14 de fev. 2019.

²⁷ SILVA, W. C. **Composição da equipe de vigilância epidemiológica**. Informação obtida via comunicação pessoal na vigilância epidemiológica de Espigão Alto do Iguazu em 15 de fev. 2019.

²⁸ BOSCARIOLE, S. R. M. **Composição da equipe de vigilância epidemiológica**. Informação obtida via comunicação pessoal na vigilância sanitária de Guaíra em 25 de fev. 2019.

Geograficamente, o estado do Paraná localiza-se na região Sul do País. Tem como limites São Paulo (N e NE), oceano Atlântico (L), Santa Catarina (S), Argentina (SO), Paraguai (O) e Mato Grosso do Sul (NO) (IPARDES, [2020]) (Figura 15). Sua Capital é Curitiba, sendo que, as cidades mais populosas são Curitiba, Londrina, Maringá, Ponta Grossa, Foz do Iguaçu e Cascavel. Essa Unidade Federativa possui área de 199.305,236 Km² e 399 municípios com população geral estimada em 11.433.957 pessoas no ano de 2019 e densidade demográfica de 52,40 hab/km² no ano de 2010 (IBGE, 2019).

Nessa Unidade Federativa, o índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) apresenta maior percentual de municípios com IDHM Longevidade elevado, sobre isso, 40% de seus municípios estão no quinto de IDHM Longevidade mais elevado e 32,2% no segundo quinto mais elevado. Isso quer dizer que mais de 70% dos municípios sulistas estão entre os municípios de mais elevada esperança de vida ao nascer no país. Da mesma forma, o IDHM Educação (IDHME) apresentou-se elevado em 387 municípios, o que representa 32,6% dos municípios com os maiores IDHME do país (BRASIL, 2013).

Figura 15 - Mapa do Estado do Paraná, Brasil, segundo faixa de fronteira

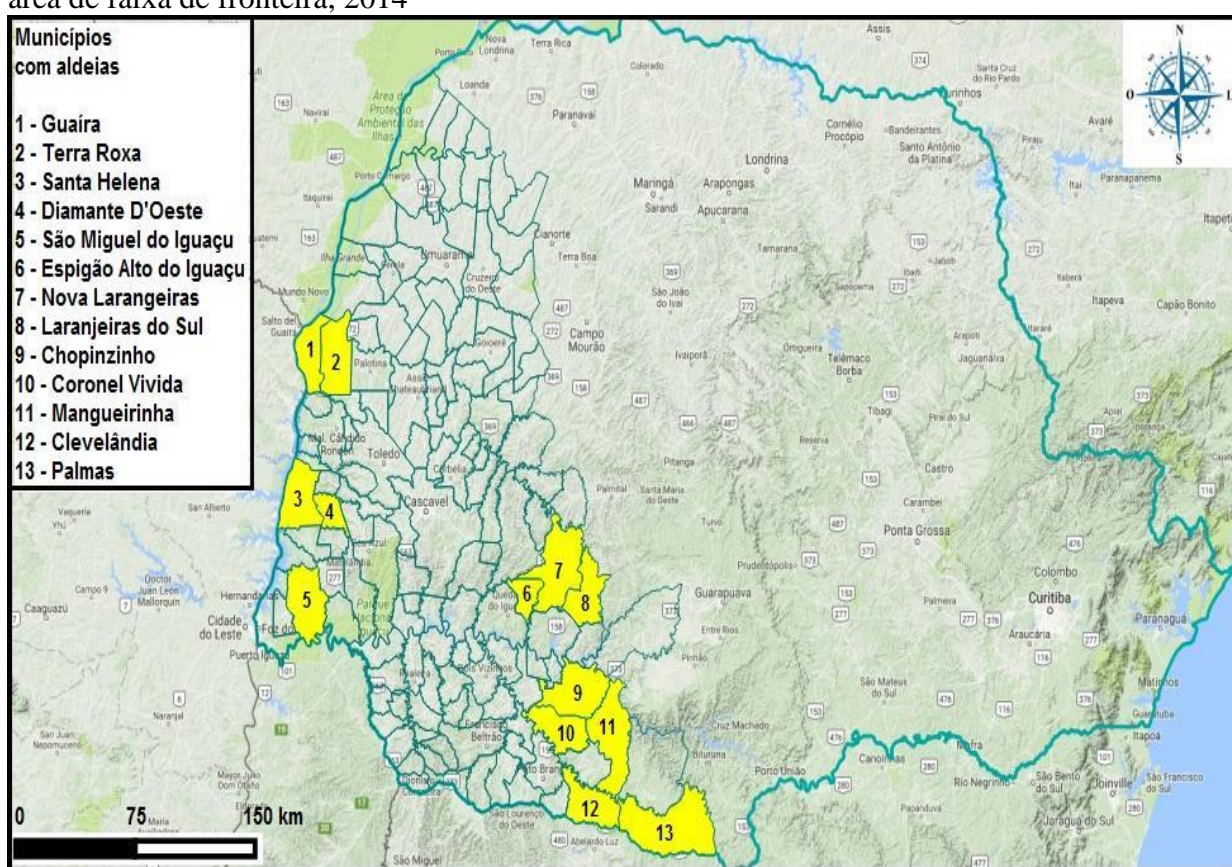


Fonte:IPARDES, 2019.

A faixa de fronteira deste Estado é composta por 139 municípios, possui 4 cidades gêmeas, 14 municípios de linha de fronteira e 1 tríplice fronteira, sendo considerada a faixa de fronteira mais populosa do Brasil (BRASIL, 2009).

Cabe aqui ressaltar que dos 399 municípios do estado, 37 têm terras indígenas (FUNAI, 2019). Desses 37 municípios com terras indígenas, 13 estão localizados na área de fronteira do Paraná (Figura 16) (informação pessoal)²⁹, com adição em 2016 de mais uma terra indígena no município de Itaipulândia³⁰.

Figura 16 - Mapa do estado do Paraná, Brasil, segundo municípios e terras indígenas na área de faixa de fronteira, 2014



Fonte: IPARDES, 2019; MARTINS (2016) (informação pessoal)³¹.

Dentre a estimativa populacional da faixa de fronteira, os povos indígenas aldeados em 2014, representavam 7.782 indígenas, distribuídos em 13 municípios (informação

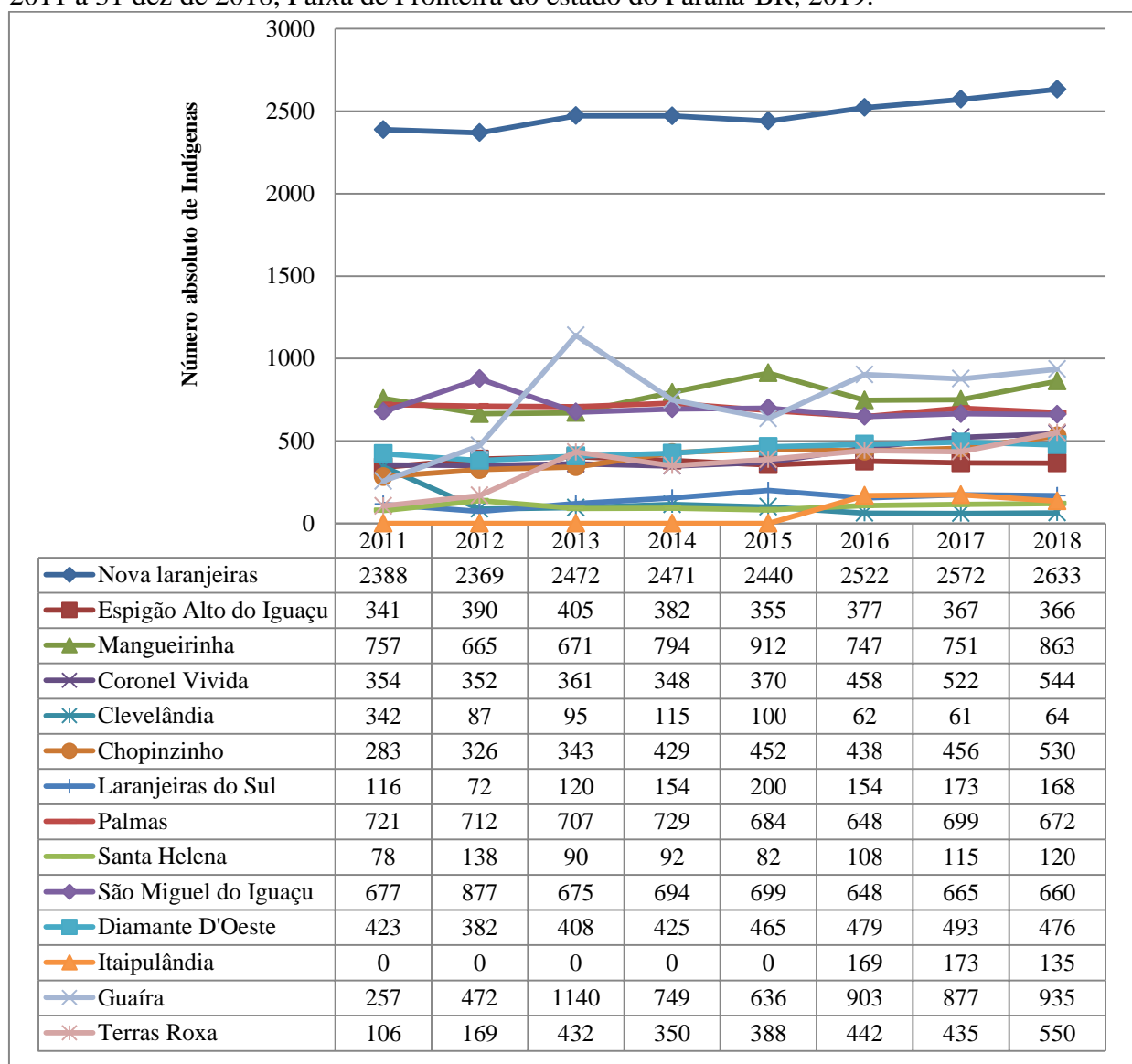
²⁹ MARTINS, A. L. O **Subsistema de Atenção Indígena no Paraná**. Mensagem recebida por andre.martins@saude.gov.br em 05 de abr. 2016.

³⁰ Município que faz limite ao Sul com São Miguel do Iguaçu e ao Norte com Missal.

³¹ MARTINS, A. L. O **Subsistema de Atenção Indígena no Paraná**. Mensagem recebida por andre.martins@saude.gov.br em 05 de abr. 2016.

peçoal)³². No ano de 2018 as cifras corresponderam a 8.716 indígenas distribuídos em 14 municípios (COSTA, 2019) (informação pessoal). Sobre isso, observa-se em 2018 que a maior concentração de populações indígenas encontra-se nos municípios de Nova Laranjeiras e Guaíra, e menor concentração da população indígena nos municípios de Clevelândia, Santa Helena e Itaipulândia municípios (informação pessoal)³³

Figura 17 - Distribuição da população indígena em terras indígenas no período de jan. de 2011 a 31 dez de 2018, Faixa de Fronteira do estado do Paraná-BR, 2019.



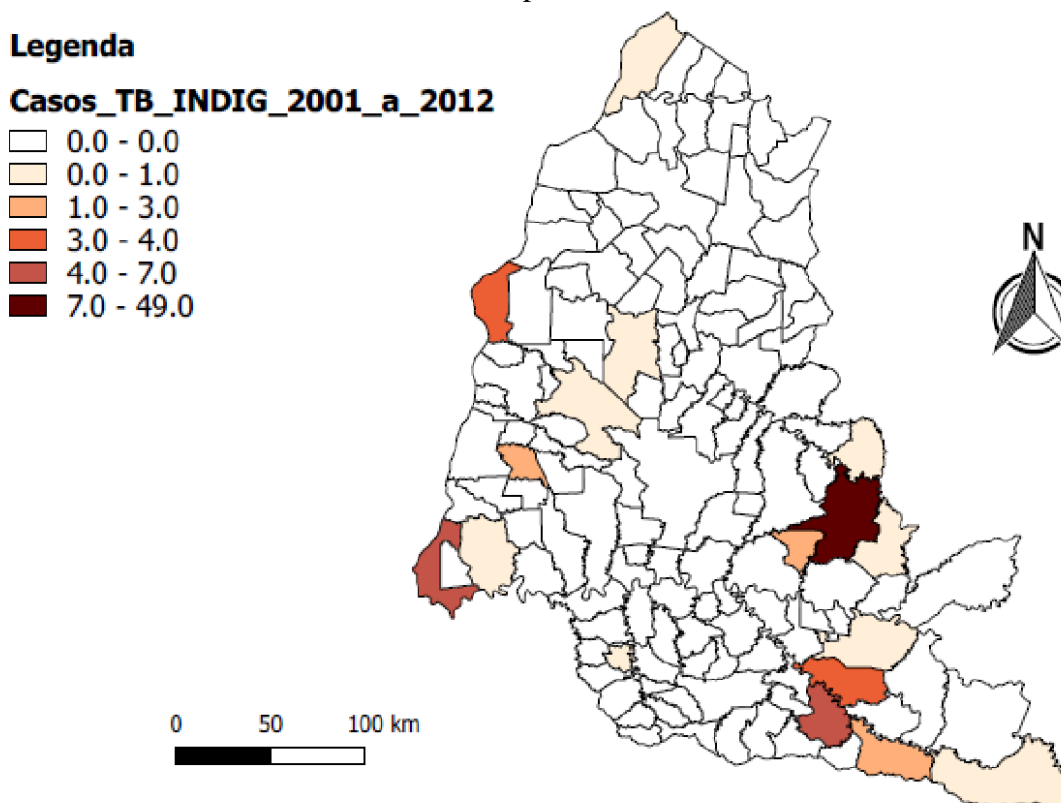
Fonte: Dsei Litoral Sul, 2019; COSTA, 2019.

³² CACERES, O. N. V. **População indígena em municípios de faixa de fronteira, 2011 a 2015**. Mensagem recebida por osvaldo.caceres@saude.gov.br em 10 de abr. 2017.

³³ COSTA, M. M. **População indígena em terras indígenas na área de Fronteira do estado do Paraná**. Mensagem recebida por maria.marilene@saude.gov.br em 30 de mai. 2019.

Nesses municípios no período de 2001 a 2012, o número absoluto de casos novos de TB por município variou de 1 a 49 casos (ENCONTRO DA PÓS-GRADUAÇÃO DE FOZ DO IGUAÇU, UNIOESTE, 2016) (Figura 18).

Figura 18 - Distribuição espacial do número absoluto de casos novos de tuberculose na faixa de fronteira do estado do Paraná, no período de 2001 a 2012



Fonte: Encontro da pós-graduação de Foz do Iguaçu, Unioeste, 2016.

Segundo os dados SINAN correspondentes ao período de 2011 a 2016, somente os municípios de Nova Laranjeiras, Espigão Alto do Iguaçu, Guaíra e São Miguel do Iguaçu apresentaram notificações de casos novos de tuberculose, sendo as cifras de incidência variadas (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da incidência de tuberculose em indígenas segundo Pólo Base e municípios aldeados de faixa de fronteira do Paraná, no período de 2011 a 2016

Polo-base	Municípios	Média da Pop.	Nº abs. de Casos	Taxa de IC de TB-100.000 hab.
Guarapuava	Nova Laranjeiras	2.428	12	494,2
	Espigão Alto do Iguaçu	375	4	1,066,6
	Mangueirinha	760	-	-
	Coronel Vivida	357	-	-
	Clevelândia	147	-	-
	Chopinzinho	367	-	-
	Laranjeiras do Sul	132	-	-

	Palmas	711	-	-
Santa Helena	Santa Helena	96	-	-
	São Miguel do Iguaçu	724	2	276.2
	Diamante D'Oeste	421	-	-
Guaíra	Guaíra	651	1	153.6
	Terra Roxa	289	-	-
Total		7.458	19	277.4

Fonte: SINAN, 2017; CENSO, 2017

Considerando esses achados, o estudo foi desenvolvido em quatro municípios: Nova Laranjeiras, Espigão Alto do Iguaçu, São Miguel e Guaíra.

Os indicadores municipais dessas localidades de estudo apresentam maior frequência da faixa de IDHM médio, o principal modelo assistencial predominante é a Estratégia Saúde da Família, com cobertura de 100% em dois municípios, 77% em Nova Laranjeiras e 74% em Guaíra.

O principal modelo de assistência nesses municípios é a Estratégia de Saúde Família (ESF), sendo a equipe formada por médicos, odontólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os municípios com maior cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família no ano de 2019 foi Espigão Alto do Iguaçu e São Miguel do Iguaçu, ambos com 100% de cobertura. Na Tabela 4, apresentamos indicadores municipais (geográficos, demográficos, econômicos, sociais e de saúde) desses locais.

Tabela 4 - Caracterização dos municípios de estudo segundo indicadores municipais, 2020

INDICADORES MUNICIPAIS	MUNICÍPIOS			
	NOVA LARANJEIRAS	ESPIGÃO ALTO DO IGUAÇU	SÃO MIGUEL DO IGUAÇU	GUAÍRA
Caracterização do Território				
Área territorial Km ² (2019)	1.208,843Km ²	326,076 Km ²	852,523Km ²	568,709Km ²
Ano de instalação	1993	1997	1961	1952
População Estimada (2019)	11.554	4.117	27.452	33.119
IDHM (2010)	0,642	0,636	0,704	0,724
Faixa do IDHM	Médio	Médio	Alto	Alto
IDHM de Educação	0,517	0,521	0,588	0,615
IDHM de longevidade	0,833	0,781	0,818	0,836
IDHM de Renda	0,614	0,632	0,726	0,739
PIB Per Capita (R\$ 1,00) ³⁴ (2017)	16.432	24.893	34.330	26591
Densidade demográfica (2019)	9,56 hab./Km ²	12,63 hab./Km ²	32,20 hab./Km ²	58,24 hab./Km ²
Macrorregião	Guarapuava	Guarapuava	Foz do Iguaçu	Toledo
Mesorregião	Centro-Sul Paranaense	Centro-Sul Paranaense	Oeste Paranaense	Oeste Paranaense

³⁴ Nova metodologia. Referência 2010

Distância à Capital (SEUL) (km)	384,00	419,40	591,90	679,86
Via de acesso	Terrestre	Terrestre	Terrestre	Terrestre
Demografia				
População Urbana (2010)	2.372	1,646	16.485	28.206
População Rural (2010)	8.869	3,031	9.284	2.498
Razão de dependência (2010)	58,08	59,08	45,44	48,10
Taxa de envelhecimento 2010 (%)	24,18	34,86	33,34	33,99
Esperança de vida ao nascer (2010)	75,0	71,9	74,1	75,2
Renda per capita (em R\$) (2010)	366,26	409,12	734,88	795,84
% da população em extrema pobreza (2010)	2,73	-	4,86	4,80
% de pobreza	36,01	31,81	10,86	1,70
Índice de Gini (2010)	0,56	0,57	0,54	0,57
Saúde				
Regional de Saúde	5 ^a	10 ^a	9 ^a	20 ^a
Cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família no ano de 2019 (%)	64,85	100%	100%	74%
Equipes de saúde da Família Referência: out. 2017	5	2	11	7
Cobertura populacional de Atenção Básica no ano de 2019 (%)	77%	100%	100%	74%
Estabelecimento de Saúde (2019)	15	7	52	83
% da população com plano de saúde: 2019	25,32	2,53	13,01	10,30

Fonte: ATLAS [...] (2013); IPARDES (2020); BRASIL (2020).

No contexto da Saúde Indígena, as comunidades são assistidas pelas EMSIs conforme a organização do modelo assistencial proposto pela PNASPI (2002), considerando a contrapartida e responsabilidades dos municípios que respondem a respectivas RS e Estado (Quadro 2).

Quadro 2 - Caracterização do cenário de estudo segundo Regionais de Saúde, Polo Base, Município, Aldeia, Etnia e População, 2019

Polo base	RS	Município	Aldeia	Etnia	Pop.**	Modalidade
Guarapuava	5 ^a RS	Nova Laranjeiras	Sede Rio das cobras	Kaigang	2.633	Regularizada Tradicionalmente Ocupada
	10 ^a RS	Espigão Alto do Iguaçu	Pinhal	Mbyá Guarani	366	Regularizada Tradicionalmente Ocupada
Santa Helena	9 ^a RS	São Miguel	Tekoha Ocoy	Avá Guarani	681	Regularizada Reserva Indígena
Guaíra	20 ^a RS	Guaíra	Tekoha Guasú Guavirá	Guarani Kaiowá, Avá Guarani, Nhandeva *	1253	Delimitada Tradicionalmente

						Ocupada
--	--	--	--	--	--	---------

Fonte: PARANÁ (2020c), MARTINS (2016)³⁵; FUNAI, 2019; COSTA, 2019³⁶

Legenda: *minoria; **população

Na assistência à saúde ao indígena o modelo segue a mesma proposta de APS com população delimitada, sendo as equipes compostas por médicos, odontólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento. Em 2019 as EMSIs dos locais de estudo contavam com 14 profissionais de nível superior e 52 profissionais de nível técnico (Quadro 3), somando um total de 66, destes 45 eram indígenas.

Quadro 3 - Quadro de profissionais de saúde que compõe as EMSI de Nova Laranjeiras, São Miguel do Iguaçu, Espigão Alto do Iguaçu e Guaíra, DSEI Litoral Sul, Faixa de Fronteira do estado do Paraná, 2019

Municípios	Médicos	ENF.	TE	Dentista	ASB	AIS	AISAN	Total	Postos de Saúde
Nova Laranjeiras	2	3	10	2	2	9	8	37	5 UBSI +Sede
Espigão Alto do Iguaçu		1	1			1	1	4	1 UBSI
São Miguel do Iguaçu	1	1	1	1	1	3	2	10	1 UBSI
Guaíra	1	1	2	1	1	7	3	15	Não possui
Total	4	6	14	4	4	20	14	66	8

Fonte: Costa, 2019.

Sobre a organização e distribuição das equipes é importante ressaltar que a quantidade de equipes, o perfil e qualificação desses profissionais devem ser determinados conforme o detalhamento das atividades planejadas, “considerando: o número de habitantes, a dispersão populacional, as condições de acesso, o perfil epidemiológico, as necessidades específicas para o controle das principais endemias e o Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde” (BRASIL, 2012 p. 14).

Quanto à atenção à TB, os quatro municípios dispõem do programa de controle da TB (PCT), sendo que, nesses municípios os coordenadores do PCT são enfermeiros. Entretanto, na maioria desses municípios a descentralização das ações de controle da TB ainda não se efetivou.

5.5 POPULAÇÃO DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

³⁵ MARTINS, A. L. O **Subsistema de Atenção Indígena no Paraná**. Mensagem recebida por andre.martins@saude.gov.br em 05 de abr. 2016.

³⁶ COSTA, M. M. **População indígena em terras indígenas na área de Fronteira** do estado do Paraná. Mensagem recebida por maria.marilene@saude.gov.br em 30 de mai. 2019.

5.5.1 População do Estudo

A população do estudo foi composta por sujeitos previstos no projeto de pesquisa e pelo uso da metodologia *snowball* (técnica Bola de Neve) ou *snowball sampling* por decisão estratégica (BIERNACKI; WALDORF, 1981). Trata-se de uma forma de amostra não probabilística amplamente utilizada em pesquisas sociais (VELASCO; RADA, 1997) e muito considerada por pesquisadores da saúde pública (ALBUQUERQUE, 2009; SANCHEZ; NAPPO 2002). Nesse contexto, utilizam-se cadeias de referências com objetivo de alcançar o máximo de informações possíveis sobre determinado tema ou ainda, atingir o ponto de saturação das informações, tendo como foco o objetivo proposto. Destarte, os participantes iniciais indicam outros participantes que possivelmente irão agregar informações substanciais sobre o objeto em estudo (WHA, 1994); ademais a técnica confere heterogeneidade às cadeias (SANCHEZ; NAPPO 2002), ponto extremamente positivo e importante para este estudo.

Em nosso estudo, é importante esclarecer que durante as entrevistas no nível local no contexto dos profissionais, foi obtida ciência da importância de dialogar com o nível regional da Saúde Indígena (respectivos Polos Base). No contexto das regionais de saúde houve a participação de diferentes atores que contribuiriam com a coordenação do programa de controle da TB juntamente com o atual responsável pelo programa, fato que ocorreu similarmente no nível estadual também. Em síntese as indicações e/ou convites de participantes por parte dos participantes iniciais, previstos anteriormente foi de extrema relevância para a compreensão do objeto de estudo a partir das contribuições obtidas por esses sujeitos.

Em termos de organização, os participantes do estudo foram ordenados em duas categorias distintas, sendo categoria I e categoria II. Dessa forma, a categoria I correspondeu aos profissionais que desenvolvem função de gestão dos serviços e ou do programa de controle da TB ambos categorizados como *gestores* atuantes nos níveis estadual, regional e/ou local. A Categoria II correspondeu aos profissionais do nível operacional, os quais foram categorizados como *profissionais*, sendo atuantes no nível local.

Sobre isso, na categoria profissional, participaram da pesquisa os profissionais de saúde não indígenas envolvidos no controle da TB no âmbito da Saúde Indígena que prestam assistência às comunidades aldeadas nos municípios de Nova Laranjeiras, São

Miguel do Iguaçu, Espigão Alto do Iguaçu e Guaíra e os profissionais dos Polos Base correspondentes a esses municípios, sendo os participantes de categorias distintas como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos e ASB.

Na categoria gestores, participaram da pesquisa em nível estadual a coordenação Estadual do PNCT, o chefe do DSEI Litoral Sul e a coordenação do programa de controle da TB na Saúde Indígena. Em nível regional participaram do estudo os profissionais envolvidos com a coordenação do PNCT no nível das RS correspondentes aos municípios de Nova Laranjeiras, São Miguel do Iguaçu, Espigão Alto do Iguaçu e Guaíra. Em nível local participaram do estudo os secretários municipais de saúde, os coordenadores municipais do programa de controle da TB e a coordenação da vigilância epidemiológica.

Na perspectiva numérica tangível entrevistamos 36 sujeitos, 39 sujeitos enquanto posições ocupadas sendo 4 do nível estadual onde dois eram da sede do DSEI Litoral Sul e dois da Coordenação Estadual do PNCT, 12 do nível regional sendo quatro profissionais dos Polos base e oito das RS. E 20 do nível local sendo 11 profissionais atuantes nas aldeias e 9 gestores municipais. Destes 3 profissionais entrevistados responderam cumulativamente os roteiros de entrevista para o gestor do programa de controle da TB (apêndice A) e para profissionais da Saúde Indígena (apêndice B) pelo fato de ocuparem as posições de enfermeiro coordenador e enfermeiro assistencialista ao mesmo tempo.

5.5.2 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo profissionais que exercem a função de gestão, ou coordenação há mais de seis meses e os profissionais de saúde atuantes em equipes de Saúde Indígena com experiência superior a seis meses nessa modalidade de assistência e na assistência à TB e que estavam em atividade laboral na ocasião da coleta de dados e aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos do estudo os profissionais que na ocasião da coleta de dados estavam em férias ou impossibilitados de comparecerem ao local para a entrevista, afastamentos por licença-saúde e os que após 3 tentativas de contato não agendaram e/ou não estavam disponíveis e/ou presentes para a entrevista.

5.6 INSTRUMENTOS DE COLETA

Para as entrevistas foram utilizados dois roteiros, sendo um para as entrevistas com a categoria profissionais, composto por 15 questões semiestruturadas (apêndice B) e o outro

para as entrevistas com a categoria gestores, composto 18 questões semiestruturadas (apêndice A). Os roteiros foram testados quanto à adequabilidade, sendo compostos por questões relacionadas à Transferência da Política de controle da TB em população indígena.

Dessa maneira, as questões de pesquisa que nortearam a pesquisa foram: Como é a política de atenção da TB para a população indígena no nível estadual, regional e local? Quais características influenciam controle da TB na população indígena? Como está organizada a rede de atenção no controle da TB na população indígena? Quais fragilidades estão presentes na rede de atenção no controle da TB na população indígena? Quais as potencialidades estão presentes na rede de atenção no controle da TB na população indígena? Quais os desafios no controle da TB na população indígena?

Optou-se por essa técnica de coleta de dados, tendo em vista que a entrevista sobre um determinado tema científico é uma técnica frequentemente utilizada no processo de trabalho de campo. Acrescenta-se ao fato de que a entrevista é reconhecida como um processo de interação social, com objetivo de adquirir informações por parte do entrevistador a partir da colaboração do entrevistado (QUARESMA, 2005).

5.7 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS E ORGANIZAÇÃO

A coleta de dados foi realizada nos meses de fevereiro e março de 2019, em período integral, conforme agendamentos a priori e disponibilidade dos profissionais, com exceção de feriados e finais de semana. O convite e agendamentos para as entrevistas foram realizados pela pesquisadora, a partir de contato telefônico e via correio eletrônico.

Cabe esclarecer que após a aprovação do Comitê de Ética foi realizada visita às lideranças indígenas dos respectivos municípios do estado Nova Laranjeiras (apêndice C), Espigão Alto do Iguaçu (apêndice D), São Miguel do Iguaçu (apêndice E) e Guaíra (apêndice F) para fins de explicar-lhes o propósito da pesquisa e solicitar autorização aos entes para a realização do estudo. Quando em mãos as autorizações, a pesquisadora contactou e encaminhou à SESA (coparticipante da pesquisa) e ao Chefe do Departamento do DSEI Litoral Sul os documentos solicitados e o parecer consubstanciado de aprovação da pesquisa. Mediante esse contato seguiu-se a autorização desses profissionais para contactar os participantes e dar os encaminhamentos para realização das entrevistas.

Vale ressaltar que a coordenação estadual do PNCT e o Chefe do DSEI Litoral Sul, ambos situados em Curitiba/PR, enviaram comunicados aos coordenadores regionais e

profissionais das distintas regionais apresentando a pesquisadora e informando sobre a pesquisa e acautelando o contato da pesquisadora com esses entes para o convite e agendamento de entrevistas. Enfim procedeu-se o levantamento dos contatos e a identificação dos possíveis sujeitos da pesquisa para a realização dos agendamentos. Cumpridos esses passos foi possível estabelecer os contatos e convites aos possíveis sujeitos da pesquisa, da qual a maioria prontamente demonstrou interesse em participar.

Os contatos e convites foram de ordem descendente em relação ao organograma institucional dos serviços, a fim de que os coordenadores fossem esclarecidos sobre o estudo e viabilizassem o contato com os demais participantes sob sua supervisão ou coordenação.

No contexto indígena, a pesquisadora contou com o apoio e liberação dos caciques indígenas para realização do estudo, nesse sentido houve contribuições para facilitar o acesso aos profissionais e contatos dos serviços onde eles atuavam.

Ao chegar ao município, a pesquisadora dirigia-se até o local definido e confirmado por meio de contatos prévios. Inicialmente era realizada a apresentação pessoal, devido os profissionais serem de lugares singulares e não terem nenhum vínculo com ou contato pessoal com a pesquisadora, sendo necessário alguns esclarecimentos. Após as apresentações pessoais era apresentado o projeto de pesquisa, esclarecidas as dúvidas sobre a pesquisa, e por fim realizava-se o convite para a participação. No caso de aceite do profissional a pesquisadora apresentava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice G) e solicitava as assinaturas do participante em duas vias do TCLE, sendo uma recolhida e a outra deixada com os participantes, no sentido de zelar e cumprir com as orientações da Resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Ocorreram situações em que foi preciso reagendar a entrevista devido a questões técnicas ou pessoais dos envolvidos, outras situações em que a entrevista se prolongou para além do esperado, como também a ocorrência de imprevistos no percurso como pavimentações de rodovias, dificuldade de acesso, distanciamento geográfico, chuva, o que conseqüentemente provocou atraso na chegada ao local estabelecido; entretanto, foi possível contar com a solidariedade dos profissionais que prontamente se dispuseram a participar da entrevista.

As entrevistas foram realizadas em local definido pelo gestor ou profissional. Sobre o tempo, a duração média foi de 45 minutos, sendo que a entrevista com menor tempo durou 10 minutos e a entrevista com maior tempo durou 87 minutos. Foi utilizada a gravação em áudio a partir do uso de dois gravadores digitais e posteriormente transcritas.

Sobre os dados secundários, estes foram solicitados à SESA em janeiro de 2019 e recebidos parcialmente no mesmo mês.

5.8 TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados quantitativos foram organizados, codificados em planilha eletrônica, sob a forma de um banco de dados (Excel for Windows), para a aplicação de filtros e seleção de dados sociodemográficos e clínicos dos casos de tuberculose notificados nas áreas de estudo no período de 2001 a 2018.

É conveniente explicar que os dados referentes aos casos de TB em indígenas na faixa de fronteira do Paraná foram acessados via site do Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (e-SIC)³⁷, para atender à descrição do perfil sociodemográfico e clínico dos casos de tuberculose em povos indígenas dessa região.

Os dados qualitativos foram transcritos na íntegra em documento Word. As 36 entrevistas foram organizadas conforme ordem cronológica dos respondentes, categorias de estudo e posição ocupada. Na sequência, após revisões esses dados foram exportados para o software Atlas.ti 7.0 e criado um único projeto denominado Unidade Hermenêutica (*Hermeneutic Unit*), onde as informações foram agrupadas e organizadas conforme as categorias e subcategorias de análise elencadas. O Atlas.ti 7.0 permitiu a criação das categorias, subcategorias, organização dos recortes e sequências discursivas para posterior análise dos resultados. Em seguida, realizaram-se várias leituras do material empírico, a exaustão da leitura permitiu a exploração e seleção dos recortes inscritos na mesma forma discursiva logicamente relacionados com a temática da categoria e subcategoria de análise qualitativa. O termo *recorte* faz menção aos fragmentos selecionados para análise, considerando os objetivos em estudo (FERNANDES, 2008).

5.9 TÉCNICA DE APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Na apresentação dos dados, no final de cada recorte aparecem letras relativas à posição ocupada pelo sujeito entrevistado. Conforme a categoria gestor seguem as letras GDI (Gestor Distrital Indígena), GE (Gestor Estadual), GR (Gestor Regional), GM (Gestor Municipal). Em relação à categoria profissionais seguem as letras PASB (Profissional

³⁷ Disponível no endereço eletrônico: <https://esic.cgu.gov.br/sistema/site/index.aspx>.

Auxiliar de Saúde Bucal), PCD (Profissional Cirurgião Dentista), PEnf. (Profissional Enfermeiro), PTE (Profissional Técnico de Enfermagem), PMed. (Profissional Médico), seguido de um número indicando a sequência da entrevista na distinta categoria.

Todos os recortes em análise foram numerados para facilitar as análises e compreensão das sequências. Os recortes ou significantes aparecem em fonte 10 itálico.

5.10 PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS

5.10.1 Plano de análise dos dados secundários

A análise descritiva foi realizada visando descrever o cenário de estudo e compreender o comportamento da TB na população indígena em determinada série histórica.

Para a descrição foram codificados e tabulados os dados em planilha do Excel® (Microsoft Office 2010, Microsoft Corporation, EUA) e filtrado as informações referentes às variáveis socioeconômicas e clínicas dos casos novos de tuberculose em indígenas da faixa de fronteira do Paraná, no período de 2001 a 2018; esses dados foram dispostos em tabela a partir do cálculo de frequência.

5.10.2 Plano de análise dos dados qualitativos

Analisamos os dados qualitativos com base no referencial metodológico da Análise de Conteúdo, à luz das contribuições de Bardin (2016) e Minayo (2014). Para Bardin (2016, p.48) a análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”, e possibilita inferir sobre as realidades traduzidas nos discursos para além da compreensão imediata dos conteúdos.

Adotamos nesse estudo a análise temático-categorial, e nesse sentido, realizamos o recorte dos textos em unidades e agrupamos essas unidades em subcategorias e categorias de análise, conforme os núcleos de sentido evidenciados. Desenvolvemos a análise em 03 etapas conforme orientação metodológica proposta por Minayo (2014) e Bardin (2016). Inicialmente realizamos a pré-análise seguida da exploração do material e tratamento dos resultados/inferência e interpretação.

A pré-análise compreendeu o momento de transcrição integral e literal das entrevistas pelo pesquisador, o que permitiu a experiência de reaproximação com o conteúdo vivo da entrevista ao lembrar fatos, gestos, expressões e vivências emocionais durante a realização da entrevista. Segundo Queiroz (1983, p. 84) “ao efetuar a transcrição o pesquisador tem, então, a invejável posição de ser ao mesmo tempo interior e exterior à experiência”.

Após a transcrição foi realizada leitura exaustiva e registros sistemáticos sobre os principais assuntos evidenciados nesse momento. Na sequência realizou-se leitura intuitiva e registro sistemático das temáticas captadas no conteúdo das entrevistas e construção de uma base conceitual sobre essas temáticas com o objetivo de clarificar cada assunto e evitar categorização equivocada durante a codificação do conteúdo mediante as ideias apreendidas.

Para Bardin (1979, p. 117) “as categorias são rubricas ou classe, que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico”, enquanto que a categorização pode ser considerada o processo de classificação de elementos em determinado conteúdo a partir de diferenciação, reagrupamento por meio de critérios previamente definidos (MINAYO, 2014). As categorias e subcategorias da tese são apresentadas mais à frente em um quadro.

A partir dessa imersão foi possível perceber as contribuições ou ausências de contribuições pelos respondentes nas principais questões sobre o objeto em estudo. O aprofundamento na categorização obedeceu aos critérios semânticos, ou seja, categorias temáticas (BARDIN, 1979). Após o processo de exploração do material o qual deu origem às categorias e subcategorias compostas por assuntos relevantes explicitados nas falas dos sujeitos, procedeu o reagrupamento dos temas primários dando origem a 3 categorias de análise e 12 subcategorias de análise. Esse momento de abstração do pesquisador também foi compreendida como uma fase intermediária, várias reflexões foram feitas sempre ancoradas no referencial teórico e base conceitual elaborada na pré-análise. Para Bardin (1979), esse processo de inferência é fundamental, pois se trata da dedução lógica do conteúdo em análise. Segundo Bauer (2002, p. 191) a análise de conteúdo é “uma técnica para produzir inferências de um texto focal para seu contexto social de maneira objetiva”.

Na etapa que consistiu da interpretação dos resultados, foram realizadas reflexões teóricas a partir de estudos relacionados às categorias. Nessa etapa buscamos analisar os resultados numa perspectiva ampla em busca da produção de conhecimento no contexto do estudo em questão. Aos ensinamentos de Minayo (2012, p. 90), aqui “procuramos atribuir

um grau de significação mais ampla aos conteúdos analisados (...) articulamos a superfície do texto descrita e analisada com os fatores que determinam suas características”. Nesse sentido, mobilizamos conceitos teóricos sobre a temática e referenciais teóricos, cenários e orientações do PNCT e PNASPI e outros textos que se mostraram adequados quanto à sustentação de nossos posicionamentos e contextualização das análises dos recortes.

Para organização e exposição dos resultados analisados, elegemos o eixo temático “*o controle da tuberculose na população indígena*” e utilizamos tópicos (categorias) e subtópicos (subcategorias) com os temas que respondem aos objetivos desta pesquisa. Apesar de estarem expostos separados, os temas se articulam e constroem um contexto que desvela “*a rede de atenção no controle da tuberculose na população indígena*”, “*ações de controle da tuberculose na população indígena*” e as “*potencialidades, fragilidades e desafios na transferência de política no controle da atenção a TB na população indígena*”. Informamos ainda que, os conhecimentos produzidos a partir da análise dos recortes migram ou são reforçadas de um bloco para outro, caracterizando uma análise global dos recortes em forma de espiral, remetendo alguns sentidos de uma categoria a outra.

Na apresentação dos resultados, foi utilizada a letra G para identificar os gestores e P para profissionais. As reticências (...) foram utilizadas para representar as pausas ou supressão de trechos que não contribuem para a compreensão do objeto do estudo. Foram utilizadas as expressões (*cita nome do município*), (*cita outro município*), (*cita um município*) ou ainda (*cita o município*) para substituir o nome das localidades mencionadas nas citações e a consoante (X) ou as citações (*cita o profissional*), (*cita o nome do profissional*) em substituição do nome de profissionais citados no discurso.

5.11 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP/EERP/USP) via Plataforma Brasil, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n. 89037518.2.0000.5393 (Anexo A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Hospital do Trabalhador da Secretaria Estadual de Saúde Do Estado do Paraná (CEPSH-SESA/HT-PR) via Plataforma Brasil, CAAE n. 89037518.2.3001.5225 (Anexo B).

Para a submissão do projeto foi solicitada a anuência do chefe da Divisão de Atenção a Saúde Indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena 17 - Litoral Sul sediado

em Curitiba-PR (anexo C e D), e da Secretaria de estado da Saúde do Paraná coparticipante desse estudo (anexo E). Foi também solicitada a autorização dos gestores dos municípios dos municípios de estudo, na figura do Prefeito municipal ou Secretário Municipal de Saúde (Apêndice H, I, J e K) e dos gestores regionais (apêndice L, M, N e O). Embora os participantes do estudo não sejam indígenas, após a aprovação do projeto foi necessária autorização de lideranças indígenas de Nova Laranjeiras, Espigão Alto do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Guaíra para dar seguimento ao estudo.

Foi solicitada junto à Plataforma Brasil a dispensa de aplicação do TCLE para acesso aos dados secundários dos casos de TB que compuseram o estudo (Apêndice P).

Os Profissionais de Saúde e gestores foram convidados a participar da entrevista mediante assinatura do TCLE, garantindo-lhes o sigilo das informações conforme recomendado pela Resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Apêndice G.

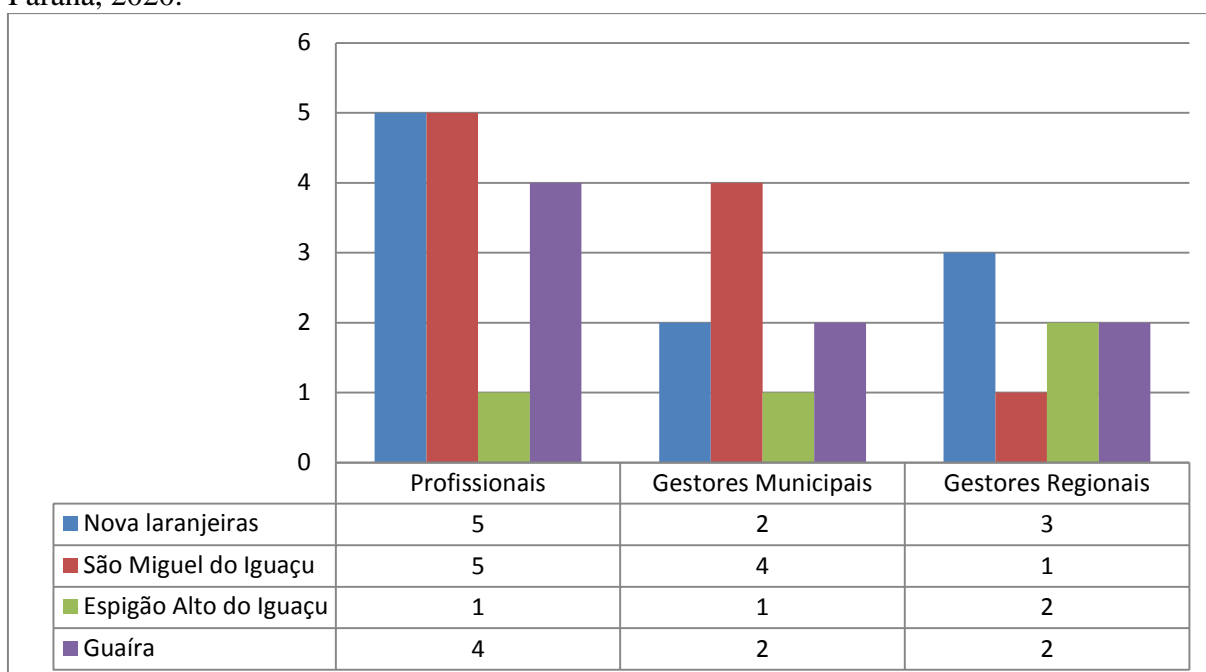
RESULTADOS DOS DADOS EMPÍRICOS

6 RESULTADOS DOS DADOS EMPÍRICOS

6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS ENVOLVIDAS NO ESTUDO

Dos 36 profissionais participantes do estudo, 34 pertenciam a 4 regionais de saúde correspondentes aos municípios de estudo de acordo com a função assistencial ou de gestão (Figura 19) e 4 pertenciam à gestão em nível macro.

Figura 19 - Profissionais, gestores municipais e regionais segundo municípios de estudo, Paraná, 2020.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Para a descrição dos participantes do estudo (profissionais e gestores), foi realizado o cálculo de frequência para as variáveis: categoria profissional, sexo, idade, tempo na função, nível de instrução e formação. Dos 36 respondentes, 25 (69,4%) ocupavam cargos de gestão e 11 (30,6%) desenvolviam atividades da prática assistencial. A Enfermagem foi a categoria profissional mais representativa, com 25 profissionais, desses 14 (56%) ocupavam cargos de gestão e 11 (44%) desenvolviam atividades na prática assistencial. A segunda categoria profissional mais representada nesse estudo foram os médicos (4 – 11%), destes 2 participaram na categoria gestão e 2 na categoria profissional. Do total dos respondentes a maioria (66,7%) era do sexo feminino, com faixa etária variando entre 26 a 71 anos (média 44,5; Desvio Padrão (DP) (11,6). Em relação ao tempo de serviço na função, os profissionais possuíam entre 1 e 37 anos (média 9,3; DP 8,7) (Tabela 5).

Tabela 5 - Caracterização dos sujeitos do estudo segundo função, sexo, idade, tempo na função, instrução e formação, área de fronteira, Paraná, 2019

	Profissionais	Gestores			Total
		Municipais	Regionais	Estaduais	
	15 (41,7%)	9 (25%)	8 (22,2%)	4 (11,1%)	36(100%)
Sexo					
Feminino	10 (27,8%)	6 (16,7%)	5 (13,9%)	3 (8,3%)	24(66,7%)
Masculino	5 (13,9%)	3 (8,3%)	3 (8,3%)	1 (2,8%)	12(33,3%)
Total	15 (41,7%)	9 (25%)	8 (22,2%)	4 (11,1%)	36(100%)
Idade					
20-29 anos	3 (8,3%)	-	-	-	3 (8,3%)
30-39 anos	3 (8,3%)	4 (11,1%)	2 (5,6%)	3 (8,3%)	12 (33,3%)
40-49 anos	4 (11,1%)	2 (5,6%)	1 (2,8%)	-	7 (19,5%)
50-59 anos	4 (11,1%)	2 (5,6%)	3 (8,3%)	-	9 (25%)
>60 anos	1 (2,8%)	1 (2,8%)	2 (5,6%)	1 (2,8%)	5(13,9)
Total	15 (41,7%)	9 (25%)	8 (22,2%)	4 (11,1%)	36(100%)
Tempo na função					
0,5 a 5 anos	7 (19,5%)	4 (11,1%)	3 (8,3%)	3 (8,3%)	17 (47,2%)
6 a 10 anos	4 (11,1%)	2 (5,6%)	2 (5,6%)	1 (2,8%)	9 (25%)
11 a 15 anos	3 (8,3%)	2 (5,6%)	1 (2,8%)	-	6 (16,7%)
> 15 anos	1 (2,8%)	1 (2,8%)	2 (5,6%)	-	4 (11,1%)
Total	15 (41,7%)	9 (25%)	8 (22,2%)	4 (11,1%)	36(100%)
Instrução					
Ensino Médio	6 (16,7%)	2 (5,6%)	2 (5,6%)	-	10 (27,8%)
Graduação	4 (11,1%)	4 (11,1%)	1 (2,8%)	-	9 (25%)
Especialista	5 (13,9%)	3 (8,3%)	5 (13,9%)	1 (2,8%)	14 (38,9%)
Mestrado	-	-	-	2 (5,6%)	2 (5,6%)
Doutorado	-	-	-	1 (2,8%)	1 (2,8%)
Total	15 (41,7%)	9 (25%)	8 (22,2%)	4 (11,1%)	36(100%)
Formação					
Técnico Enfermagem	5 (13,9%)	2 (5,6%)	2 (5,6%)	-	9 (25%)
Enfermagem	6 (16,7%)	4 (11,1%)	4 (11,1%)	2 (5,6%)	16 (44,4%)
Medicina	2 (5,6%)	1 (2,8%)	1 (2,8%)	-	4 (11,1%)
Odontologia	1 (2,8%)	-	-	1 (2,8%)	2 (5,6%)
Farmacêutica	-	1 (2,8%)	-	-	1 (2,8%)
ASB	1 (2,8%)	-	-	-	1 (2,8%)
Serviço social	-	-	1 (2,8%)	1 (2,8%)	2 (5,6%)
ADM	-	1 (2,8%)	-	-	1 (2,8%)
Total	15 (41,7%)	9 (25%)	8 (22,2%)	4 (11,1%)	36(100%)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

6.2 AS CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO AMPLAS E RESTRITAS

As condições de produção compreendem as condições amplas e restritas, elas tratam do contexto histórico, social e ideológico que permeiam um discurso ao ser produzido (FERNANDES, 2008; ORLANDI, 2015). Nas condições de produção restritas são

consideradas a produção do sujeito e contexto imediato das entrevistas, nesse contexto o sujeito encontram-se emergido numa realidade dinâmica que interage com ele. As condições amplas se referem ao contexto histórico, social e ideológico dos sujeitos (ORLANDI, 1988; 2009; 2015).

6.2.1 As condições de produção amplas

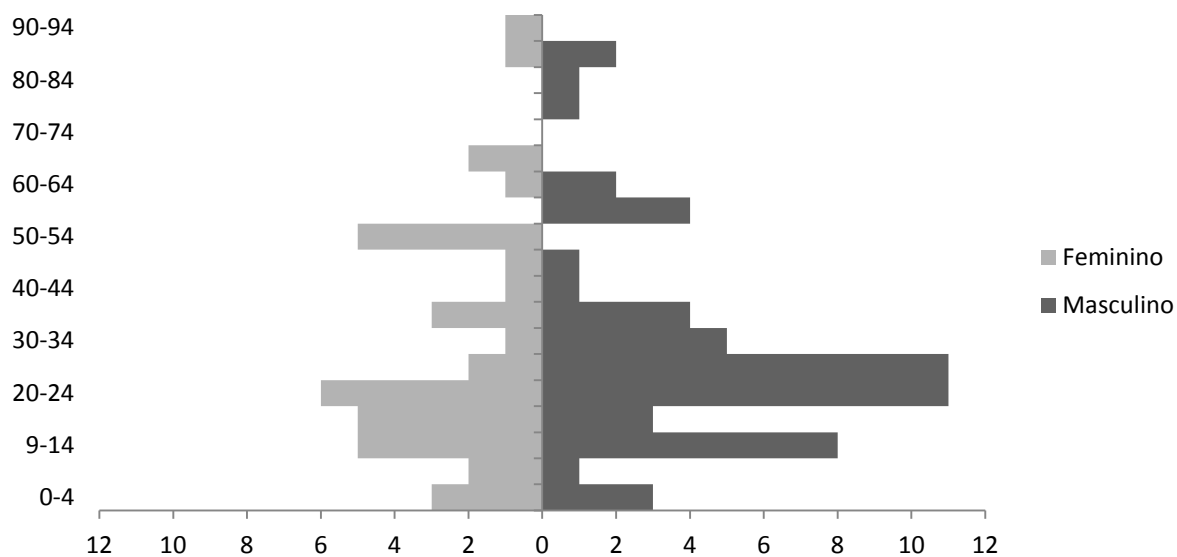
O estado do Paraná possui o IDH Alto (0,749) sendo o quinto maior do País, a gestão dos serviços de saúde nesse Estado estão divididas em nível estadual, regional e local. Os municípios de estudo apresentam IDHM Médio a Alto, sendo que 2 apresentam 100% de cobertura da ESF e 2 apresentam coberturas da ESF menor que 75%, a população apresentam maior concentração na zona rural.

A atenção à saúde em nível primário ao indígena domiciliado em terras indígenas é realizada por EMSI, e segue o fluxo geral para a atenção secundária e terciária, tendo em vista que são munícipes. As ações de atenção à tuberculose nesses cenários ocorrem preferencialmente nas comunidades indígenas, salvo as situações em se faz necessária a mobilidade do indígena a outros pontos de atenção.

O estudo foi desenvolvido em quatro municípios da faixa de fronteira do estado do Paraná (Nova Laranjeiras, São Miguel do Iguçu, Espigão Alto do Iguçu e Guaíra); entretanto, devido à escassez de estudos que abordam a TB na população indígena no Estado e ausência de estudo sobre a TB no contexto da fronteira, cabe aqui uma análise do contexto da TB na faixa de fronteira do Estado.

A tuberculose no Estado do Paraná tem apresentado variabilidade no coeficiente de incidência, percentual de cura e número de casos novos (ZORZI et al., 2018). No contexto da faixa de fronteira do Estado, identificamos que essa doença persiste nas diferentes faixas etárias principalmente em indivíduos em idades economicamente ativa e do sexo masculino (Figura 20).

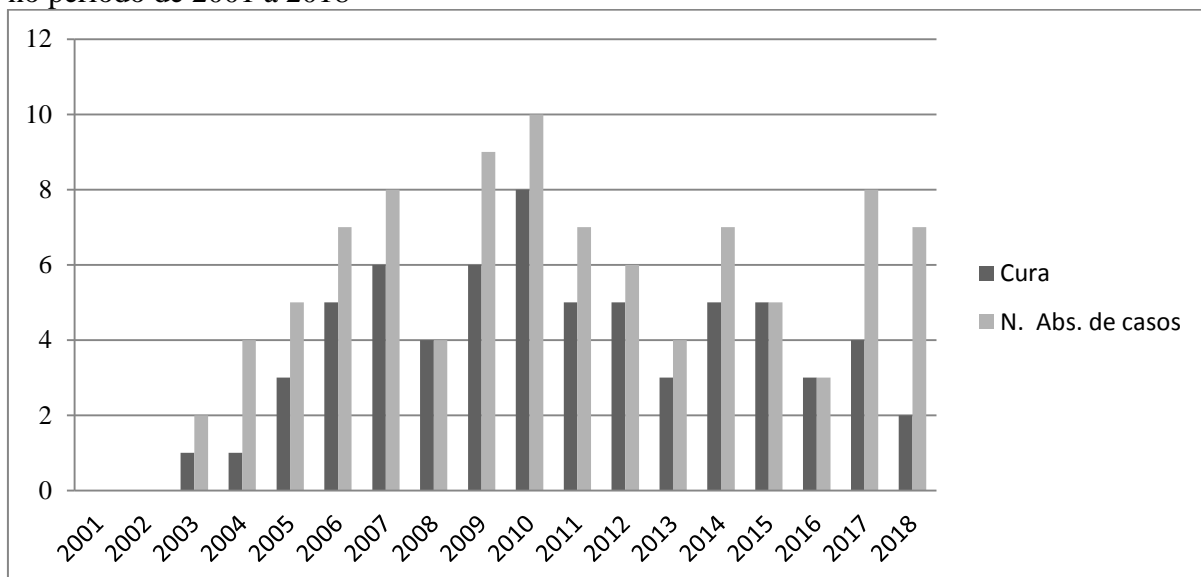
Figura 20 - Distribuição de casos novos de tuberculose em indígenas segundo faixa etária e sexo, 2001-2018, Faixa de Fronteira, Paraná, 2020



Fonte: SINAN via Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (e-SIC), 2019.

Quando comparado o número de casos e cura observou-se variabilidade no decorrer do período, sendo que a cura apresentou-se menos satisfatória nos anos de 2017 e 2018 (Figura 21), e não conseguiu alcançar a meta de 85% dos casos (BRASIL, 2011a) no desfecho de encerramento no período do estudo (Tabela 7).

Figura 21 - Casos novos de tuberculose e cura em indígenas da faixa de fronteira do Paraná no período de 2001 a 2018



Fonte: SINAN via Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (e-SIC), 2019.

Foram encontrados dados de 96 casos de TB na população indígena entre os anos de 2001 a 2018 na faixa de fronteira do Paraná. O maior número de casos foi encontrado em

peças do sexo masculino (59,3%) do total dos casos. A faixa etária com idade entre 20-29 anos (26%) apresentou o maior número de casos notificados, seguido das idades entre 30-39 anos (19,8%). Acerca da escolaridade, pessoas com ensino fundamental incompleto apresentaram maior percentual (50%), seguidas do percentual de analfabetos (18,8%). Em relação à localidade de domicílio, foi encontrada maior número de casos da doença em indígenas residentes na zona rural (74%) (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição das variáveis epidemiológicas e sociodemográficas dos casos de tuberculose em indígenas notificados na Faixa de Fronteira do Estado do Paraná no período de 2001 à 2018, Paraná, 2020.

Variáveis	N. Absoluto	%
Sexo		
Feminino	39	40,6%
Masculino	57	59,3%
Total	96	100%
Idade (anos)		
0-9	9	9,4%
10-19	13	13,5%
20-29	25	26%
30-39	19	19,8%
40-49	9	9,4%
50-59	9	9,4%
60-69	6	6,3%
70-79	1	1%
80-89	4	4,2%
90-94	1	1%
Total	96	100%
Escolaridade		
Não se aplica	8	8,4%
Analfabeto	18	18,8%
Ens. Fund. Incompleto	48	50%
Ensino Fund. Completo	5	5,2%
Médio Incompleto	7	7,3%
Médio Completo	1	1%
Ens. Sup. Incompleto	1	1%
Ens. Sup. Completo	1	1%
Ignorado	7	7,3%
Total	96	100%
Zona de domicílio		
Urbana	19	19,8 %
Rural	71	74%

Periurbana	3	3,1%
Ignorado	3	3,1%
Total	96	100%

Fonte: SINAN via Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (e-SIC), 2019.

A TB pulmonar foi a forma clínica mais comum, presente em 88,5% dos casos diagnosticados. Dentre os indígenas doentes de TB 72,9% realizavam TDO. Dos 96 casos de TB notificados, 68,7% obtiveram a cura como situação de encerramento.

Tabela 7 - Distribuição das variáveis epidemiológicas sobre situação de encerramento e variáveis clínicas dos casos de tuberculose em indígenas notificados na Faixa de Fronteira do Estado do Paraná no período de 2001 à 2018, Paraná, 2020

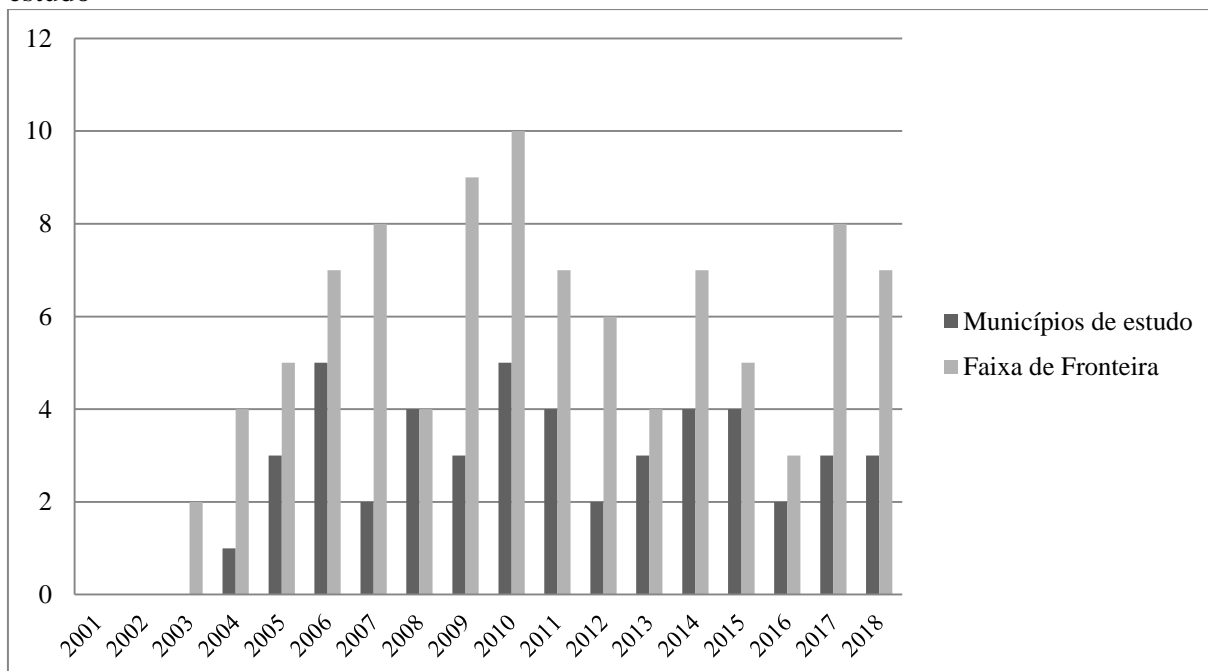
Variáveis Clínicas e Encerramento	Nº Absoluto	%
Forma Clínica		%
TB Pulmonar	85	88,5%
TB Extrapulmonar	9	9,4%
TB Pulmonar e Extrapulmonar	2	2,1%
Total	96	100%
Tratamento Diretamente Observado		
Sim	70	72,9%
Não	12	12,5%
Ignorado	12	12,5%
Não refere	2	2,1%
Total	96	100%
Situação de Encerramento		
Cura	66	68,7%
Abandono	9	9,4%
Óbito por TB	4	4,2%
TB multirresistente	1	1%
Óbito por outras causas	6	6,3%
Transferência	3	3,1%
Ignorado	4	4,2%
Não refere	3	3,1%
Total	96	100%

Fonte: SINAN via Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (e-SIC), 2019.

Os 4 municípios de estudo detiveram 50% do número de notificação por TB na Faixa de Fronteira do Estado no período de 2001 a 2018, somando um total de 48 casos (Figura 22).

Vale relembrar que o Estado conta com 139 Municípios de Faixa de Fronteira e 13 Municípios aldeados, desses 4 compõem o estudo.

Figura 22 - Casos de tuberculose entre indígena na Faixa de Fronteira e Municípios de estudo



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Dos quatro municípios de estudo, o município de Nova Laranjeiras apresentou 31 casos de TB no período, somando o maior número de casos por município, o que se deve ao fato desse município agregar a maior quantidade de aldeias e indígenas no Estado como uma média de 2,483 (DP 89,5) indígenas no período de 2011 a 2018.

Sobre a organização dos serviços de atenção à saúde dos indígenas, os municípios de Nova Laranjeiras, São Miguel do Iguçu e Espigão Alto do Iguçu possuem UBSI para a assistência à saúde dessa população e contam com o apoio de 2 PB. No município de Guará os atendimentos decorrem em locais improvisados contam com o apoio de 1 PB; nessa região as equipes se deslocam do PB para realizar as ações de saúde, como desenvolvimento dos programas de saúde, ações de prevenção e consultas nas aldeias. Conforme relato dos profissionais nessa localidade os atendimentos são realizados em ambientes improvisados, tais como: casa para realização das rezas ou aula, embaixo de árvore ou no carro.

Em termos de recursos materiais e logística, observa-se contextos variáveis com demandas específicas de cada local. Sobre isso, as EMSIs de algumas localidades denunciam dificuldades de acesso e logística, em outros locais déficit de recursos humanos,

sobrecarga de trabalho, recursos materiais insuficientes, necessidade de capacitação para a atenção à TB no indígena e falta de materiais para ações de educação em saúde.

No contexto da atenção à TB, na maioria dos locais os profissionais conseguem acessar as tecnologias para o diagnóstico com fluxo satisfatório para o tratamento e acompanhamento dos casos de TB, entretanto em alguns locais os profissionais demonstram insatisfação com os serviços ofertados. Sobre isso, denunciam dificuldades para realizar o diagnóstico, principalmente em relação ao acesso e liberação de exames. Algumas regionais de saúde ofertam o TRM outras não ofertam, o que dificulta a otimização do diagnóstico e início do tratamento. A oferta de medicamentos é garantida logo após a confirmação do diagnóstico; entretanto para a modalidade do TDO ainda representa um grande desafio aos profissionais, principalmente em relação ao distanciamento geográfico.

A desigualdade na oferta de recursos e apoio às EMSIs tem causado nos profissionais sentimentos de insatisfação devido ao acesso desigual aos mecanismos públicos e recursos para a assistência a esses povos. Há relatos ainda que as mudanças na gestão do governo Federal e Estadual provocam profundas alterações e mudanças em toda a hierarquia e gestão dos serviços de atenção aos indígenas, o que influencia negativamente a prestação dos serviços aos povos indígenas e as contribuições do aprendizado institucional para com o PCT. O nível central da atenção à saúde dos indígenas é sediado em Curitiba, entretanto, os profissionais que compõem o quadro de profissional das EMSIs são contratados por uma empresa terceirizada via chamamento público em setembro de 2018 denominada Irmandade Santa Casa de Andradina.

Sobre o fluxo das informações da Saúde Indígena, profissionais sugerem falhas no SIASI e fidedignidade de dados oficiais comprometidos, denunciam ainda falta de suporte e assistência, problemas relacionados à perdas de dados, existe carência de computadores e de acesso internet, em locais que comportam as EMSIs.

6.2.2 As condições de produção restrita

As condições restritas referem-se ao sujeito e contexto imediato das entrevistas (ORLANDI, 2015). Por se tratar de entrevistas decorridas em diferentes locais, optou-se por inserir as condições restritas das entrevistas por nível de gestão (macro, meso e micro) e por categoria profissional (Enf., TE, Médico e Odontologia), apresentadas a seguir.

Sujeitos que ocupavam cargo no nível macro (GE1, GE2, GDI1 e GDI2) - Esses gestores eram de nível superior, sendo 2 enfermeiros, 1 odontólogo, 1 assistente Social. O tempo na função variou entre 1 ano a 6 anos, com um caso de experiência na Saúde Indígena superior a 3 décadas. Desses sujeitos, 3 foram entrevistados no período da tarde e 1 no período da manhã.

As entrevistas aconteceram em ambiente restrito com participação individual e em ambiente compartilhado com outro respondente mediante sugestão e convite do profissional a ser entrevistado. Os ambientes foram indicados pelos respondentes, sendo que um ambiente era habitual de trabalho, e os outros em ambientes foram em ocasião de eventos e reuniões distantes das sedes onde estes profissionais exerciam suas atividades. Não houve interrupções, os ambientes foram propícios para a realização das entrevistas, e em duas ocasiões houve muito ruído.

Esses profissionais desenvolvem atividades a nível estadual, por isso, em determinadas situações responderam com bastante domínio da competência técnica em relação ao assunto estudado. Em outras situações, houve momentos em que os gestores tiveram dificuldades de responder tecnicamente em função de estarem mais ligados aos cargos de gestão do que aos cargos técnicos assistenciais. Mas sugeriram entrevistas a profissionais que poderiam contribuir com a temática.

Sujeitos que ocupavam cargo no nível meso (GR1, GR2, GR3, GR4, GR5, GR6 e GR8) - Esses gestores eram de nível superior e médio, sendo 4 enfermeiros, 1 médica, 1 assistente Social e 2 TE, com tempo na função variável entre 2 anos a 34 anos, sendo todos os 6 respondentes entrevistados no período da manhã e 2 respondentes entrevistados no período da tarde.

As entrevistas aconteceram em ambiente restrito com uma participação individual e as demais com participação de outros respondentes os quais foram convidados com o objetivo de agregar mais informações sobre temática. Esse fato aconteceu devido ao entrevistado indicar, sugerir ou estender o convite para entrevista a outros profissionais para contribuírem com informações relevantes sobre a temática. Os ambientes foram indicados pelos respondentes, sendo todos ambientes habituais de trabalho, não houve interrupções, ambientes foram propícios para a realização das entrevistas.

Esses profissionais desenvolvem atividades em nível regional, a maioria desses respondentes apresentaram domínio competência técnica principalmente no contexto da TB, outros responderam com propriedade praticamente todas as questões citando até mesmo exemplos de situações que envolvem a temática estudada. Em outras situações,

houve momentos em que os gestores tiveram dificuldades de responder tecnicamente em função de estarem mais ligados aos cargos de gestão do que aos cargos técnicos assistenciais no contexto da Saúde Indígena.

Sujeitos que ocupavam cargo no nível micro (GM1, GM2, GM3, GM4, GM5, GM6, GM7, GM8 e GM9) - Esses gestores eram de nível superior e médio, sendo 4 enfermeiros, 1 médica, 1 assistente social, 1 farmacêutica, 1 administrador e 2 TE, com tempo na função variável entre 1 a 18 anos, sendo 7 respondentes entrevistados no período da manhã e 2 entrevistados no período da tarde.

As entrevistas aconteceram em ambiente restrito com participação de outros respondentes os quais foram convidados devido à aproximação com a temática e contribuição em âmbito da gestão em saúde e TB no indígena. Esse fato aconteceu devido ao entrevistado indicar, sugerir ou estender o convite para entrevista a outros profissionais para contribuírem com informações relevantes sobre a temática. Os ambientes foram indicados pelos respondentes, sendo todos ambientes habituais de trabalho. Os ambientes foram propícios para a realização das entrevistas; entretanto, houve interrupção de chamadas de telefone, por outros profissionais e por usuários que solicitaram informações e para atendimento a usuários do serviço. Somente no caso de 3 gestores não houve interrupções, esses compareceram no local exclusivamente para a entrevista.

Esses profissionais desenvolvem atividades em nível regional, a maioria desses respondentes apresentaram domínio competência técnica principalmente no contexto da TB, outros responderam com propriedade praticamente todas as questões citando até mesmo exemplos de situações que envolvem a saúde dos povos indígenas e o contexto da TB nessa população. Observou-se que, principalmente os profissionais envolvidos com a vigilância epidemiológica detinham um conhecimento profundo sobre a atenção à TB e os fluxos de diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Houve momentos em que os gestores tiveram dificuldades de responder tecnicamente em função de estarem no momento ligados a cargo de gestão em saúde do que aos cargos técnicos operacionais no contexto da Saúde Indígena.

Profissionais Enfermeiros (PEnf.1, PEnf.2, PEnf.3, PEnf.4, PEnf.5 e PEnf.6) - As entrevistas aconteceram em ambiente restrito, individual e em alguns casos com a participação de outros respondentes da EMSI os quais foram convidados devido à aproximação e experiência profissional na Saúde Indígena. Os ambientes onde realizaram-se as entrevistas foram indicados pelos respondentes, sendo todos ambientes habituais de trabalho, propícios para a realização das entrevistas e sem interrupções. Sobre o horário das

entrevistas, 2 decorreram no período da manhã, 1 no horário intermediário e 3 entrevistas ocorreram no período da tarde.

Os profissionais enfermeiros atuantes no nível operacional ou/e de coordenação do PB de maneira geral estão emergidos no contexto da Saúde Indígena, com experiência na função variável entre 3 a 8 anos. Desses 2 acumulam a função assistencial e de coordenação do PB (gestão), 1 desenvolve a função de coordenação do PB e 3 desenvolviam atividades assistenciais. Esses respondentes apresentaram domínio competência técnica principalmente no contexto da Saúde Indígena. A maioria dos enfermeiros respondeu com propriedade a praticamente todas as questões, complementando as respostas com citações de fatos do cotidiano do trabalho na Saúde Indígena, sugerindo conhecimento no fazer e pensar. Esses profissionais reconhecem os desafios, fragilidades, dificuldades e também as potencialidades da prática assistencial e de gestão do trabalho na Saúde Indígena.

Observou-se que os profissionais que desenvolvem atividades de gestão dos PB contribuíram com discursos de maior amplitude, abrangendo de questões gerais a locais no contexto da Saúde Indígena e atenção à TB no indígena, apresentando conhecimento profundo sobre a temática. Os profissionais assistenciais têm muita clareza e riqueza de detalhes específicos de sua área de abrangência, principalmente sobre os fluxos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e modos de vida dos indígenas englobando aqui os costumes e cultura, sugerindo compreensão dos processos em nível macro.

A título de esclarecimentos, cabe aqui informar que os PB são o elo entre os postos e o distrito, os enfermeiros coordenadores e enfermeiros assistenciais assumem diferentes atribuições. Sobre isso os enfermeiros assistenciais desenvolvem suas atividades de atenção à saúde nas comunidades indígenas no contexto da APS e são responsáveis pela gestão na equipe e informação de saúde dos indígenas da comunidade de sua responsabilidade. Os profissionais enfermeiros coordenadores do PB, são responsáveis pela administração geral de todos os recursos e profissionais do respectivo PB, tais como: vigilantes, motoristas, zeladores, previsão, provisão, armazenamento e estoque de materiais e medicamentos. Esses profissionais recebem solicitações do DSEI e das aldeias, assumem posição de maior hierarquia em relação aos profissionais da UBSI. Dentre o escopo de atribuições e responsabilidades do coordenador do PB, esses também consolidam todas as informações produzidas nas aldeias e as envia aos Responsáveis Técnicos (RT) de diferentes programas do DSEI. Aos que acumulam o cargo de coordenação do PB e assistência à saúde dos indígenas produzem os próprios dados da assistência.

Profissionais Técnicos de Enfermagem (TE1, TE2, TE3, TE4 e TE5) - As entrevistas aconteceram em ambiente restrito, com a participação de outros respondentes que compõem a EMSI, os quais foram convidados devido a aproximação e experiência profissional na Saúde Indígena. Os ambientes onde foram realizadas as entrevistas dos TEs foram os mesmos ambientes utilizados pelos enfermeiros, sendo todos ambientes habituais de trabalho, propícios para a realização das entrevistas e sem interrupções. Sobre o horário das entrevistas, 1 ocorreu pela manhã, 1 em horário intermediário e 3 entrevistas ocorreram no período da tarde.

Os profissionais TE de maneira geral estão imersos no contexto da Saúde Indígena, com experiência na função variável entre 5 anos a 30 anos. Esses respondentes contribuíram com questões mais pontuais em nível local, como busca ativa, TDO, visita domiciliar, sugerindo conhecimento técnico do fazer; vale ressaltar que alguns TE apresentaram muita facilidade e domínio e responderam a maioria dos questionamentos, sugerindo profundo conhecimento técnico e vivencial em relação a temática. Esses profissionais reconhecem e elencam desafios, fragilidades e potencialidades na Saúde Indígena e em específico na atenção à TB nos povos indígenas. Todos TE entrevistados citaram fatos do cotidiano do trabalho na Saúde Indígena para fins de reforçar ou esclarecer assuntos ligados à temática.

Profissionais Médicos (PMed.1 e PMed.2) – As entrevistas aconteceram em ambiente restrito, individual e com a participação de outros respondentes da EMSI os quais foram convidados para contribuírem com questões mais específicas das ações de atenção à TB no indígena. Os ambientes onde foram realizadas as entrevistas dos médicos foram os mesmos ambientes utilizados para a entrevista com os enfermeiros e TE, sendo todos ambientes habituais de trabalho, propícios para a realização das entrevistas e sem interrupções. Sobre o horário das entrevistas, ambas ocorreram à tarde, sendo uma ao final do expediente de trabalho do profissional.

Os profissionais Médicos de maneira geral contam com boa experiência de trabalho na Saúde Indígena. Um desses médicos trabalha há mais 14 anos na função e outro tem um período menor de experiência, mas agrega riqueza de detalhes e experiência do contexto da TB no indígena em outras regiões, o que possibilitou a esse profissional realizar comparações mediante suas percepções dos diferentes ambientes de trabalho e organização do serviço.

Um respondente contribuiu com questões mais pontuais sobre fluxos, manejo e tratamento da TB. O outro respondente para além dessas informações, também agregou

informações sobre os processos e gestão da atenção à TB no indígena, sobretudo como os modos de vida, a vulnerabilidade e pobreza do indígena influencia principalmente no tratamento, justificando seu discurso com fatos já vivenciados em outras regiões.

Profissionais da Odontologia (PCD1 e PASB1) - As entrevistas decorreram em ambiente restrito e com a participação de outros respondentes da EMSI. Os ambientes onde foram realizadas as entrevistas dos profissionais da odontologia foram os mesmos ambientes utilizados para a entrevista com os enfermeiros, TE e médicos, sendo todos ambientes habituais de trabalho, propícios para a realização das entrevistas e sem interrupções. Sobre o horário das entrevistas, ambas ocorreram à tarde. Esses profissionais contam com experiência de três e seis anos na função. Responderam pouquíssimas questões, sendo essas mais gerais no contexto da Saúde Indígena.

6.3 CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DE ANÁLISE DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À TB NA POPULAÇÃO INDÍGENA

A codificação das entrevistas resultou em 3 categorias e 12 subcategorias de análise. Vale ressaltar que a categoria de análise “Os serviços de saúde no controle da TB na população indígena”, agrega o maior número de citações e subcategorias. Conforme base conceitual elaborada a priori, buscou-se nessa categoria agregar as informações que evidenciam o desenho do sistema e suporte aos serviços de Saúde Indígena no controle da tuberculose nessa população. Em síntese, a essência dessa categoria está na organização geral dos serviços e práticas sanitárias para o controle da TB nos povos indígenas. A título de esclarecimento, as “*bases organizacionais e políticas no controle da tuberculose na população indígena*” apresentam um panorama geral da transferência de política em sua fase de manutenção e expansão tanto na “política de Saúde Indígena” quanto na “política de controle da tuberculose na população”. Sobre isso, esses conceitos foram ancorados por referencial teórico conceitual e trazem discursos muito voltados aos processos organizacionais dessas políticas no cenário de estudo.

A terceira e última categoria de análise “*o território étnico e sócio-cultural da população indígena*”, é considerado particularmente como o cerne da interculturalidade nesse trabalho. Aqui apresentamos discursos sobre as questões culturais, interculturais, simbólicas, para além das questões culturais; deixamos aqui um pouco do modo de vida dos indígenas, de suas vulnerabilidades e dos significados expressos pelos respondentes sobre o cuidado desses indígenas na atenção à tuberculose dentre as diversas dificuldades e desafios

enfrentados pelas EMSI e outros profissionais próximos a esses sujeitos. O quadro 4 expõe a codificação do conteúdo primário em categorias e subcategoria de análise.

Quadro 4 - Codificação do conteúdo primário segundo categorias e subcategorias de análise

CATEGORIAS DE ANÁLISE	SUBCATEGORIAS DE ANÁLISE
Bases organizacionais e políticas no controle da tuberculose na população indígena - (66)	1 Política de Saúde Indígena (28)
	2 Política de controle da TB na população indígena (38)
Os serviços de saúde no controle da TB na população indígena – (810)	1. A organização das ações de vigilância em saúde no controle da TB (369)
	2. A organização das práticas sanitárias no controle da TB (233)
	3. A descentralização dos serviços de saúde no controle da TB (29)
	4. A Articulação intersetorial e Intra-setorial na atenção à saúde do indígena (68)
	5. A integração dos serviços e profissionais de saúde no controle da TB (45)
	6. A comunicação no processo de trabalho no controle da TB (46)
	7. Os recursos orçamentários, materiais e a infraestrutura no controle da TB (20)
O território Étnico e Sócio-Cultural da pop. Indígena – (194)	1. Processos que interferem no controle da tuberculose (109)
	2. As equipes de saúde no controle da tuberculose (59)
	3. Vulnerabilidade e o controle da tuberculose (26)

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

O número absoluto de recortes por subcategorias variou entre 20 e 369 recortes, Sobre isso, observou-se que a maioria das contribuições diz respeito “*a organização das ações de vigilância em saúde no controle da TB*”, isso se deve ao fato dessa categoria englobar várias ações de vigilância em saúde inclusive a capacitação, a qual foi amplamente verbalizada pelos respondentes nas diferentes funções e categorias profissionais.

A subcategoria composta pela menor quantidade de recortes foi “*recursos orçamentários, materiais e edificações no controle da TB*”, cabe aqui frisar que nessa subcategoria não foi incluído os recursos humanos, as contribuições sobre esse recurso estão disponíveis na subcategoria “*as equipes de saúde no controle da tuberculose*”. As principais contribuições sobre os “*recursos orçamentários, materiais e edificações no*

controle da TB” têm suas origens nos discursos dos profissionais que vivenciam a prática assistencial nesse cenário.

Figura 23 - Número absoluto de recortes por subcategorias de análise e A organização das práticas sanitárias no controle da tuberculose

Nome	Fundamentado
Recursos orçamentários, materiais edificações no controle da TB~	20
Vulnerabilidades e o controle da TB~	26
Política de Saúde Indígena~	28
A descentralização dos serviços de saúde no controle da TB~	29
Política de controle da TB na população indígena~	38
A integração dos serviços e profissionais de saúde no controle da TB~	45
A comunicação no processo de trabalho no controle da TB~	46
As equipes de saúde no controle da tuberculose~	59
Articulação intersetorial e Intra-setorial na atenção à saúde do indígena~	68
Processos que interferem no controle da TB no indígena~	109
A organização das práticas sanitárias no controle da TB~	233
A organização das ações de vigilância em saúde no controle da TB~	369

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS

7 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS

7.1 O CONTROLE DA TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO INDÍGENA

Aqui buscaremos elucidar o controle da TB na população indígena no cenário de estudo. Sobre isso, no contexto nacional os aspectos epidemiológicos (morbidade, mortalidade por TB) e operacionais (Diagnóstico: teste rápido molecular para tuberculose, baciloscopia, cultura de escarro, a testagem para HIV entre os casos de tuberculose; Encerramento dos casos de tuberculose; TDO; Tuberculose e alcoolismo na população indígena) somados aos determinantes sociais teoricamente orientam o planejamento das ações para o controle da doença nessa população (BRASIL, 2014; 2015).

O indígena é reconhecido em suas vulnerabilidades como população vulnerável de alto risco de infecção e adoecimento por TB (BRASIL, 2014; 2015). Nesse sentido, vários estudos contribuem com o retrato epidemiológico desfavorável da TB nesses povos e com as dificuldades de acesso à atenção diferenciada, no que tange o controle da TB nesses povos (MALACARNE, 2013; PAIVA et al., 2017; MALACARNE et al., 2019; SOUZA; SANTOS, 2019).

O controle da TB nos indígenas é impulsionado e fortalecido principalmente por determinadas ações e estratégias. No contexto nacional, a “primeira ação a ser citada foi a inserção da temática indígena nas visitas de monitoramento e avaliação das ações de controle da tuberculose realizadas aos estados e municípios” (BRASIL, 2014, p. 10). Nesses espaços foram estabelecidas estratégias para o aperfeiçoamento das ações de controle da TB no indígena em 67 municípios, sendo que desses 11 receberam equipamentos do TRM-TB, sugerindo a assimilação da necessidade de melhorar o acesso aos serviços de diagnósticos da TB como uma ação fundamental para o controle da doença. Outro destaque foi dado às capacitações e eventos envolvendo profissionais e lideranças indígenas atuantes nessa demanda, enfatizando o manejo clínico da tuberculose, TDO e técnicas de aplicação, e leitura da prova tuberculínica (BRASIL, 2014).

Entende-se que para diminuir a carga da doença nessa população é fundamental a qualificação dos profissionais de saúde indígena na temática TB, como também o empoderamento dos presidentes dos conselhos distritais de saúde indígena e garantia da participação dos profissionais da saúde indígena no acompanhamento das ações de controle

da TB. Para além dessas estratégias é necessário de garantir a ampliação de estratégias para o diagnóstico, tratamento oportuno e a cobertura de proteção social, como também o estabelecimento e fortalecimento de parcerias e de articulação entre DSEI, Programa Estadual de Controle da TB (PECT) e Programa Municipal de Controle da TB (PMCT) “nos territórios, para melhoria da qualidade da resposta local, bem como para ações de educação e promoção da saúde” (BRASIL, 2014, p. 12).

As análises temáticas propostas neste estudo pretendem contribuir com o conhecimento sobre o controle da TB na população indígena em região de fronteira na perspectiva da TP. Sobre isso, a análise do trabalho está dividida em três categorias: Bases organizacionais e políticas no controle da tuberculose na população indígena; Os serviços de saúde no controle da TB na população indígena; O território Étnico e Sócio-Cultural da População Indígena. Essas categorias estão compostas pelas subcategorias: A organização das ações de vigilância em saúde no controle da TB; A organização das práticas sanitárias no controle da TB; A descentralização dos serviços de saúde no controle da TB; Articulação intersetorial e intrasetorial na atenção à saúde do indígena; A integração dos serviços e profissionais de saúde no controle da TB; A comunicação no processo de trabalho no controle da TB; Os recursos orçamentários, materiais e a infraestrutura no controle da TB; Processos que interferem no controle da tuberculose; As equipes de saúde no controle da tuberculose; Vulnerabilidade e o controle da tuberculose.

7.1.1 Bases organizacionais e políticas no controle da tuberculose na população indígena

7.1.2.1 A Política de Saúde Indígena

As primeiras iniciativas do Brasil para a atenção à saúde do indígena ocorreram a partir da década de 50 com a criação da SUS e com a criação da FUNAI e EVS em 1967. Esse contexto revela o sofrimento e vulnerabilidade dos indígenas e alta morbimortalidade, principalmente por doenças infectocontagiosas como a tuberculose deixando registros que denunciavam uma atenção à saúde precária e esporádica a esses povos (BRASIL, 2002).

Ressalta-se que as primeiras referências à atenção diferenciada em saúde indígena estão diretamente relacionadas à luta e força do movimento indígena por atendimento à saúde a partir dos anos de 1970 e do movimento da Reforma Sanitária, sendo o movimento

indígena encorajado por organizações de representação indígena e lideranças comunitárias (OLIVEIRA, 2002).

Nota-se que até a promulgação da Constituição de 1988 e criação do SUS e Subsistema de Saúde Indígena ligado ao Ministério da Saúde, o indígena não tinha garantia de acesso e atenção integral à saúde que contemplasse a diversidade histórica, política, social, cultural e geográfica desses povos (BRASIL, 1988; 1990; 2002). Com o Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, foi estabelecido condições favoráveis à prestação da assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do SUS, sendo também determinado que a “atenção à saúde indígena é dever da União e será prestada de acordo com a Constituição e com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, objetivando a universalidade, a integralidade e a equanimidade dos serviços de saúde” (BRASIL, 1999b, art. 1º), nesse sentido, acrescenta-se que o SASI também deve ser descentralizado, hierarquizado e regionalizado, assim como o SUS (BRASIL, 1999a).

O fragmento discursivo apresenta o contexto vivencial de um profissional de saúde em diferentes momentos históricos da saúde indígena no Brasil e em diferentes Unidades Federativas. O discurso é vislumbrado dentro de uma perspectiva singular determinado avanço na saúde indígena, especialmente na composição das equipes que assistem os indígenas e subsídios para realização das ações. A fala contribui com um entrecruzamento de fatos que perpassa dois períodos históricos e políticos da Saúde Indígena vivenciado na pré PNASPI e pós PNASPI.

*(...) era oitenta e seis (86) na época, fui contratado pela FUNAI, como auxiliar, técnico de enfermagem. Só que **aquele tempo, não tinha, essas equipes de hoje, multidisciplinar, médico, dentista, era só um, uma pessoa, assim, um auxiliar de enfermagem, que tinha que ficar na aldeia lá, três quatro meses, e daí ficava né? Aquela medicação toda na prateleira, não tinha um médico, um enfermeiro, nada, é só o agente de saúde e a comunidade. Mas ele, a questão da tuberculose, já é de, muito antiga né? Lembro que lá tinha o pessoal antes de mim, e já tinha os agentes de saúde que andavam com as lâminas, as lamparinas, colhendo, material pra mandar, pra laboratório. Eles colhiam lâmina, né? Eu não sei, nesse tempo meu já era, 86 pra cá já foi dando uma melhorada, agora não sei como é que tá, porque faz tempo, mais de dez anos, que eu saí da aldeia né? (PTE3).***

O discurso aponta para um modelo de atenção biomédico (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006) fragmentado e fragilizado frente às demandas e necessidade de saúde dos povos indígenas. Esse achado se contrapõe aos aspectos legais e formais explicitados na legislação e conquistas na saúde indígena nesse contexto, sugerindo um distanciamento entre a prática e a teoria (BRASIL, 1990) onde a estruturação do modelo

atual de assistência à saúde do indígena (BRASIL 2002) poderia ser considerada uma utopia.

Até os anos 90, a assistência à saúde dos indígenas era de atribuição da FUNAI, entretanto com o crescimento populacional na década de 70, o orçamento da FUNAI tornou-se insuficiente para a expansão de serviços de saúde aos povos indígenas em todo o território nacional. Os desafios, dificuldades e crise enfrentados pela FUNAI culminaram em 1999 com a transferências de suas atribuições à FUNASA (BRASIL, 1999a; BRASIL, 2002).

A atenção à saúde do indígena se alicerçou no artigo 231 da Constituição de 1988, nos relatórios finais da 1ª e 2ª conferência de Nacional de Saúde Indígena, nas leis orgânicas 8.080/90 e 8.142/90 e na portaria 254 da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2002).

Esses aportes legais impactaram positivamente na saúde do indígena. A esse respeito, ressalta-se que a Constituição de 1988 reconhece o direito à saúde do indígena dentro do contexto da reforma sanitária e da Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, que estabeleceu o Subsistema de Saúde Indígena e determinou a organização e o funcionamento dos serviços de saúde entre outras providências relevantes e fundamentais para a atenção integral, diferenciada e com garantia do acesso nos diferentes níveis de atenção à saúde (BRASIL, 1988; 1990).

Do ponto de vista legal, com a publicação da Lei 9.836/99, conhecida como lei Arouca, ficou estabelecida a criação do Subsistema de Saúde Indígena e diretrizes básicas para a implantação dos DSEI. Essa lei também definiu os aspectos gerais sobre financiamento, modelo assistencial, relações entre o SUS e o Subsistema e participação social. Entretanto, a falta de clareza de como operacionalizar esse modelo de atenção levou a FUNASA a contribuir significativamente na organização e operacionalização desse subsistema de saúde (BRASIL, 1988; 1990, 1999a).

Sobre isso, os profissionais de saúde reconhecem avanços das ações de saúde a partir da PNASPI e modelo de assistência à saúde dos povos indígenas; entretanto, os depoentes sugerem descaso e falta de interesse das autoridades competentes nesse processo, na ausência efetiva do Estado ou ainda na transferência de responsabilidade.

Temos muitas dificuldades, agora que estão sendo esperado, ultimamente está sendo esperado, mas como já trabalha com a questão indígena há mais de 14 anos, é, no começo era uma dificuldade enorme, era um muro que a gente tinha que atravessar, era uma dificuldade muito intensa, é quem sabe até, por essa falta do poder público mesmo, de querer ajudar as comunidades indígenas,

mas ultimamente tem mudado um pouco essa filosofia, digo que nos últimos cinco anos têm mudado um pouco. (PMed.1).

Autores como Gomes (2017) sugerem que no decorrer da gestão da FUNASA houve melhorias da saúde indígena como a redução da mortalidade e melhorias no controle das grandes epidemias; entretanto, faltou um olhar acurado pautado no espírito indigenista, justificado e exemplificado pelo autor a partir de formas de contratação precária e descontinuidade da assistência a esses povos o que consiste em desrespeito e injustiça.

Em 2010 no governo Lula criou-se a SESAI por meio do Decreto Presidencial 7.336, pelo qual a responsabilidade da gestão da atenção à saúde indígena no Brasil passou da FUNASA para a SESAI. Esse evento representou o fortalecimento do modelo de atenção à saúde, já instituído nos anos anteriores, visto que a SESAI é uma secretaria ligada ao Ministério da Saúde e conta com financiamento de nível federal que assegura a APS nos postos de saúde indígena e permite a autonomia da gestão dos DSEIs e pactuações conforme a realidade local; esse fato representou garantiu maior acesso à saúde dos povos indígenas (BRASIL, 2002).

Os gestores reconhecem que a gestão da política de saúde indígena SESAI, como também de sua responsabilidade como as edificações, saneamento em terras indígenas, logística de transporte, comunicação e também gestão na oferta de medicamentos.

Nesse sentido, sugerem que a SESAI deve prover os recursos de diversas ordens, inclusive humanos, para a garantia do acesso articulado e diferenciado nos diferentes níveis de atenção a partir de um modelo assistencial focalizado no território e suas especificidades locais.

Nos depoimentos é possível identificar que os profissionais reconhecem o modelo de atenção na Saúde Indígena e sua composição a partir dos DSEIs, Polo-Base, Posto de Saúde, Referência SUS, não sendo mencionada nas falas, a Casa do Índio. Os fragmentos em análise tomam a posição de profissionais e gestores centrais, e eles remetem às experiências e percepções em relação à política de saúde, a organização estruturação e modelo de atenção à saúde dos indígenas.

(...) tem um subsistema específico pro atendimento da população indígena, cuja competência é de nível Federal, em primeira instância, a organização se dá na forma de Distritos Sanitários e aqui no Paraná, o Distrito Sanitário responsável pelas ações de atenção básica é o DSEI Litoral Sul, então existem unidades básicas de SAÚDE, não em todas as aldeias, mas na maioria das aldeias e as equipes são compostas por equipe de Atenção Primária. (GDII).

Dependendo, porque o distrito, ele é dividido em Polos Base né? Mas também ele é dividido dependendo do território quando é um território muito grande, não sei se você sabe! Aqui em Nova Laranjeiras, tem um território muito grande que é da terra indígena Rio das Cobras. Então, ali, eu posso ter uma equipe bem grande, quase como se fosse um Polo Base né? Mas no geral, assim, a gente divide o distrito tudo em Pólo-Base, nós temos quatorze Polo Bases, e vinculado a esses Pólo-Base nos temos várias equipes de saúde né? (GDI2).

(...)[unidade de referência?] Unidade de referência, seria o município, né? (PMed.1).

(...) geralmente quando o paciente ou o indígena tá com, assim, apresentando perda de peso, essas febres vespertinas, elas são acompanhadas geralmente pelos AIS, enfermeiros, técnicos e levados para uma avaliação médica, geralmente na unidade básica. (...) é na aldeia, que cada aldeia tem uma estrutura que recebe, né? O posto de saúde no caso seria, uma unidade básica de saúde. (PTE3).

A estratégia principal é porque apesar de ser uma população pequena na aldeia aí, tem um posto de saúde só pra população, tem enfermagem lá, e eventualmente seria vamos dizer seria até adicionado ao posto de saúde do distrito lá próximo né, mas não, eles tem na própria aldeia um porque tem algumas diferenças com a população normal, com as condutas deles, os costumes deles. (GM2)

Mas foi bem lembrado isso (...) que é do internamento, que é uma garantia que o indígena tinha. E na verdade que eu trabalhava antes de trabalhar no setor da vigilância, eu trabalhava na central de leito, e quando nós tínhamos um paciente indígena lá de Guaiara, por exemplo, não necessariamente aqui da nossa regional, obrigatoriamente o HU tinha que atender. Então, têm alguns grupos que são de certa forma privilegiados, em questão, pelo menos na situação fim, que é lá do internamento, além do paciente aidético ou um paciente que tem uma doença infecciosa grave, mas principalmente o aidético. O indígena ele tem essa garantia, independente da doença que ele tem seja tuberculose ou qualquer outra, da nossa região ou fora da nossa região, a vaga para internamento dele é no HU, é no Hospital Universitário, sabe! Então, ele tem uma vaga, tem leito sim. Vamos dizer que não taria ali disponível, mas ele tem direito a esse leito, que em uma situação que ele precisaria internar seja aqui da nossa regional ou de outras regionais, o HU ele tem, ele tem que internar! Né? Ele é a referência, é lei! Eu acredito que devam receber um recurso até pra diferenciar, pra tá atendendo esses casos, né? Então assim, de certa forma não é uma inovação, né? Mas é uma transferência de controle de política né? Da tuberculose, num dos lugares seria realmente aqui, né? (...) (GR2).

É notória a existência de um modelo de organizacional e estrutural diferenciado de serviços para o indígena, que a priori tem como referência os modelos ocidentais convencionais; entretanto, as práticas sanitárias são pouco enfatizadas em termos de diferença para o diferentes cenários e contextos sócio culturais e econômicos desiguais, carecendo de adequação nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Sobre isso, os profissionais reconhecem características étnico culturais, principalmente no modo de vida dessa população. No entanto, sua atuação profissional está orientada para a operacionalização das ações de saúde, as quais estão alinhadas a um

modelo de atenção assistencialista. Essa realidade denuncia uma compreensão equivocada acerca dos princípios da universalidade, integralidade e equidade das ações, o que destoa da necessidade de atenção diferenciada devido ao carácter multiétnico fundamentado na Constituição de 1988, e por vezes se identifica nas falas um carácter discriminatório.

Segundo Brasil (2002, p. 13) o objetivo central da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena consiste em:

Garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

É extremamente relevante a compreensão e conscientização do sentido da diferenciação cultural para a atuação em cenários de diferentes culturas e contextos interculturais; nesses cenários, onde as determinações do processo saúde-doença, a atenção à saúde, as visões de mundo e a cultura coexistem (MENÉNDEZ, 2003).

O subsistema de saúde é territorializado e conta com equipe multidisciplinar de Saúde indígena (EMSI) específica para prestar serviços de APS ao indígena nas aldeias.

(...) Mas geralmente uma equipe ela é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente indígena de saúde, agente indígena de saneamento, dentista e auxiliar de saúde bucal (GDI2).

E a garantia da assistência? olha a gente sabe da existência de, nas aldeias existe o atendimento local ali né? Da equipe de saúde que ela é né? Contratada, pra atender é somente aquela população, então aí eu acredito que já seja a garantia dessa assistência, dentro do programa de controle do tuberculose seria, a oferta do, uma vez já diagnosticado, né? Já início imediato do tratamento. (GR3)

Embora os espaços físicos dos territórios indígenas apresentem uma conformação diferente da organização político administrativa do Brasil, eles estão organizados e atendem a demandas de dispersão geográfica, aspectos étnicos, culturais e epidemiológicos da população indígena (BRASIL, 2002).

Nas áreas indígenas a atenção à saúde ocorre por meio das EMSIs, geralmente compostas por médico, enfermeiro, odontólogo, técnico em enfermagem, técnico em saúde bucal, agente indígena. Essas equipes contam também com agentes indígenas de saúde treinados que apoiam a interlocução com os profissionais e população indígena (BRASIL, 2019).

O quantitativo de profissionais para composição dessas equipes depende do tamanho do território, sendo que a forma de gestão e contratação de profissionais é realizada por mecanismos específicos de responsabilidade do DSEI, que possui autonomia administrativa (BRASIL, 2002).

*Olha, eu falo assim, que a nossa área, aqui eu falo é, como eles é, **eles têm a empresa que cuida deles lá, que o Estado que, a gente nunca sabe se é nós que cuidamos dos indígenas ou se o Estado que cuida dos indígenas.** (GM4)*

*(...) eles tem a forma de descentralização das informações, que é uma gestão deles, né? **Da empresa que vai ter que cuidar da saúde indígena.** (GR5).*

Os profissionais reconhecem que as EMSI potencializam e representam a garantia de atenção à saúde dos indígenas em suas especificidades e lhes atribui a responsabilidade de apoiar e fazer a interlocução com outros profissionais promovendo a articulação com os outros serviços para promoção do acesso e cuidado integral dos povos indígenas nas redes de serviços.

Entende-se que a garantia da assistência e o desenvolvimento de um plano de trabalho focado na necessidade do indígena está condicionado a ter a EMSI nas aldeias, o que viabiliza o acesso e possivelmente a equidade. Essas EMSIs são a referência para o cuidado nas comunidades indígenas, de acordo com sua territorialização, permitindo o estabelecimento do vínculo e aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde nas comunidades indígenas.

*Bem, eu vejo como potencialidade o próprio fato de ser um, da gente, as populações indígenas terem um subsistema de atenção, né? **quando eu tenho um subsistema eu tenho equipes trabalhando dentro das comunidades né? Elas, equipes multidisciplinar que tem esse vínculo maior com a população, porque eles estão lá todos os dias** (...). (GD2).*

*(...) os indígenas vêm como a equipe deles, né? Diferente dele ter que ir até o município, e, lidar com equipes que eles não têm nenhum vínculo, não tem uma vivência ali, diária né? É, (...) **a própria equipe disciplinar é uma potencialidade. E o fato do agente indígena de saúde que é um indígena daquela população compor essa equipe, também, a gente pode considerar uma potencialidade, né? Pelo fato dele ser uma pessoa indígena que convive naquela comunidade, que, que conhece os hábitos né? Ele pode ter uma agente né? Ali, que vai contribuir pra que aquela equipe consiga chegar mais na/nesses indígenas, ter o poder maior de convencimento, né? Pra que ele possa tá aderindo à, a fazer a busca, fazer o tratamento né? I o próprio tratamento supervisionado, porque todos, 100% dos nossos casos eles são tratamentos supervisionados.** (GDI2).*

As potencialidades, eu acho que é mais, por ser uma aldeia, eles têm um

controle maior da população, que eles têm sobre a área deles, a facilidade de visitas periódicas, é também, dá que os índios eles aceitam mais o tratamento, então vai lá dá o medicamento e eles toma, mas tem que ser oferecido né? Mas assim, que muitas vezes, o branco tem um pouco mais de dificuldade, pelo menos, é, porque quando o índio ele confia na pessoa da equipe, eles, respeitam essa pessoa, e acaba é aderindo melhor ao tratamento, até os controles também, dos comunicantes também, por tá mais institucionalizado, mais fácil, que muitas vezes o branco, o esposo tá trabalhando, ele não consegue vim, então, não consegue já fazer de imediato, né? A gente tem um pouco, mas mesmo assim não é fácil, tem um pouco, né? Essas potencialidades, mas assim, têm algumas, outras dificuldades, também (...). (GM5).

Do ponto de vista teórico, nota-se que essa composição e parametrização obedece à lógica das condições de acesso, do perfil epidemiológico, número de habitantes e necessidades decorrentes do controle de endemias (BRASIL, 2002); entretanto não apresentam evidências quanto às competências comunicativas relacionais e linguístico culturais quando considerado a diversidade cultural e variedade linguística desses grupos (BRASIL, 2002; 2010). Nesse a contexto intercultural as mediações acabam sendo canalizadas ao AIS por se tratar de um indígena da comunidade (BRASIL,2002; DIEHL et al., 2012), esse fato também foi verificado neste estudo conforme fragmento:

(...) atuação do AIS dentro da rede é importantíssima, que como eu falei, ele é o primeiro contato, né? Da comunidade para com a equipe. Então o AIS, é onde ele faz a rotina dele, de visita domiciliar, acompanhamento do paciente, então, (...) a primeira queixa que vai chegar as vezes no AIS, aí o AIS reportará isso à equipe, então ele é a peça principal dentro de uma equipe de saúde, ele é muito importante e uma peça fundamental para isso, primeira porta de entrada. (PEnf.4).

A composição das EMSI reproduz basicamente o modelo da composição das Equipes de Estratégia da Família (ESF) o que na prática significa a não diferenciação da assistência, já que esse modelo de composição de equipe não tem priorizado a contribuição de profissionais como o cuidador tradicional indígena com conhecimento em antropologia entre outros (BRASIL, 2002). Mesmo com a profissionalização crescente de indígenas, observa-se que a grande maioria dos profissionais atuantes na saúde indígena e gestão não são indígenas (DIEHL e PELLEGRINI, 2014), essa realidade também foi confirmada nesse estudo; a título de informação, nos cenários estudados os profissionais atuantes na saúde indígena eram praticamente todos não indígenas, com exceção dos AIS e de alguns técnicos de enfermagem e de uma enfermeira indígena, ou seja, os indígenas envolvidos na saúde indígena são praticamente atuantes do nível técnico.

As fragilidades e limitações na implementação da política de saúde do indígena são reconhecidas pelos profissionais e estão relacionadas às formas de contratação, gestão,

organização e processo de trabalho e potencializado pela precariedade de recursos.

É a gente demanda muito da questão, também da questão dos contatos né? E a gente vê assim, que a saúde indígena em si, ela tá muito fragilizada, a saúde do nosso município principalmente, não sei o que acontece com a gestão do DSEI, do SESAI, mas, aqui não chega muita coisa, tanto que a gente demanda, a gente ajuda muito município, claro, são municípios né? Mas não é Secretaria de Saúde em si que faz a gestão, né? Que, eu acho que se fosse a gente teria um, melhores resultados, né? Do que esse aporte que a SESAI nos dá. Como eles dizem que é um apoio, mas acaba na verdade atrapalhando o município, eu acho que seria muito mais potencializado se a equipe, o RH ou toda a gestão indígena ocorresse pelo município de origem né? do que pela SESAI, que às vezes esse recurso acaba não chegando até nas pontas, né? (GM6).

Os profissionais reconhecem fragilidades e divergências entre a compreensão das necessidades de gestão e alocação dos recursos no nível local em relação ao subsistema, sinalizando assim alguns nós críticos que denunciam determinado distanciamento entre os sistemas e serviços, sugerindo desarticulação, falta de integração e comunicação ineficaz entre os serviços e sistemas.

É o primeiro desafio é a gente conseguiu quebrar o estigma, tanto dos pacientes como dos profissionais, sobre a tuberculose, e um dos grandes desafios que a gente tem/ é. Como o serviço de atenção ao índio ele é feito por uma empresa né? E existe muito pouco vínculo com o Estado, enfim, a gente tem uma grande dificuldade às vezes na comunicação né? Isso a gente ouve dos municípios que o profissional que é funcionário do município, às vezes tem uma dificuldade de comunicação com o funcionário da empresa que presta esse serviço né? (GR5).

(...) a triagem da tuberculose ela envolve né? É o médico que atende na reserva, que ele é específico, é contratado, é passa a ser uma das responsabilidades do DSEI litoral, do DSEI Litoral Sul, e eles são encaminhados então, suspeitos para o serviço da vigilância epidemiológica. (...) a gente vê o que tá acontecendo e a gente não pode intervir, porque, não é nossa, não é nada nossa jurisdição, daí vem mais a questão da autoridade local né? Que é o cacique, e o conselho indígena é bem complicado, é muito complicado. (GM7).

Em relação a população indígena, ela nessa segunda fase da nossa da nossa política aqui da tuberculose, que vai ser as comunidades mais específicas. Hoje a regional não tem nada específico em relação à população indígena que temos na nossa região né? Um dos nossos municípios ele tem uma comunidade, nem sei qual é o guarani, não quais são as (...). (GR1).

Embora tenha ocorrido uma melhora no processo de trabalho e assistência ao indígena a partir da vivência dos profissionais na saúde indígena em décadas passadas, acredita-se que o atendimento integral, equânime ao indígena caracteriza-se como um desafio a ser superado nesse modelo de atenção e gestão.

Em relação a população indígena, ela nessa segunda fase da nossa política aqui da tuberculose, que vai ser as comunidades mais específicas. Hoje a regional não tem nada específico em relação a população indígena que temos na nossa região né? Um dos nossos municípios ele tem uma comunidade, nem sei qual é o guarani, não quais são as (...). (GRI).

(...) nós temos que tá tendo, temos que tá realizando alguma política mesmo de controle da tuberculose, adequar essa política mais efetiva é, a nível municipal principalmente né? E nós a nível regional com suporte, lá do município. (GR2).

Gestão É, existe a fragilidade total assim, o sistema tá frágil, né? (PTE3).

Segundo Mendes et al. (2018) mesmo com indicadores de crescimento do financiamento do SASI, e aprovação e execução significativa dos recursos, não é possível averiguar uma melhora proporcional dos indicadores de saúde desses povos (GARNELO, 2012; CARDOZO, 2015; GARNELO, 2015; VERDUM, 2015).

Embora a implementação dessa política não tenha contribuído com o acesso da informação, visto que existe limitação e restrição de dados demográficos e epidemiológicos dos povos indígenas (SOUZA, 2007), é evidente a situação de desigualdade e precariedade dos povos indígenas no Brasil (BRASIL, 2009; BASTA et al., 2012; SHANKLAND, 2012; SOUZA et al., 2010). Alguns autores também denunciam escassez de insumos entre outros recursos materiais, assim como estruturas precárias, complexidade logística e distanciamento geográfico, e alta rotatividade de profissionais. Esses problemas comprometem a assistência diferenciada e transcultural e o fortalecimento da APS.

Nesse sentido, devido aos problemas e fragilidades enfrentados, os profissionais de saúde acabam priorizando atendimentos emergenciais e paliativos (GARNELO, 2012; CARDOZO, 2015; LANGDON, 2016). A esse respeito, Mendes et al. (2018, p.1) afirma que “a superação desses desafios depende do fortalecimento da APS e de seu reconhecimento enquanto importante marco regulador do modelo organizacional da PNASPI”.

Nesta subcategoria, **a Política de Saúde Indígena**, foram enunciados vários discursos sobre aspectos históricos, políticos, estruturais e organizacionais da Saúde Indígena; entretanto, salientamos os desafios por uma atenção alinhada aos princípios do SUS, as dificuldades de integração entre os serviços e ações de saúde, tendo em vista os sistemas distintos de governança e de gestão. Outro fato muito recorrente foram as fragilidades na estrutura operacional, principalmente nos recursos que subsidiam as ações para atenção à saúde dos indígenas. Considerando que atualmente vislumbramos somente a imagem utópica da integralidade e equidade na saúde indígena nesses contextos estudados.

7.1.2.2 Política de controle da tuberculose na população indígena

No controle da tuberculose em população indígena, o Estado e Município atuam de forma complementar e articulada com a SESAI, sendo de responsabilidade da SESAI prover recursos inclusive humanos na figura da EMSI para a APS nas comunidades indígenas próximas de centros urbanos, isoladas e recente contato (BRASIL, 2019).

Em áreas urbanas, a população indígena é assistida no fluxo geral do programa de controle da TB, sendo os Municípios e Estados responsáveis pela atenção à saúde dos povos indígenas conforme modelo de atenção à saúde local e política do SUS (BRASIL, 2019).

Sobre isso, o estudo revela que os profissionais e gestores reconhecem que é assegurado aos indígenas o direito ao acesso aos serviços de saúde para o controle da tuberculose, mas identifica-se também nos discursos que os respondentes entendem que essa população deve ser atendida de forma igualitária à população geral; entretanto, não se reconhece as especificidades inerentes a esse grupo populacional. Discute-se a possibilidade de suporte extrasetorial e uso de estratégias de sensibilização para a implementação das ações proposta na política de controle da tuberculose.

Mas ele tem garantia. Sim ele tem garantia pra inclusive para medicação e tudo mais (...). Todos os exames, óbvio. Não tem diferenciação. E se não tiver fazendo tratamento também vai ser cobrado da mesma forma. Aí quando esgota as nossas, sabe! As nossas possibilidades, que a gente não tem mais condição, não é mais da gente, a gente vai procurar o conselho de saúde lá e vai pra ver o porque que ele abandonou, vai procurar a assistente social pra ir lá na casa, o quê que está acontecendo? Então a gente faz esse trabalho pelo menos cobra do município pra fazer, né? Até promotoria se for o caso, a gente vai pede pra, porque é saúde, né? Daí não pode tá, se for um bacilífero tem que tratar, né? se não for tem que tratar também, mas se ele for bacilífero ele tá colocando toda, em volta dele, né? a adoecer. Então é nesse sentido ai!(GR7).

Ele tem garantia, porque ele é um cidadão. (GR8).

(...) a organização da atenção à TB para a população indígena é igual a população geral. Olha, então a gente assim, como a gente não vem lá em cima pra gente fazer tal coisa, então a gente também eu acho que a gente falha nesse sentido de tomar uma posição e trabalhar exclusivamente com o indígena. (GR7).

Então, a garantia da assistência na população indígena, ela vem desde o início, né? como eu falei, desde a visita domiciliar, da suspeição da TB, né? diagnosticou positivo, é, a equipe já começa a se articular, de que forma ele vai fazer pra adesão daquele paciente, né? porque ele pode pegar vários tipos de paciente, aquele que vai ter uma melhor adesão, aquele que vai ser um pouco mais, vai ter um pouco mais de dificuldade, pra você conseguir que ele faça o

tratamento, né? então é bem intenso, então começa desde o início, que a equipe vai se articular, pra ver de que forma que ele vai atender aquele paciente, né? em cada caso, e vai até a atenção final, que seria o Município e depois o Estado, o município por causa das notificações, o pedido das medicações, fornecimento das medicações para equipe, para que ela possa tá fazendo essa atenção dentro da aldeia, e informa também o estado. Voltou dentro da aldeia, medicação entrou dentro da aldeia, o tratamento é realizado supervisionadamente, para que a adesão do tratamento seja de qualidade e eficiente. (PEnf.4).

A PNASPI deixa explícito as responsabilidades de assistência à saúde dos povos indígenas nas diferentes esfera de gestão considerando suas especificidades e diversidades, adotando normativamente a proposta de atenção diferenciada (BRASIL, 2002).

No contexto da saúde indígena, o PNCT e os Programas Estaduais e Municipais de Controle da Tuberculose participam da execução das ações e atividades desenvolvidas junto aos indígenas de forma complementar e articulada com a SESAI a partir do DSEI. Nesses espaços de articulação são fomentados a elaboração das ações específicas para o controles da TB que contemplem as diversidades socioculturais, históricas, políticas e geográficas dos indígenas (BRASIL, 2019).

Esse paradoxo em torno da PNASPI pode ser verificado nos fluxos de atendimento dos casos de ocorrência da tuberculose e suas formas de acesso aos serviços de saúde, sendo possível conceber que o acesso e oferta de serviços e ações de saúde nos cenários de estudo ocorreram de maneiras diferentes de acordo com a estrutura organizacional do sistema de saúde local e da organização do serviço de saúde indígena no território indígena.

Desde a criação do subsistema em 1999, quando se constituiu os distritos sanitários, a o enfrentamento da tuberculose vem sendo feito pelas equipes de Atenção Primária, não há um serviço específico que promova ações específicas nesse sentido, isso acontece em todo o Brasil (GDI1).

Que não é o médico da epidemiologia, tem que ser da referência, vai que quem tem que atender é o médico lá do território, mas assim, tem o... a maioria dos municípios já tem médico lá da unidade, a maioria, né? [Qual estratégia para a garantia?] A vigilância (...). Na verdade, meu Deus! Porque assim, quando o cidadão, por exemplo, se eu tiver tuberculose eu vou ter o direito a acessar tais e tais exames, né? E se eu fosse indígena a mesma coisa, sabe! Não tem, não tem, ((sorri)) não tem, e no município é assim também. Isso, e na verdade assim quando, a (cita nome do profissional) vem bastante com a gente, a porque lá em tal lugar tem desistências, Nossa! Imediatamente a gente tem que entrar em contato com a Atenção Primária, independente de ser indígena ou não, sabe? E na verdade acho que isso a gente tem feito muito bem, independente de qualquer coisa né? Então e assim, a gente espera que isso seja realidade em todas as regionais. E se for criança então, conselho tutelar, porque é direito violado. A maioria dos municípios não é só a equipe mínima do médico, enfermeiro, geralmente tem o NASF, tem a assistente social, têm psicólogos e eles acabam se envolvendo nesses casos graves, sérios, independentes, né? Então (...). (GR8).

*Então, aqui é desde que eu tô trabalhando na saúde indígena, eu já participei de dois casos, um caso que foi é um caso iniciante mesmo, né? com o tratamento de seis meses, é... acabou se descobrindo pela busca ativa, porque a pessoa acabou emagrecendo no processo, ela não tinha sintoma muita tosse não, e daí foi tratada e tudo, e realmente na época também é como hoje continua, **foi feito com à assistência do município, setor epidemiológico, né? que dá as orientações, né? acompanhada pela, na época, pelo médico sanitário do município, né? aqui e foi tomado todo o tratamento e acompanhamento até finalizar. (PTE1).***

*Então, estou a dois meses aqui, e venho de uma realidade diferente, que é a do Mato Grosso do Sul, lá trabalhava com o município de (...) a gente não tinha apoio de vigilância epidemiologia e a equipe fazia todo o trabalho é toda organização de controle de TB era feita pelo/pela SESAI. **Aqui que me passaram foi uma realidade diferente, que é porque é parte do acompanhamento é feito pela vigilância epidemiologia. (PMed.2).***

Existe uma concepção objetiva e empírica das necessidades de saúde dos indígenas em que não se considera a construção sociocultural das necessidades individuais e coletivas, denunciando uma falta de reconhecimento da cidadania e do estado de direito ao indígena conforme observado no fragmento, ou ainda sugerindo que o indígena não se reconhece como cidadão de estado de direitos que importe mostra as diferentes posições.

Na verdade ela é organizada ao cidadão, né? não é específica do indígena, assim como eu cuido do cidadão vou cuidar do indígena, a busca ativa do sintomático respiratório, deve ser feito à todos! independente de qualquer coisa, né? porque é um cidadão, assim eu acho que não tem nada específico então, deve ser feito assim pro indígena e assim, pra população, pra outra população, não na verdade pelo menos que a gente tem trabalhado, é a organização do cuidado com a população, é independente dele ser indígena ou não. (GR8).

*É eu acho que chega também a essa população, é chegar na população indígena, depende muito também dessa questão da, não só deles estarem sabendo que o nosso papel é o cuidado, né? Eles também têm que entender, então tem que ser, eu acho que é uma via de mão dupla né? A gente tá pra cuidar, estamos aqui pra cuidar, pra fazer, né? (...) e eles entendendo isso eu acho que fica muito mais fácil também. **Saber que é um direito dele também, de ser cuidado, de conseguir fazer um tratamento, então acho que isso é importante, eles é entender ou conhecer que existem políticas, existe tratamento, existem pessoas que também estão pra eles, não é só, não são diferenciados nesse sentido são pessoas, né? Então. É eu acho que é assim, é nós estamos abertos a novas, novos conhecimentos e pra conhecer essa população também né? Às vezes falta tempo, oportunidades, mas é assim, como a gente cuida de qualquer pessoa vulnerável ou não, é nós, esse é o nosso papel de cuidado, de atenção da saúde né? **Fazer essas redes de cuidado mesmo à pessoa com TB, não diferenciando se é vulnerável ou não, indígena ou não, acho que é isso. (GE1)*****

Segundo Beltrão e Oliveira (2012, p. 716),

a noção de cidadania adotada nem sempre inclui o reconhecimento do direito de diferenciação legítimo que garanta a igualdade de condições constituinte de novos campos sociais e políticos que permitam aos povos indígenas ser cidadão pleno sem deixar de ser membro igualmente pleno de suas respectivas sociedades

[ou seja, usufruir de seus direitos perante o estado, ser um cidadão pleno sem deixar de ser indígena].

Embora a cidadania plena dos indígenas seja assegurada por garantias constitucionais, existem contradições e confrontações nos espaços de emancipação e afirmações emancipatórias (MARÉS, 2009; BELTRÃO; OLIVEIRA, 2012).

As garantias constitucionais asseguram a proteção e promoção da diversidade cultural, pluralismo jurídico e autonomia política; entretanto, buscam manter a cultura diferenciada em contexto de hegemonia cultural nacional nos espaços sociais, o que representa uma contradição ao sentido da tradução intercultural nesses espaços (BELTRÃO; OLIVEIRA, 2012).

As confrontações podem ser verificadas a partir efeitos da aplicabilidade das normativas nos contextos sociais, políticos e jurídicos, mediados por uma legislação democrática onde a sociedade tem o entendimento dominante de diversidade como sendo uma desigualdade (BELTRÃO; OLIVEIRA, 2012).

A cidadania, enquanto conjunto de direitos legitimados por determinada comunidade política, quando compreendida pelos valores liberais do nacionalismo – de direitos e deveres comuns a determinados indivíduos que partilham (supostamente) os mesmos símbolos e valores nacionais – e soberania estatal – de apropriação do tempo e do território aos ditames do poder central do Estado, fruto da reivindicação da soberania como instrumento de unificação do tempo-espaço e controle sobre os distintos grupos sociais – encontra limitações que não favorecem aos povos indígenas e que terminam, por vezes, produzindo a emergência de conflitos entre indígenas e não-indígenas em face de interpretações que comprometem os direitos coletivos dos povos indígenas (BELTRÃO; OLIVEIRA, 2012, p.716).

Nesse sentido, embora a Constituição defenda a pluralidade de direitos, as normas constitucionais são orientadas por preceitos formais que na prática acabam reproduzindo diferenças (BELTRÃO; OLIVEIRA, 2012).

A organização do plano de trabalho e ações para o controle da TB em indígenas apresenta como diferencial o plano distrital de saúde indígena, sugerindo poucas iniciativas voltadas à assistência singular na rede de atenção ao indígena. O antagonismo entre a falta de discriminação positiva e a perspectiva cultural, a rotatividade nos cargos de gestão, reorganização dos serviços, viabiliza arranjos funcionalistas e aumenta as iniquidades em saúde no controle da tuberculose.

(...) inicialmente a gente segue o programa nacional de controle da tuberculose né? Com as metas que tem lá, mais depois, né? A gente, como o distrito tem um plano, que gente, chama de plano distrital' é de saúde indígena, a gente faz um

recorte desse plano nacional, né? E modifica um pouco as metas, né? Baseado um pouco na realidade das populações indígena, então a gente segue as metas do plano distrital de saúde indígena. (GD12).

Na verdade, aqui nós não temos nada específico para a saúde indígena direcionado a TB na saúde indígena, então o atendimento da saúde indígena é o mesmo dos demais das demais camadas da população. (GM8).

A organização da tuberculose, ela tá voltada de forma geral para o público né? Tanto na prevenção, quanto na ação, né? de assistência a tuberculose, não vejo que tenha uma ação específica ainda para essa população indígena, né? É nós estamos organizando a tuberculose nossa regional, é como eu até tinha falado, antes dessa entrevista, nós estamos com uma atividade essa semana, né? da sensibilização regional de tuberculose, então a gente é está organizando atividade de tuberculose de forma geral, é, e em específico nós vamos trabalhar em pequenos grupos daí, com as demandas que for necessário. Uma delas são as doenças em geral né? as comorbidades em geral, e os públicos específicos, que daí entraria além da questão indígena, sistema prisional, diabetes, cada grupo que teria necessidades de ampliar a as ações, e a questão do indígena nos chama atenção, até porque (...) teve óbito de criança, a gente teve óbito de uma outra indígena agora recente também né? relacionado a tuberculose, que a gente tá ainda investigando alguns detalhes sobre isso. Recebemos recentemente pedidos para fazer mais investigação sobre esse caso, visto que ela passou por vários setores, né? vários locais, (cita o nome do município) é um deles, né? o outro é aqui na nossa cidade, tanto em (cita outro município) quanto na cidade próxima que é (cita outro município)(GR2).

(...) a gente passou por uma situação de mudança da coordenação Estadual, depois mudança da coordenação regional, e a reorganização do serviço no município sede que é (cita um município), ele tem uma própria referência e contra referência, o consórcio fazendo os demais municípios. (GR1).

O PNCT orienta práticas sanitárias exclusivas para a população em consideração à sua vulnerabilidade; nesse sentido, “o risco de adoecimento por tuberculose nas populações indígenas é três vezes maior em comparação com a população em geral” (BRASIL, 2019, p. 29).

Existe uma diferenciação entre o indígena e a sociedade geral que possivelmente pode estar passando despercebida devido a ausência de sinais diacríticos referentes à identidade indígena, e de certa maneira tem influenciado a conduta dos profissionais de saúde a não verem como necessária a adequação cultural das ações e serviços de saúde aos indígenas (LANGDON; DIEHL, 2015).

Em termos de qualidade e interculturalidade da assistência à saúde do indígena, existem documentos nacionais e internacionais que estabelecem e reforçam o devido atendimento orientado para as especificidades culturais dos indígenas, inclusive a articulação e respeito com o conhecimento, medicina e práticas tradicionais dos indígenas; no entanto, a realidade se mostra paradoxal quando analisado projetos de medicina

tradicional, vislumbrando dispersão entre as fronteiras étnicas (FOLLÉR, 2004; FERREIRA, 2013; LANGDON, 2013). Segundo o estudo de Diehl e Langdon (2015, p. 232),

os contextos políticos e de gestão refletem em uma organização local (...) compromete as relações de trabalho e a dinâmica de prestação de serviços. A execução das ações e serviços de saúde e a participação social, seguindo práticas desarticuladas com as realidades locais, impõem obstáculos à viabilização das diretrizes básicas do Subsistema.

Similarmente nesse estudo, os profissionais reconhecem a interculturalidade, as necessidades humanas subjetivas e culturais do indígena conforme os discursos anteriores, mas suas ações para o controle e atenção à TB continuam seguindo orientações gerais conforme instituído em protocolo nacional ou municipal, sem adição de adaptações que alvejam a singularidade do cuidado do indígena em sua vulnerabilidade e modos de vida, sugerindo *um fazer* orientado para a igualdade em detrimento a equidade das ações. Essa assertiva pode ser verificada nos discursos dos respondentes quando questionados sobre a existência de protocolos específicos para o controle da TB em indígenas, os discursos são unânimes.

(...), é o mesmo do Ministério da Saúde que é usado tanto para as outras populações, é usado na população indígena. (PEnf.5).

Diferente do nosso, não. (GR1.)

Eu não tenho conhecimento. (GR7).

Pelo meu conhecimento não tem protocolo específico. (PTE1).

Não. Não, porque a gente usa o protocolo do município, pra essas doenças, tuberculose, hanseníase, a gente segue o protocolo do município. (PEnf.1).

No nosso serviço não existem protocolos específicos. (GM8).

(...) resumidamente nós não temos e vamos ter que incluir na nossa lista de prioridades essa questão específica do indígena, não só porque a gente tem um município que tem um aldeamento ou uma aldeia, mas porque nós temos, somos uma referência. (GR1).

O próprio manual de controle da TB propõe *ações estratégicas para situações e populações especiais* (BRASIL, 2019). Nesse contexto, o indígena é contemplado com recomendações de ações e práticas sanitárias orientadas para suas singularidades:

diversidade geográfica, étnica, social, cultural, política e histórica (BRASIL, 2019), salientando a importância da integração das ações entre PMCT, PECT e os DSEI “para o desenvolvimento do planejamento conjunto conforme a realidade local”, e que considere suas diversidades reconhecendo o direito dos indígenas à sua saúde e à sua cultura (BRASIL, 2019, p.251).

Nas fases de manutenção e expansão da política de atenção à TB, a interdisciplinaridade foi reconhecida como essencial para o controle da TB e aproximação da realidade local. A sensibilização e trabalho com pequenos grupos também aparece como estratégias de trabalho exitosas, evidenciando que essas táticas demonstram-se favoráveis principalmente para o diagnóstico local nas diferentes realidades organizativas e territoriais. No contexto da sensibilização, nota-se o reconhecimento da necessidade de haver processos educacionais que promovam a compreensão do adoecimento a partir das singularidades das populações.

*A gente acha que tá ruim ((risos)). Olha a nossa TB aqui na regional teve várias, várias passagens, é, eu já tinha sido coordenadora depois que saí da regional, fui atuar na área hospitalar, depois voltei. Então, **mas foi legal que umas das coordenadoras regionais foi uma assistente social, e ela teve uma visão diferente do programa né? O médico tem uma visão, enfermeiro tem outra, assistente social outro, se tiver um bioquímico é outra, sabe você olha de uma um pouco diferente. E essa assistente social, ela fez uma supervisão, ela bolou, que ela viu, adaptou um questionário e ela visitou os 25 municípios, conversando com os médicos, ela queria saber o médico que atendia a tuberculose naquele município. Então ela encontrou mesas que tinham vidro, aqui na frente, pro médico não se contaminar, né? Uma coisa mais antiga, ela encontrou município que ninguém atendia, tossia mandam pra (cita um município), ela encontrou município que tinha uma organização bem legal, ela encontrou município que tá, fazia entregava medicamento pro paciente, ela fez 25 visitas, e depois quando eu fui, quando eu retornei pra (cita o município), eu fiz isso foi muito interessante você conversar com os municípios. Cada município dá um jeitinho de cuidar do paciente, agora eles, é porque foi assim, foi estabelecidos eles mandavam o paciente, primeiro fazia o diagnóstico em Cascavel e tratava lá, e daí ele vinha a cada dois, três meses ou quando ele piorava, então na época da alta, o médico daqui que dava alta. Então assim, né? Não tinha muito vínculo com o paciente, então cada, cada época é uma, é uma visão um pouco diferente, no momento atual vai ser. No momento atual a gente está com uma proposta de reorganizar de novo, insistindo, não é desistindo (GRI).***

E aí é não é só pro índio, os nossos pacientes comuns também, entender o que que é essa doença, essa conversa que está sendo feita com ele. Ele não é obrigado a saber de enfermagem, de medicina, ou das questões de saúde como nós sabemos né? Mas a gente tem obrigação de passar pra eles essa informação, então em relação a inovação é também é isso que a gente precisa pensar, em termos de garantia da assistência, nós temos a garantia, a gente tem que manter esse paciente no tratamento. (GRI)

Acredita-se que nas condições crônicas de saúde a mudança de comportamentos

somente é possível a partir processos educacionais potentes oferecidos aos usuários dos serviços de saúde (educação em saúde) e aos profissionais (educação permanente) (MENDES, 2011). Sobretudo valorizar os indivíduos e seus conhecimentos a priori, visto que as pessoas não são tábuas rasas, mas detêm conhecimentos, os quais devem ser explorados num modelo de educação emancipadora e problematizadora, o que atribui significados e subsidia o desenvolvimento pleno do homem como agente de transformação consciente do seu fazer (FREIRE, 2003; 2014; CONTERNO; LOPES, 2013). Sumariamente, a educação em saúde e o trabalho em saúde são indissociáveis, “um produz o outro” (MERHY, 2005, p. 172), pois os “profissionais de saúde devem ser permanentemente educados” (MENDES, 2011, p. 223) ou sensibilizados.

Em relação às adequações ou inovações realizadas para a efetivação da transferência de políticas de controle da TB na população indígena, observa-se discursos ambíguos. Alguns profissionais reconhecem as formas de diagnóstico, tratamento, articulação e grupo de trabalho como inovador, outros profissionais não vislumbram inovações e nem potencialidade na atenção à TB para o indígena e desconhecem a existência de alguma ação exitosa em nível local.

. (...) Eu acho que a adequação, a inovação então foi o DSEI realizar este evento distrital, envolvendo ali médicos e enfermeiros de todo o distrito e também alguns representantes das regionais. Foi realizar esse evento distrital de tuberculose, justamente pra além de detalhar ali, de estudar, de debater os protocolos nacionais, também debater todas as especificidades que as equipes ali na prática do cotidiano acabam enfrentando. Eu citaria essa, essa inovação, essa iniciativa do DSEI, de promover esse evento de educação permanente, além desse as equipes participam de outros eventos, também promovidos por outras instituições no município, na SESA, sempre tão ali participando de eventos de qualificação que são promovidos por outro entes federados também. (GD1).

Eu vejo que, quanto inovação, é o nosso Grupo Técnico, Grupo Técnico regional de tuberculose, é uma inovação né? porque a gente criou isso. (GR2).

Me abstenho, não, desconheço de inovações ou adequações realizadas. Essa eu me abstenho, porque eu não tenho, realmente não tenho nenhum conhecimento de adequações, e ou inovações que tenham feitas, né? nesses últimos anos. (GR3).

Eu acho que aí entra mais o município que faz junto com eles né? aí eu acho que entra aquilo que (...) é mais específico local. (...) Bom, aqui nós temos uma, hoje nós temos uma tecnologia já bem avançada, né? Nós temos a nossa referência do Estado que hoje é o hospital da Lapa. É: nós conseguimos internar os indígenas, quando há necessidade ela é referenciada a como uma unidade de receber o paciente por livre espontânea vontade dele, para um acompanhamento pelo período de tratamento. Então hoje nós temos esse hospital, também temos um e-mail como a telemedicina, pode ser discutido os casos, às vezes até nem precisa sair da aldeia e pode discutir através da

tecnologia usada [isso é uma inovação] é uma inovação, então nós não temos dificuldade em termos disso, e tem até um exemplo né, nós tivemos muitos indígenas já internado lá e que saíram lá com cura. (GR4).

a gente teve uma experiência junto com o polo base, e com a coordenação estadual da dos polos de atenção a população indígena. E a gente fez uma atividade, inclusive nós fomos, participamos dessa atividade que é fazer a busca ativa mesmo, né? dessa população onde foi feito quase 150 PPDs, (...) foi feito bastante, dá para gente buscar sintomáticos, e possíveis portadores da tuberculose mesmo não sendo, é, sintomáticos respiratórios, mas foi feito uma triagem, então acredito que é uma inovação. (GR5).

(...) a tuberculose também foi historicamente uma doença de exclusão, aí fala pra mim porque que tem que ser separado, não! É lá equipe se precisar da referência especializada ele vai ali, eu acho que isso é uma inovação que tá a caminho, ela não tá pronta e perfeita de jeito, de jeito nenhum. (...) Outra questão inovadora que eu acho, foi incluir a tuberculose, que o Paraná tem a tutoria, né? que é uma ação bem inovadora do Estado assim pra melhorar a Atenção Primária, e o cuidado com TB na Atenção Primária é um dos itens, que eu acho que foi bem bacana, e a busca dos sintomáticos, então eu acho que é inovador, na verdade assim, se for pra mudar e melhorar a Atenção Primária, que seja em tudo né. (GR8).

Inovações, o que a gente pede bastante é a procura dos sintomáticos, né? Essa que a gente mais faz, é questão de procura. A gente vai, como faz pouco, a gente vai sim, tá entrando numa, fazer alguma inovação alguma coisa nessa área. A gente já tava pensando nesse contexto todo, pra tá fazendo algo direcionado pra lá. (GM2).

Nenhum, não tem nada. Ah, mais aqui também tem o teste rápido molecular, última vez que eu estive ali, que eu não tava conseguindo fazer a pesquisa de BAAR, ela me ofereceu (PEnf.6).

Nesta subcategoria, **a política de controle da TB na população indígena**, os depoentes enunciaram discursos que contribuem com a perspectiva de modelo hegemônico de saúde destoante dos objetivos da RAS. Do ponto de vista das diversidades do indígena e interculturalidade, na RAS as atividades de atenção à TB se organizam em torno da igualdade das ações e oferta de serviços em detrimento da equidade. Considerando que se trata de uma população singular, tanto no contexto econômico quanto cultural, social e epidemiológico, diferentemente do desejável, não foi possível observar estratégias de controle da tuberculose inovadoras nesses cenários de estudo.

Outro aspecto evidenciado entre linhas sugere a carência de investimentos em recursos humanos principalmente na Educação Permanente (EP) e valorização dos profissionais na Atenção à Saúde Indígena. Mediante os discursos, o preparo do profissional para o adentramento em espaços culturalmente singulares se faz fundamental, acredita-se que atenção especial deve ser dada às EMSI e estendida aos demais profissionais da RAS emergidos em cenários que prestam assistência de baixa, média e alta

complexidade aos indígenas. Essa realidade enfrentada pelos povos indígenas sugere a necessidade de investimento em estratégias pontuais e em metas a curto, médio e longo prazo.

7.1.2 Os serviços de saúde no controle da tuberculose na população indígena

Os serviços de saúde no controle da TB na população indígena são organizados por arranjos singulares conforme os diferentes cenários do estudo. Para analisar essa segunda categoria, recorreremos inicialmente à contextualização das *ações de vigilância em saúde no controle da TB*, seguido da *organização das práticas sanitárias no controle da TB*, *descentralização dos serviços de saúde no controle da TB*, *articulação intersetorial e intrasetorial na atenção à saúde do indígena*, *integração dos serviços e profissionais de saúde no controle da TB*, *comunicação no processo de trabalho no controle da TB* e *recursos orçamentários, materiais e a infraestrutura no controle da TB*. Mediante discursos intencionamos contextualizar os serviços de saúde no controle da tuberculose e apresentar um panorama geral do cenário de estudo.

7.1.2.1. A organização das ações de vigilância em saúde no controle da tuberculose

Os gestores reconhecem que a vigilância em saúde faz parte do escopo de atribuições dos profissionais que prestam assistência dentro das aldeias, mas existe uma atenção especial da categoria enfermagem nesse quesito. Conforme os enunciados abaixo, existe também a concepção de que a vigilância em saúde deve ser realizada pelas equipes de saúde. Essa proposição corrobora com as orientações propostas pelas políticas de saúde, em especial pela PNASPI, visto que a EMSI assume um papel central no cuidado da saúde nas comunidades indígenas (BRASIL, 2002).

[Vigilância em Saúde]. A vigilância deve ser realizada pelas equipes de saúde. (GR7).

Da vigilância em saúde (...), agora lá da reserva tem três enfermeiros, é 11 acho que é 11 técnicos de enfermagem. E que dentro desses enfermeiros tem uma enfermeira que é indígena, as outras duas são brancas (GM7).

(...) todo mundo faz a vigilância dentro da aldeia, toda a equipe faz essa vigilância, entendeu? O foco é mais na enfermagem! Mas isso, já tem um entendimento na equipe que tem esse contexto, né? Interdisciplinar. [As equipes reportam a vocês da SESAI?] Isso, mensalmente eu recebo uma planilha, essas

planilhas, elas até, assim, não é mais cobrado pra gente de Brasília, já que gente em um sistema de informação, mas a gente continua fazendo isso, né? aquele trabalho do livro verde”, entendeu? É, a planilha do excel ela é praticamente um recorte daquele livro, eles colocam ali, os sintomáticos respiratório que foram identificados naquele mês, o caso que foi identificado, a lista dos, todos seus contatos, e tudo que foi feito e vai ser feito com aqueles contatos, de exame de busca, de, pra ver se encontra. (GD12).

Como se constitui as equipes para o desenvolvimento das ações de vigilância? Na verdade assim, a vigilância em saúde ela responsabilidade de todos, de todos mesmo, e, quando a gente discute agora a questão da integração vigilância e Atenção Primária, assim se discute muito a questão do território da dengue, não sei o que mais. É, a vigilância feita por todos, por exemplo, a equipe indígena, ela faz a vigilância quando ela sabe, (...) Quem são os sintomáticos respiratórios! Isso é fazer vigilância em saúde, é você conhecer o seu território e saber e a equipe da unidade de saúde também, faz a vigilância quando ela conhece a sua população e sabe o que acontece lá, e sabe onde ela deve intervir, é, vai muito além da notificação, né? (GR8).

[Equipes que desenvolvem as ações de vigilância em saúde]. A equipe de saúde do município e do SESAI. (...) na verdade quem mais atua é a equipe SESAI nas aldeias no desenvolvimento de vigilância à saúde. Na verdade assim, não posso falar muito do trabalho deles porque eu não tô, quase não acompanho, mas quando tem um caso confirmado ou suspeito o que eles fazem busca ativa desses contatos próximos (GM8).

Entende-se que mesmo com todas as dificuldades evidenciadas no contexto da saúde indígena, a enfermagem se apresenta protagonista nos serviços de saúde e atuante, canalizando os esforços, criatividade para superar as barreiras étnicas, culturais, geográficas, linguística e de comunicação com objetivo de assistir os indivíduos dentro de suas peculiaridades (MARTINELLI et al., 2012).

Em termos de equipes de vigilância em saúde, existe a proposição de uma equipe mínima que geralmente é definida pelo município, mas a vigilância em TB geralmente é direcionada ao profissional enfermeiro da vigilância epidemiológica.

Sim, sim, geralmente nos municípios o que temos observado, é que existe uma/un profissional enfermeiro de vigilância epidemiológica, né? Mas como sua pergunta diz a respeito da vigilância em saúde!, Vigilância em saúde é muito abrangente! Engloba vigilância sanitária, ambiental, né? Então a gente tem profissionais de nível médio também, são os técnicos, né? Técnicos em endemias, né? Mas geralmente, em se tratando da tuberculose, nós nos comunicamos muito com os enfermeiros responsáveis pela vigilância epidemiológica. (GE2).

[Vigilância epidemiológica]. Hoje ela tá em precária, temos um médico uma enfermeira é uma técnica de enfermagem que faz essa parte de tuberculose no município, que é o pessoal da epidemiologia. (GM4).

a vigilância em saúde ela é composta pela vigilância epidemiológica, que é por um enfermeiro, que sou eu, e a vigilância sanitária, que se divide em saúde do trabalhador, as questões dos vetores de endemias, e eu acho que é isso, então, só

que nós não trabalhamos /no mesmo local, aqui fica a vigilância epidemiológica eles tem outro setor da vigilância epidemiológica, mas hoje a gente trabalha muito junto, então qualquer notificação, independente de tuberculose, já se comunica, avisa, pra eles estarem fazendo os trabalhos juntos, né? (GM5).

[Como se constituem as equipes para o desenvolvimento das ações de vigilância em saúde aqui no município?] Assim, nós temos na epidemia um enfermeiro, né? Que sou eu, na sanitária tem um biólogo e uma veterinária, saúde do Trabalhador gente tá com o pessoal da sanitária, e eu dando suporte, né? Nessa, trabalhador. E meio ambiente daí tem o coordenador do PNCD, que o da dengue, mais 2 agentes de endemias. E ele faz, e o sanitária também intermédio deste do meio ambiente, aí no caso as outras questões, a não ser da dengue que é ações específicas dos três agentes daí. (GM6).

Assim, dos municípios menores pelo o que eu sei é tem um enfermeira, que ela faz o cuidado da Atenção Básica, da Atenção Primária, e também da Vigilância Epidemiológica. E o digitador, ela faz as duas funções e tem a função do digitador. Nos municípios conforme o município é maior aí você tem, agrega mais, muitas vezes aí ela só faz a epidemiologia e não faz a Atenção Primária, e consegue dividir, né? É, já (cita o município) tem a sua equipe específica de Vigilância Epidemiológica, pra fazer cada um com seus agravos, cada um, né? de uma forma bem mais estruturada, então a constituição da equipe vai depender muitas vezes do tamanho do município, capacidade de conseguir contratar mais profissionais. (GR2).

Nota-se que existe uma grande representatividade da enfermagem nesses espaços similarmente aos achados de Martinelli et al., (2012) e Cunha et al., (2015).

Nesse sentido, em coerência com a Portaria 648/GM/2006 do MS, que trata das atribuições do enfermeiro (a) no atendimento às demandas e necessidades da população e do SUS, o enfermeiro tem assumido papel de destaque no protagonismo da enfermagem no contexto da produção de cuidados nos serviços de saúde. Cabe enfatizar que a prática gerencial do enfermeiro demanda várias ações, incluindo os processos educacionais (SILVA; ASSIS; SANTOS, 2017).

Vale informar que no contexto da vigilância epidemiológica em outros contextos, tem-se observado que a composição dos membros do PCT bastante variada em termos de quantidade e categoria profissional, nesse sentido os municípios de pequeno porte ou de restrita estrutura organizacional geralmente tem um profissional que realiza todas as atividades; já “os municípios de maior porte ou melhor organização incluíam outros médicos e enfermeiros, bem como técnicos de enfermagem, administrativos (digitadores) e de laboratório” (CUNHA et al., 2015, p. 254).

Nos casos dos serviços centralizados para o controle da TB, os profissionais denunciam déficit de recursos humanos nesses serviços, pois contam com equipe reduzida, com desvio de função, o que impõe desafios à realização da vigilância epidemiológica e da

atenção à saúde do indígena e população geral. Nota-se também a integração entre os diferentes segmentos, fato que potencializa as ações de vigilância em saúde.

Olha na verdade a gente tá reestruturando a epidemiologia do município. Hoje nós nos encontramos com um déficit de funcionários, mas a partir do mês que vem, é pra gente aumentar nosso quadro de funcionários, daí novas diretrizes pra todos os departamentos da epidemio. A epidemiologia do município vai estar mudando pra melhor atender a nossa população e os indígenas entram nessa população. (GM4).

(...) mas tem a epidemiologias, né? que geralmente aí, assim, falta muita gente. [Acaba sendo um grupo mais seletivo] Super seletivo. Uma, duas pessoas, né? geralmente enfermeiro, onde tem médico por exemplo, nossa! Guaíra tinha, não sei se tem ainda. Marechal eu sei que tem, mais a maioria é o enfermeiro, Palotina tem enfermeiro, assistente social, assim que é exceção, mas geralmente é um enfermeiro, um técnico, pra ajudar um administrativo (GR8)..

Os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde são similarmente reconhecidos em diferentes espaços e serviços de saúde no contexto internacional e nacional (SCHERER et al., 2018; ASSUNÇÃO; BRITO, 2016).

De maneira pontual a precarização e sobrecarga de trabalho tem alcançado diferentes categorias profissionais e espaços de saúde no âmbito do trabalho em saúde no SUS (ASSUNÇÃO; BRITO, 2016; MACHADO; XIMENES-NETO, 2018). No contexto das equipes que realizam ações do PCT, a insuficiência de recursos humanos e a frágil estrutura para a realização das atividades do PCT têm sido observadas em diferentes municípios da região sudoeste (CUNHA et al., 2015).

Nesse contexto, a enfermagem têm provado de maneira intensa os reflexos dos desajustes entre os recursos humanos providos e a demanda encontrada nos diferentes segmentos da saúde (MACHADO; XIMENES-NETO, 2018; SILVA; MACHADO, 2020).

Algumas estratégias e iniciativas têm sido realizadas para o fortalecimento e qualificação das ações de vigilância em saúde. Sobre isso, a gestão cita o VigiaSUS, esse programa estadual representou a possibilidade de estruturação e reorganização das equipes para a vigilância epidemiológica, avanços nas notificações e melhoria das condições de trabalho, com investimentos nas estruturas e meios de locomoção (PARANÁ, [2020d]). Entretanto, o profissional depoente reconhece que essa iniciativa não alcançou muitos êxitos.

Então, equipes, acho que isso ainda tem que avançar, e daí por isso que o Paraná pensou no VigiaSUS, sabe! pra ir repassando dinheiro pra reorganização dessas equipes, né? tanto pra melhorar a questão da notificação

em si, como pra melhorar a estrutura, carro essas coisa, como pra melhorar a equipe, mas não deu muito certo ((ri)) E daí a gente fica pensando olhando pro Estado, né? por exemplo, ali na pergunta anterior das equipes. Porque aqui na própria Regional, nossa! ((risos)) (GR8).

O fragmento, porque aqui na própria Regional, nossa! reafirma a dificuldades constantes em relação aos recursos humanos e estruturação das equipes de vigilância em saúde, sugerindo entraves na provisão desse recurso. Acredita-se que essa necessidade de recursos humanos, quer seja por substituição, rotatividade ou déficit de recursos humanos traz prejuízos consideráveis ao programa de controle da TB, pois, para manter o programa são necessários profissionais treinados (CUNHA et al., 2015). Nesse sentido, “por mais que sejam realizadas capacitações, nunca são suficientes, e se perpetua a necessidade de treinamento para os profissionais de saúde” (CUNHA et al., 2015, p. 258).

Outros pontos que comprometem o trabalho das equipes de saúde e de vigilância epidemiológica são os desafios do trabalho multidisciplinar, a falta de conhecimento de causa em algumas regiões. Sobre isso os profissionais e gestores reconhecem a importância da integração dos serviços e do trabalho multidisciplinar.

É, na verdade assim, a questão da, que trabalhar uma equipe multi assim é bem, é bem desafiador, assim, pra todo mundo. Assim, a nossa formação, eu acho que todas as (...). Acho que cada um com o seu conhecimento, mas assim, em equipe rende mais. Assim quando você olha pra grandeza do ser humano, nunca uma profissão vai da conta sozinho? Não adianta. Eu sou formada na UNIOESTE também, mas eu sempre falo, meu! Como ninguém é formado pra trabalhar sozinho! (GR8).

Sobre isso, o trabalho multidisciplinar e interdisciplinar tem enfrentado várias dificuldades na sua efetivação, esses impasses têm sido gerados a partir de modelos fragmentados de atenção à saúde, de processos formativos disciplinares e especializados e da própria estruturação do trabalho em saúde, contrapondo a integralidade como pilar de sustentação da atenção à saúde no SUS (GELBCKE; MATOS; SALLUM, 2012).

Um dos principais desafios recorrentes no trabalho multidisciplinar está na relação interpessoal em saúde, seguido da superação das micropolíticas de poder estabelecidas nesses espaços (CECÍLIO, 1999; MACEDO, 2007).

De maneira geral, a forma como esses profissionais se organizam, “esbarra-se em hierarquias, hegemonias e premissas de liberdade e autonomia do médico”, ou seja, o próprio modelo de trabalho multiprofissional gera conflitos nos ambientes de trabalho, no sentido de conferir maior ou plena autonomia a determinada categoria profissional em

detrimento às demais categorias, as quais assumem configurações hierarquizadas, presumindo níveis de subordinação e insatisfação dos profissionais (MACEDO, 2007).

Embora esse modelo seja intrínseco, é evidente a necessidade de horizontalizar as relações. Uma estratégia interessante é a criação de mecanismos para a abordagem desses conflitos em espaços encorajados, constituídos e mantidos pelos gestores. É preciso investir nos processos formativos profissionais e de educação permanente, visto que o conhecimento fragmentado tem se mostrado insuficiente para o cuidado integral (GELBCKE; MATOS; SALLUM, 2012). Segundo Macedo (2007, p. 39), o

enfrentamento permanente das dificuldades e problemas do cotidiano [pode ser considerado] a força motriz para a produção de cuidados em saúde. Ou seja, o autocuidado e o cuidado com os outros acontecendo permanentemente e incessantemente.

Cabe salientar que no contexto da educação continuada, a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), tem se mostrado com uma opção eficaz para a interlocução entre as diferentes práticas profissionais e núcleo de saberes (GUERRA; COSTA, 2017), aspecto que pode colaborar sobremaneira com o trabalho de equipes que apresentam cenários de trabalhos culturalmente distintos e singulares como no caso as equipes de saúde indígena.

Considerando a equipe de trabalho como um espaço singular onde a geração de conflitos é permanente, reitera-se a necessidade de pensar estratégias para melhorar as condições de trabalho e satisfação profissional, assistência prestada, mudança na vida organizacional. No entanto, não devemos ser simplistas, pois “mudança só se faz às custas de processos; processos só são possíveis com indivíduos motivados e direcionados para as mudanças” (MACEDO, 2007, p. 40).

Dentro da organização das ações de vigilância em saúde no controle da TB, a capacitação se apresenta como uma questão crucial, verticalizada, hierárquica e muito relacionada a situações pontuais.

É assim a organização em termos de Regional, nós recebemos a orientação através do Estado e nós sempre temos reuniões técnicas com os coordenadores nos municípios e principalmente é o coordenador da região que tem o município onde há aldeia indígena. Então, ele, tudo que nós recebemos de orientação através do Ministério da Saúde e o Estado, a gente transfere para eles com reuniões técnicas e cursos. (GR4).

É, na verdade assim, a nível regional a gente não tem algo específico, né? a gente faz como protocolo ele é o mesmo, né? Para o branco ou para o índio,

então a capacitação ela é a mesma, tá? A gente sempre tá passando pra responsável do polo é sempre convidada, sempre que a gente tem uma capacitação, algo novo vem o responsável pelo polo, e daí eles vão seguir uma capacitação dentro do polo, né? Eles têm a forma de descentralização das informações, que é uma gestão deles, né? Da empresa que vai ter que cuidar da saúde indígena. É a questão dos municípios a gente passa capacitação numa forma geral, e a gente sabe que existe também essa comunicação entre o município e a empresa que cuida da saúde indígena. (GR5).

Nós temos também essa de tá repassando para eles, alguns casos quando tem alguma dúvida, alguma dificuldade a gente procura esclarecer, né? alguma coisa que a gente não tenha ciência a gente procura o nível central, tá esclarecendo para poder tá tirando as dúvidas, né? E auxiliando na forma como eles solicitam, mas (...) tem que ser, (...) casos, tratamento, tudo descentralizado para os municípios mesmo (GR6).

Mas eu acho que a tuberculose, é um dos assuntos assim, que tá sendo um pouco deixado de lado. Não sei se as pessoas estão se acostumando com o assunto, mas nossa regional é muito pouco! A gente recebe um convite, agora que tem um convite pra falar. O ano passado teve um vai ter um plano, uma linha guia da tuberculose, é isso que foi falado o ano passado. Eu acho muito pouco comentado, articulado, cobrado, é, até capacitado a gente em relação à tuberculose. É, ela falou que iria existir essa linha guia e que existe um plano para erradicação da tuberculose, e ela falou assim, que ainda não estruturou essa linha guia, mais que o próximo assunto em relação à tuberculose era isso. São reuniões, não têm periodicidade, não tem. (GM3).

(...) treinamentos específicos, quando, são oferecidos esses treinamentos na nossa regional de saúde, geralmente vai o coordenador do programa, é oferecido então pro responsável, pela Atenção Primária, e oferecido também pros médicos. Após a gente, muitas vezes ter feito esse treinamento, ou qualquer coisa que venha surgindo, a gente reúne a equipe e é repassado pra equipe também, da mesma forma que nos repassam, a gente também repassa, e quando tem um caso, também, ou alguma coisa próxima, nos municípios em torno, a gente também reuni com a equipe pra eles terem sempre, é, informados, né? Quanto a situação, e se mudou alguma coisa, e também por eles está, muitas vezes, na frente, na linha de frente, né? Pra eles poderem perceber, muitas vezes eu vejo que, eles recorrem já pra epidemia, vem pra nós pra aí, "olha, aquele lá tá com uma tosse estranha!", "ah, tá, emagreceu!" enfim, eles têm essa percepção de que alguma coisa não tá legal com aquele paciente. (GM5).

Entendemos que nesse quesito os desafios são postos tanto para profissionais quanto para os gestores responsáveis pelas capacitações e treinamentos dos recursos humanos, sendo necessário o planejamento dessas atividades educativas e, sobretudo, repensar estratégias a fim de garantir as práticas educativas. Nesse sentido,

“a educação permanente para os profissionais de saúde exige uma mudança estrutural nas organizações de saúde que devem colocar a atualização permanente de seus profissionais como o principal investimento nos seus ativos. Essa organização, conseqüentemente, deve prover os recursos financeiros e os meios educacionais necessários para alcançar tal objetivo” (MENDES, 2011, p. 395).

Os discursos denunciam a inexistência de uma programação periódica de

capacitação e treinamentos em TB para os profissionais, serviços e usuários.

É, a questão da capacitação, que os nossos enfermeiros, que, geralmente o carro chefe da equipe é o enfermeiro, né? Foram capacitados dentro do programa, né? E na questão do tratamento, da busca ativa, da coleta adequada, do BAAR, né? do escarro, pra o trabalho em equipe, onde eles podem tá usando o agente indígena de saúde nesta busca ativa, neste tratamento também, né? Todos foram treinados, com exceção de alguns que entraram já, recentemente, mas posso dizer que mais de 90% das nossas equipes são treinadas pra fazer esse, esse tratamento, essa, toda essa busca de algum caso. Assim, eles foram treinados, eles seguem um plano de ação, né? de metas também, basicamente é isso (...).(…) nesse plano de ação também está inserido capacitação, a gente vai pra área pra fazer educação e saúde junto com eles, algumas atividades de educação e saúde com as comunidades (...) as nossas equipes elas são treinadas, todas elas receberam capacitação, né? É, nós estamos em, mais de 90% dos nossos profissionais, eles estão treinados. Essas capacitações elas ocorrem periodicamente, a gente não tem, é, não é anual, não é anual, né? Por exemplo, no momento a gente não tem uma demanda para organizar um treinamento, porque a gente fez de certo modo recentemente, a menos de dois anos a gente capacitou as equipes. Mas como o nosso plano distrital ele é feito para quatro anos, por exemplo, então a gente já coloca pelo menos a cada dois anos a gente possa tá trazendo esses profissionais pra serem capacitados, por conta das novidades, modificações que ocorrem, né? Dentro do próprio programa nacional. No caso de IC alta inclui a comunidade, faz se educação em saúde. Por exemplo, se eu tenho uma área, tenho uma incidência maior de tuberculose, aí, independente daquela equipe ser ou não treinada, a gente vai trabalhar novamente aquela equipe, através de um plano de ação que a gente elabora, especificamente para aquele local. É nesse plano de ação também está inserido capacitação, a gente vai pra área pra fazer educação e saúde junto com eles, algumas atividades de educação e saúde com as comunidades. (GDI2).

[Como tem sido a participação dos profissionais de saúde em treinamentos específicos para o controle da TB junto a população indígena?] Ficamos devendo. É infelizmente. [Mas os gerais, eles vêm, eles participam, tem adesão?] As técnicas a gente sempre convida, e antes como a tuberculose está na coordenação da vigilância, a gente sempre fazia reunião com a equipe de vigilância. Então chamava a enfermeira da vigilância e tal, fazia a reunião, explicava, dizia que acontece! O que não acontece! O que mudou! O que não mudou! É isso e aquilo! Agora tem coinfeção, bla, bla. E daí da gente, né? (...) A gente fala pra vigilância, a vigilância não chega lá e repassa, então agora sempre, a gente convida a Atenção Primária para estar junto, e também se ela chega lá e repassa pros outros membros eu também não sei, mas a ideia é que a gente sempre tenha a Atenção Primária. (GR1).

[Articulação] Boa. [em diferentes níveis?] É em diferentes níveis, né? É boa, porque tem cursos lá em Curitiba, né? era pra ir equipe toda, mas foi um só, né? (PTE5).

Nesse contexto podemos inferir que o trabalho em saúde e educação em saúde são indissociáveis, sendo que a responsabilidade pelo sucesso ou insucesso das ações de saúde nessa vertente torna-se um desempenho mútuo: “um produz o outro” (MERHY, 2005, p. 172).

Sobre a realidade dos locais de estudo, os depoentes relataram algumas iniciativas e articulações locais, regiões ou distritais dos gestores para a realização de treinamentos pontuais, atualizações ou capacitações de TB. Entretanto, os profissionais reconhecem a necessidade de revisão da metodologia e conteúdos de capacitação para um alinhamento da atenção à TB para o nível operacional, pois depoentes consideram que as capacitações são insuficientes e desarticuladas da necessidade e da necessidade pontual e realidade local, embora no decorrer da análise sejam observadas algumas iniciativas pontuais do planejamento distrital. Observa-se determinada carência de capacitação focalizada no indígena e relacionada ao manejo da TB e a falta de uma discriminação positiva. Nos lugares onde ocorreu a descentralização, aumenta-se a capilaridade e conseqüentemente a necessidade de informações e integração entre profissionais e serviços.

*É, a gente tem (...) recentemente, até o colega entrou aqui agora, como ele é capacitado em PPD através do município, e a gente sabe que a capacitação em PPD exige cem braços e tal, então dentro das forças tarefa, nas forças tarefas geralmente que a gente elabora pra determinado, ele acaba indo junto, e a gente faz a parceria, e a gente traz gente do município, também, que trabalha com TB. **O enfermeiro que trabalha dentro da área, a gente leva ele, e a gente faz essa busca de ILTB dentro das aldeias, já aproveitando como uma capacitação também.** Aí a gente acaba encaminhando esses dados para a regional de saúde, para que a regional de saúde certifique aqueles profissionais que, para que eles passem a fazer também, é uma contrapartida, né? que a gente faz com os municípios também. Aquelas aldeias ali do município de Guaíra nós vamos fazer uma força tarefa, geral, né? **Em todas as ações, aí a gente vai levar ele, eu vou junto, aí já articulando com o município, a regional vai fornecer o material, né? e vai fornecer o profissional pra ser capacitado, e a gente vai andar nas aldeias fazendo, né? os PPD, e com 72 horas a gente vai passar fazendo as leituras, e aí essas pessoas, elas vão serem certificadas, porque elas vão fazer! Sobre a supervisão dele, elas vão fazer os PPD. (GDI2).***

Participação dos profissionais em treinamentos específicos! de específico a gente não tem feito nada! Vai fazer agora, né? Depois dessa conversa aqui do geralção aqui a gente. É, nesse evento por exemplo, a gente estabeleceu, né? Que tem que vir de cada município pelo menos um enfermeiro e um médico da Atenção Primária, pra que tente assim, há disponibilidade de vagas, né? O interesse nosso é que venham todos. (GR2).

*As articulações, acredito que é o fluxo, né? de informação em relação à tuberculose entre aldeia e município sempre que solicitado ele é atendido, né?. **É a única coisa que eu acho que falta não sei se bastante, é a questão, dá mais, é a capacitação para os profissionais em relação às tuberculose. (PEnf.3).***

*(...) é a equipe, né? Tá explanando esse problema dentro de sua própria equipe, ou com a capacitação dos profissionais que compõem essa equipe, que seria do AIS, do AISAM, do técnico, do enfermeiro em si, o médico, pra eles terem esse olhar holístico, né? Pra eles pôde tá coletando esse paciente, então esse seria uma adequação, né? **Da equipe para com o profissional, e também para o indígena atendido.** [Por esse agente ser um indígena?] Exatamente, o agente de saúde ele é indígena e ele é o primeiro contato no caso, com a comunidade, seria*

o AIS. (...) É realizado capacitações, já teve capacitação dentro, no caso da SESAI, né? do DSEI Litoral Sul, por qual a gente pertence, quando tem capacitações nos municípios e os municípios envolvem as equipes de saúde, as equipes das aldeias e quando há capacitações também dentro das regionais, as regionais já entram em contato também comigo aqui do Polo, com os municípios pra onde tem localidade, onde existe reserva indígena ou aldeia indígena e equipes, os profissionais são envolvidos. (PEnf.4).

[Treinamentos específicos para o controle da TB no indígena] Eu não me lembro se teve, uma específica para não, para a população indígena, eu me lembro que eu a dois anos atrás, eu participei na 9ª regional com a Itaipu em Foz do Iguaçu, de uma capacitação, mas eu não me lembro se era com digamos que englobava a população indígena, não me lembro. Para os municípios teve, eu me lembro, há dois anos atrás. (PMed.1).

Cabe ressaltar que a rotatividade dos profissionais de saúde nos pontos de trabalho como também a substituição destes, gera a necessidade permanente e recorrente de treinamentos, o que atribui pouco impacto no acúmulo de experiência na temática por esses profissionais (CUNHA et al., 2015). Por outro lado, a descentralização das ações de controle da TB impõe a necessidade de redefinição de atribuições, responsabilidades e reorganização dos processos de trabalho nos diferentes níveis da RAS. Nesse sentido, existem maneiras distintas de organizar o público para as capacitações; entretanto tem se observado a condensação de grande quantidade de conteúdos em um espaço temporal curto (CUNHA et al., 2015).

Segundo os discursos, a situação atual sugere necessidade de investimentos na qualificação dos recursos humanos e serviços, nas diferentes atividades, tais como, busca ativa, controle, diagnóstico, tratamento, vigilância, monitoramento e prevenção da TB nos povos indígenas. Dentre as principais estratégias para capacitação citadas, encontra-se a capacitação em loco, a criação de um grupo técnico, a possibilidade de intensificação da divulgação da TB nas mídias. Acerca dos desafios citados, a rotatividade de pessoal e atualizações do programa de TB impõem a necessidade de capacitações e atualizações nos diferentes cenários do estudo.

Acho que desafio é eu diria que o principal desafio é, primeiro é, garantir qualificação permanente dos trabalhadores nesse tema, é não obstante a rotatividade que existe, né? E aí traz uma necessidade pra que a instituição promova os desenvolvimentos mais porque novas tecnologias surgem, novos protocolos podem, advir, então há necessidade de qualifica-los, acho que isso é um desafio. O DSEI fez um evento se não me engano as dois, três anos atrás, que foi esse evento de distrital maior específico pra questão da tuberculose, mais não fez outros depois desse, desse período, então acho que isso se configura num desafio, num desafio grande. O outro desafio é que as ações, elas possam ser mais fortalecidas nas aldeias, especialmente na questão, no quesito busca ativa

nas aldeias pra que possa se identificar casos ainda não diagnosticados, que possivelmente podem ter. I o outro desafio é o manejo mesmo, é o, é o tratamento do paciente, (inaudível) tratamento seja garantido e que se tenha a adesão do paciente ao tratamento, que compreenda da importância é de se tomar o medicamento que ele consiga compreender a importância da doença, veja que ela é uma doença de fácil transmissão, infectocontagiosa. Por isso exigem algumas medidas, que a equipe precisa na verdade é conversar, e conscientizar o paciente, e o paciente precisa por si só, ele precisa compreender isso. Essa é uma dificuldade porque estamos lidando com uma população específica, com uma população vulnerável, com uma população que tem costumes, e que tem situações, que vivem situações especiais, como por exemplo, o uso do fogo dentro de casa e outras questões que são que são difíceis da equipe, dizer o que isso não é recomendável, isso é recomendável, porque aquela atitude, aquele modo de vida faz parte da do seu cotidiano, né? da sua cultura, então isso configura num desafio. (GD1).

É são realizadas reuniões periódicas pra transferência dessas informações dos diferentes níveis, né? Assim, como a gente recebe é do Ministério da Saúde, né? a gente tem multiplicado essas informações pros outros níveis de atenção, mas não há uma periodicidade, né? É estabelecida, conforme surgir novas demandas. [Como são realizadas/organizadas?] Fazemos encontros presenciais, videoconferência, também utilizamos, é, além do contato pontual via telefone e email. (GE2).

É, ainda nessa questão do artifício enquanto coordenação que está se fazendo pra estratégia de controle, além do Grupo Técnico que nós criamos nessa sensibilização que vai ser agora. A outra etapa, que daí a gente já viu dessa lista que a doutora falou, a gente já viu que precisava de trabalhar, de melhorar a questão do exame do PPD, né? Na prova tuberculínica, porque nós temos aqui uma pessoa só pra atender toda a região, pra fazer a prova tuberculínica, né? que existe essas questões de falta, de férias, de isso e aqui, né? de atestados, ficava bem difícil, então nós organizamos que vai ser na semana seguinte, né? (GR2).

É a gente tem recebido ou treinamentos pelo DSEI, é, quanto a questão da identificação, né? de caso de TB, mais precocemente possível, né? E também na no AP SUS, a gente teve um módulo também de identificação, de manejo, de coleta, de material para exames e tal, né? Mas de certa forma eu ainda acho que poderia ser mais intensificado/ porque esses treinamentos que a gente faz, é um treinamento teórico então assim é bem, eu acho que poderia ter uns treinamentos um pouco mais aprofundados, né? Isso pra equipe indígena, porque o indígena o diferencial, é você conseguir fazer com que o indígena, vamos dizer colabore com a coleta. Que muitas vezes ele até em si, é, ele não quer descobrir que tá doente entende? Já aconteceu, né? as pessoas fala para mim, “não mas eu não vou fazer esse exame porque daí eu vou descobrir que eu tô doente”, então assim, acho que deveria de ter é uma capacitação, é assim, maior dos profissionais de saúde, em relação à abordagem do indígena porque o indígena é diferente do que a população é normal, né? Assim normal quer dizer, não é essa palavra que eu devo usar, né? porque o índio não é anormal, né? Mas, ele é diferente, a cultura dele é diferente. Então acho que nessa questão de TB, é claro que nós da equipe de saúde, a gente sempre faz é também rodas de conversa, com eles e tudo e tal, mas de repente, faltaria ainda umas formações mais sucedida, né? Material na verdade, para você também, porque o material que você dispõe é pouco para fazer o trabalho de uma aldeia. (PTE1).

Dado as circunstâncias entende-se a necessidade de educação permanente de

maneira contínua no contexto da TB, similarmente aos achados de Cunha et al. (2015) que argumenta essa necessidade contínua de treinamento/capacitações sobre TB devido à alta rotatividade dos profissionais, os requisitos básicos para o bom andamento do PCT.

Autores afirmam que, teoricamente, a PNASPI foi criada com o intuito de contemplar a diversidade dos povos indígenas; entretanto, no contexto da formação de trabalhadores de saúde para atuação junto aos povos indígenas, aparentemente vislumbra-se o distanciamento entre o idealizado e o praticado, os fatos enunciam ênfase e incentivos distintos para profissionais indígenas e profissionais não indígenas (DIEHL; PELLEGRINI, 2014).

Percebemos nos discursos determinada carência de formação e preparo dos profissionais para atuação profissional na saúde indígena, tendo em vista a transculturalidade e demais processos que interferem no cuidado integral dos indígenas. Sobre isso, entendemos que

ao relacionar-se com comunidades indígenas, o sistema de saúde se depara com a dimensão intercultural, o que remete diretamente à discussão sobre a adequação ética e cultural das práticas sanitárias ocidentais e sua relação com os sistemas indígenas de saúde (DIEHL; PELLEGRINI, 2014, p. 871).

A gestão reconhece que a busca ativa nas comunidades indígenas é atribuição de responsabilidade da equipe de saúde indígena e que contribui para a descoberta precoce. Teoricamente essa procura de casos é realizada nesse grupo durante as visitas domiciliares pela equipe ou AIS, ou ainda nas consultas a partir dos sintomas. As atividades desenvolvidas pela equipe e fluxos de cuidado a partir do reconhecimento dos sinais e sintomas é crucial para o sucesso no tratamento do caso; nesse sentido o fazer do AIS constituem um reforço adicional para a equipe de saúde indígena, porque eles contribuem com a comunicação e entendimento por parte dos indígenas. Sobre isso, os profissionais reconhecem que tem sido realizada a busca ativa para os sintomáticos respiratórios e contatos de tuberculose. Entretanto, nem sempre essas buscas têm sido possíveis para todos os contatos, por diferentes motivos, principalmente em virtude da recusa, não entendimento do indígena, distanciamento geográfico, problemas com logística e déficit de recursos humanos, entre outros.

No caso da atenção, não tem nada programado pra fazer em cima da tuberculose, a gente vai procurar sintomáticos. Igual todos são orientados, né? Pra fazer a, essa, como é que eu vou dizer? Uma busca ativa, né? Na sua unidade de saúde. Mas não tem específico pra área indígena. (..) O que a gente

vai, a gente tá orientando, é a técnica de lá fazer a busca ativa, né? Até mesmo que tem o agente de saúde que são deles mesmo ali da aldeia, né? Então facilita um pouco de chegar até aos familiares, né? As pessoas lá, né? A estratégia principal é porque apesar de ser uma população pequena na aldeia aí, tem um posto de saúde só pra população, tem enfermagem lá, e eventualmente seria é vamos dizer seria, até adicionado ao posto de saúde do distrito lá próximo, né? Mas não, eles têm na própria aldeia um posto (...). É o que a gente pode, é tá orientando, tentando fazer com que eles lá trabalhem, vão atrás dessa demanda, né? (GM2).

Então, estratégias são praticamente uma estratégia de rotina mesmo, né? A busca ativa do paciente (...) dentro do domicílio. Então o AIS é a porta de entrada pra isso, né? a equipe também, não que seja somente o ais que vai fazer visita, mas como faz parte da rotina do AIS, o AIS vai tá informando a equipe, pra equipe forma a uma estratégia de controle, o exemplo, é realizado palestra dentro das escolas, é realizado palestra pra população, pra melhor conscientização da tuberculose, né? mais seria uma rotina de trabalho mesmo dentro da demanda da população indígena. (...) Realmente, na verdade é como se fosse dentro da rotina de trabalho, equipe é muita cobrada em cima disso, tanto é, que nós temos planilhas de rotina, de busca ativa, então é uma exigência, uma cobrança da SESAI em cima das equipes, a busca ativa de sintomático respiratórios que a gente fala, então a equipe tem por finalidade mensalmente tá fazendo coleta de BK, né? como se fosse sintomático respiratório, eu tenho sintomático respiratório vou fazer a coleta de BK pra nós descarta uma possível TB, então essas seriam uma estratégia também, a equipe é bem cobrada mensalmente, ela tem relatórios a preencher sobre isso, e planilhas pra gente tá fazendo esse tipo de controle. (PEnf.4).

Não, não temos, igual falo, tipo aqui a população é muito grande. Mas onde eu trabalhava antes, tá com suspeita na verdade a gente não é obrigada, mas assim, Curitiba exigia que a gente fizesse busca ativa, então se viesse um indígena de uma outra aldeia que tava com, né? , padrão... com dificuldade, tossindo, você já é então, a gente já fazia uma busca ativa, na verdade, porque assim, igual Curitiba fala pra gente, como cê vai pra Brasília? (PEnf.6).

[Estratégias de busca ativa]. Na verdade nós não temos, por falta da busca ativa. (PMed.1).

Nota-se que a busca ativa não têm sido foi plenamente realizada nesses cenários, similarmente aos achados de Cunha et al. (2015), em que observa-se limitação quanto ao reconhecimento da essencialidade da busca de sintomáticos respiratórios, visto que essa atividade não tem sido incorporada plenamente na rotina dos profissionais, como também a presença de inconsistências quanto a orientação do PCT sobre a rotina de solicitação de exame diagnóstico para TB. Ressalta-se que a EMSI compreende a necessidade e importância da busca ativa, mas existe um série de empecilhos ao perfeito andamento dessa atividade.

A literatura indica determinada sintonia com as dificuldades e desafios elencados neste estudo. Sobre isso, os motivos elencados para essas condutas são variados, sendo muito citadas a falta de comprometimento e a falta de envolvimento dos profissionais com

essa atividade, dificuldades em realizar treinamentos para esse fim e impasses na gestão do processo de trabalho (CARDOZO-GONZALES, 2011; CUNHA et al., 2015). Chama-se a atenção para o fato de que “se esta busca não é feita, não há como completar o ciclo de detecção precoce, tratamento e cura” (CUNHA et al, 2015, p.260).

Os profissionais identificam os indígenas sintomáticos respiratórios nas suas comunidades mediante as visitas domiciliares ou consultas no posto de saúde indígena; a partir dessa identificação esses indígenas são assistidos mediante o fluxo de diagnóstico delineado naquela localidade, sob orientação do PNCT. Sobre isso, geralmente eles são encaminhados para o posto de saúde indígena para a coleta da primeira amostra de escarro, ou ainda, realiza-se a coleta da primeira amostra durante a visita domiciliar (os enunciados sugerem que essa prática não é muito comum nesses cenários). A partir desse momento o indígena é orientado sobre os cuidados com a coleta do escarro e a equipe assume o compromisso de ir até esse indígena recolher esse material.

Essas amostras são encaminhadas ao serviço de referência de acordo com a organização do fluxo na região. Entretanto, existem nós críticos para realização do diagnóstico de TB que sugerem que a vigilância em saúde é pouco coordenada. Sobre isso, em algumas regiões observa-se acesso e viabilidade nos encaminhamentos e meios de diagnóstico, isso pode ser exemplificado a partir da possibilidade do teste rápido, PPD e fluidez entre os serviços. Já em outras localidades os profissionais reconhecem dificuldades com a liberação e realização até mesmo do exame de BK.

Se confirmado o caso, a equipe segue realizando a busca dos contatos e o tratamento, acompanhamento do indígena adoecido por TB; nesses casos as visitas domiciliares e ações educativas são intensificadas na aldeia. Os desafios apontados concentram-se na logística, distanciamento geográfico, fluxos pouco delineados e falta de integração e apoio institucional.

*(...) elas fazem atividades de educação em saúde pra tá, informando ao indígena, quando ele também pode tá procurando a unidade de referência, **no caso da suspeição é orientado, é fornecido ao indígena o material, né? Pra que ele faça a coleta do escarro, eles fazem duas coletas sequenciais, né? Encaminha a coleta em 24 horas, depois a próxima para fazer a pesquisa de BAAR que seria o primeiro exame, né? Se caso dê negativo, mesmo assim eles acreditam que poderia ser uma coleta inadequada, eles seguem todo aquele fluxo, de RX, esqueci, o outro exame pesquisa com antibiograma, né? I por fim o teste rápido molecular. Até porque o teste rápido molecular, ele só exige uma amostra, né? Não precisa ser duas, né? então eles seguem mais esse trâmite. O PPD eles usam mais quando o resultado dá positivo, a gente trabalha mais com os contatos. (GDI2).***

*(...) organização se inicia dentro dos protocolos que foram desenvolvidos para o atendimento a pessoa com tuberculose, e a pessoa indígena ela entra como população vulnerável, então por exemplo, na busca do sintomático respiratório que é aquela pessoa que está tossindo e que pode, é ser uma pessoa suspeita de tuberculose. Então pra população em geral são três semanas é, né? como tosse, que é considerada suspeita pra tuberculose **no caso população indígena é não existe esse tempo, né? apresentou tosse deve ser investigada. Então são esses os protocolos, é a partir de protocolos que é desenvolvido é essa/as ações em relação a tuberculose pra população indígena. (GE1).***

(...) o nosso município a organização da do controle da tuberculose na aldeia é praticamente a mesma que a gente faz com os brancos, então é feito é o acompanhamento dos sintomáticos respiratórios, então todos os sintomáticos respiratórios é feita a avaliação e coleta então de BK, é a equipe de saúde indígena lá do local, que verifica e desde que esses índios procurem a unidade ou na suas visitas, é feita essa coleta do BK, é encaminhado aqui pro município pro nosso laboratório e após então a descoberta é feito então todo o andamento como tratamento, como a notificação, com os contatos, mais ou menos nessa linha. (GM5).

Veja bem, nós temos o prontuário eletrônico, né? Tudo que o paciente precisar, as informações tão todas naquele prontuário, e nós fazemos acompanhamento deles até o final do tratamento, se ele não vem mais pra ser atendido, é feito a busca ativa dele, pra, si ele tá dando continuidade ou não, mas todos eles são atendidos da mesma forma. (...) e nós fazemos acompanhamento como todos os pacientes, de mesma forma que é tratado u um paciente, né? brasileiro ou indígena, enfim, a doença é tratada de forma é, igualitária pra todos. (GM9).

Visita domiciliar, identificando, conseguindo a primeira amostra para essa testagem rápida, né? É trazido prá ((vigilância epidemiológica)), caso positivo daí a gente com, dali em diante, né? Conversa com a liderança pra explicar para a pessoa a importância daquele exame, tratamento. A meta que a gente tá traçando com a (cita a profissional) ((posto indígena e vigilância epidemiológica)) da busca ativa com periodicidade. Se tem resistência também conversa com a liderança pra explicar pra pessoa, daí consegue. (PEnf.1).

Como já foi falado, né? A visita domiciliar, a coleta do BK, vindo o diagnóstico já é coletado, já é feito o raio x também, é realizada de todos os comunicantes da família também, para ver se não tem mais nem algum caso, e acho que é isso. É, a família muitas vezes não aceita. (PEnf.5).

As diferenças entre as regiões, principalmente no que tange a gestão local e fluxos, também foi motivo de destaque em um estudo sobre estrutura, organização e processos de trabalho no controle da tuberculose. A literatura ressalta que a “ausência de fluxo definido para a coleta e “envio de escarro para realização de baciloscopia, bem como a demora na devolução dos resultados para a unidade, expressa a baixa prioridade desta atividade pelos gestores municipais” (CUNHA et al., 2015, p. 257).

Embora pouco citada, a educação em saúde é reconhecida pelos atores como uma das estratégias de promoção da saúde, prevenção e tratamento da TB.

(...) como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação enquanto sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade (MACHADO et al., 2007, p. 341).

Nesse sentido, os profissionais que desenvolvem essa atividade têm utilizado rodas de conversa com os indígenas, palestras e visitas domiciliares com objetivo de realizar orientações, disseminar informações, melhorar o processo de comunicação e estabelecer o vínculo. Acredita-se que a educação em saúde é uma estratégia de promoção da saúde que contribui com o processo de conscientização crítica individual e coletiva, que a depender de sua concepção crítica de educação requer proximidade das relações entre profissionais e população.

(...) a única coisa que é estratégia é a orientação mesmo, mas igual ele falou a dificuldade dos agentes de saúde é, mostrar pra eles a importância e o risco, o grave risco que é do paciente com TB, pra eles é difícil sabe, não tem o mesmo entendimento que a gente, né? Então assim, não vi nenhuma estratégia ainda, mas eu acho muito legal, o Vinicius trazer as ideias e as experiências que eles teve lá, porque daí você vê que você pode tá capacitando e exigindo cada vez mais, entendeu! Mas pra isso tem que vim alguém de fora capacitar!, não é nós no dia a dia, uma pessoa de fora, que santo de fora faz milagre (...). (PEnf.6).

Então acho que nessa questão de TB, é claro que nós da equipe de saúde, a gente sempre faz é também rodas de conversa, com eles e tudo e tal, mas de repente faltaria ainda umas formações mais sucedida, né? Material, na verdade, para você também porque o material que você dispõe é pouco para fazer o trabalho de uma aldeia. (PTE1).

Assim, para se obter sucesso em educação em saúde, se faz necessário estar aberto ao contorno geográfico, social, político, cultural do indivíduo, família e comunidade (MACHADO et al., 2007, p. 340).

Para o desenvolvimento das atividades nas aldeias, a equipe multidisciplinar conta com o agente indígena de saúde como apoio à comunicação, orientações e tratamento aos indígenas. Esse ator representa uma potencialidade no desenvolvimento dessas ações de saúde. As dificuldades para efetivação dessa estratégia são representadas pela falta de material para a realização das atividades educativas, falta de apoio institucional, sobrecarga de trabalho e distanciamento geográfico.

Uma coisa que a gente tem trabalhado bastante nessa questão, é a questão da gente passar, né? Pra população em geral inclusive pra população indígena essa questão que a tuberculose ainda ela tem um estigma muito grande, né? Isso também entre o branco e com o índio não é diferente, a gente sabe que alguns, após o diagnóstico acabam que até isolados dentro da própria aldeia,

né? Então a gente tem trabalhado muito nessa questão, que a tuberculose é uma doença, né? Que é tratável, que após o início do tratamento ela o paciente para de transmitir, mais que o diagnóstico ele é importante, né? então a gente percebia muito que os índios quando eles tinham os sintomas eles acabavam negando a sintomatologia pelo medo do preconceito do diagnóstico. A, isso já tem mudado muito essas ações, as equipes têm trabalhado muito com isso pra diminuir esse preconceito. (GR5).

(...) as ações que a gente faz na que tem algumas campanhas que a gente faz, né? de tuberculose, de combate a tuberculose, diretamente na aldeia indígena, por eles terem mais é, baixa imunidade deles, porque eles se alimentam com mais dificuldade, a própria condição da etnia deles, eles as vezes tem alguns problemas com alcoolismo, então são todos problemas que desfavorecem as condições do indígena na tuberculose. (GM5).

*Então assim, não só com esse tema, mas com outros que a gente já se deparou aí para trabalhar, na saúde indígena, fazendo um trabalho de educação, né? Assim, a gente recorre ao municípios, ó que daí, é muitas vezes o município também não dispõe daquele material, porque ele já não foi é vamos dizer assim, não faz parte do orçamento que programou pro município, né? Então a gente, é não tem como é, fornecer algo pra gente porque daí vai faltar pras UBS, isso que eu já entendi, em algum momento que foi falado pra gente. Porque lá pelo, **pelos o DSEI, é, esse tipo de material praticamente nós não recebemos, tanto, né?** às vezes recebemos um cartazinho, que fala sobre a campanha x. É muito pouco, (...). (PEnf.2).*

As atividades de educação em saúde requerem tecnologias de alta complexidade com melhor custo/benefício em relação a outras práticas sanitárias oferecidas nos serviços de saúde, tais como diagnóstico, tratamento e reabilitação. No entanto, a realidade estrutural em muitos cenários é desafiadora e desmotivadora, ao considerar os desajustes e insuficiência de recursos materiais e estruturais para as realizações das práticas sanitárias incluindo as ações de vigilância e educação em saúde (MOUTINHO et al., 2014).

Conforme queixa do profissional enfermeiro sobre a insuficiência de matérias para as atividades educativas, achados similares foram encontrados na literatura, onde vários autores reafirmam essa dificuldade enfrentada pelos profissionais de saúde em diferentes cenários e contextos nos serviços de saúde pública, desde escassez à inexistência de recursos materiais para fins didáticos (MELO; SANTOS; TREZZA, 2005; PEREIRA; CERVO, 2006; MOUTINHO et al., 2014). Os profissionais são compelidos pelas barreiras impostas pela carência ou ausência de recursos para as práticas educativas a utilizarem a criatividade expressas pelas ideias e estratégias desses profissionais (JESUS et al., 2008).

Nesse sentido, podemos concluir que a indisponibilidade de materiais de apoio pedagógico impõe barreiras às práticas pedagógicas, mas não são impeditivas (VASCONCELOS; GRILO; SOARES, 2009). Entretanto, as equipes de trabalho dependem de estrutura e recursos mínimos para desenvolverem seu papel de forma adequada e

coerente (BRASIL, 2012; MINAS GERAIS, 2008).

Embora os respondentes reconheçam os aspectos singulares do modo de vida e vulnerabilidades dos indígenas, como também os desafios para o controle da tuberculose nesses povos, principalmente com o diagnóstico, tratamento e acompanhamento, esses atores desconhecem iniciativas ou protocolos específicos para o controle da TB nos indígenas, com exceção a uma citação sobre o uso de um protocolo específico para a liberação dos medicamentos de tratamento da TB, destinados às comunidades indígenas. Afirmam seguir ações programáticas gerais do manual nacional de recomendações para controle da TB, sugerindo falta de uma discriminação positiva e desconhecimento de causa. Considerando as profundas desigualdades entre os povos indígenas e a população geral, a PNCT no tocante à população indígena (BRASIL, 2019) e o direito do indígena ao tratamento diferenciado (FUNASA, 2002), os discursos sugerem ambiguidades entre as recomendações e a prática operacional

(...) eles seguem também o mesmo do programa nacional, né? o tratamento [Protocolo específico para o indígena]. Desconheço, se existe, o manual esse de controle da tuberculose que veio agora em 2018, ele coloca a população indígena como população vulnerável (...). (GE1).

Eu desconheço se existe um manual específico, que tem no protocolo, no manual de recomendações do Ministério da Saúde tem um capítulo sobre população indígena, enquanto vulnerável. (...) além desse manual que está sendo revisado, é, temos também o protocolo de tratamento da infecção latente, o protocolo da vigilância do óbito. Pontualmente o Ministério da Saúde tem divulgado, né? É, novos materiais, e com sequência a gente tem também feito a multiplicação desse, dessas informações nos diferentes níveis de atenção, né? regional, municipal. E, então a gente tenta sempre reproduzir e manter as equipes atualizadas, né? (...) Sim, porque é uma população de reconhecida vulnerabilidade, então é tratada como uma população vulnerável e que merece uma atenção especial, e, é a partir desses protocolos. (GE2).

Eu sinceramente não sei, tá, nós seguimos o mesmo protocolo dos brancos. (GM5).

Olha tem o planejamento até então, né? que eu tenho de conhecimento é a criação de uma linha guia, né? Pra controle de tuberculose, e acredito que deva ter uma, uma alguma coisa voltada, né? pra essa população indígena dentro dessa linha guia. (GR3).

Existe, existe um protocolo específico pra área indígena, porque o seguinte não é que existe só o protocolo para lá, ele foi feito um protocolo é específico para indígena em termos de liberação de medicamento, né? Por causa que antigamente se tinha o medicamento no município, e o município é fornecia o medicamento pelos seis meses lá. Hoje não, hoje nós temos um protocolo diferenciado, então o município leva medicamento, fica na farmácia do município é trimestralmente, e esse medicamento ele é fornecido para o indígena por mês, para o profissional que trabalha lá dentro, porque antigamente ele levava o remédio e a gente não tinha o controle. Daí com o novo protocolo, e

devido o paciente receber o remédio e não ter o acompanhamento chamado de TDO, acabava se perdendo esse tratamento do indígena. Hoje não, hoje ele é bem rigoroso é como é na Atenção Primária com o branco. (...) ele tem um controle maior (...), então existe um protocolo que ele é no, é de tratamento e acompanhamento do remédio, ele não é diferente do protocolo que é usado pra o branco é em termos de medicamentos, ele é o mesmo sistema apenas antigamente se entregava no polo, lá dentro da área indígena o medicamento pra o técnico ou enfermeiro que faz o acompanhamento. E a gente não tinha um controle, hoje nós fizemos diferente, não é uma coisa da regional, isso é do Estado e até por orientação do Ministério de Saúde, pra que esse medicamento tenha um controle mais tranquilo, que seja mais, realmente fez o fluxo de uma maneira que não perca o medicamento, e que também não perca o contato com o paciente então é feito um protocolo, onde que o medicamento vai até a farmácia do município, e o responsável, lá distribui para aldeia indígena através do protocolo desse medicamento. Então ficou um controle mais, sabendo onde tá sendo usado, se realmente o medicamento está sendo aplicado, e se o paciente não tá tendo aquelas reações que ele tinha antigamente e acabava abandonando o tratamento. (GR4).

É, na verdade assim, a nível regional a gente não tem algo específico, né? A gente faz como protocolo ele é o mesmo, né? para o branco ou para o índio. (GR5).

O planejamento é reconhecido como atribuição dos gestores, aos profissionais cabe desenvolver as ações de acordo com o protocolo ou linha guia instituída. Sobre isso, os discursos não apontam o engajamento e envolvimento dos profissionais no planejamento, sendo percebida a falta de senso de pertencimento desses profissionais. Acredita-se que esse desdobramento estratégico pode estar relacionado à dificuldades na governança e capacidade de governança.

Segundo os atores, as iniciativas e planejamento das ações e dos serviços buscam coerência com as especificidades de cada contexto em observância aos fatores sociais e culturais do público. Entretanto os discursos trazem divergências na prática. Sobre isso, é praticado um modelo de planejamento normativo, acompanhado pela naturalização e normatividade das dificuldades em detrimento de um planejamento estratégico situacional, visto que parte dos gestores desconhecem o cenário e território étnico-cultural do indígena e reconhecem a necessidade de análise do ambiente.

Sobre este fato, a exceção aparece somente no plano de ação do DSEI, os demais desenvolvem ações programáticas igualitárias para toda população geral sem discriminar positivamente o indígena, mesmo reconhecendo as especificidades dos indígenas e os fatores críticos para o controle da TB nesses povos.

Aqueles municípios que são mais carentes, aí a gente já tem mais dificuldade mais aí, ainda tenta pelo menos o RX e o BK que são os exames que são mais simples, né? Que aquele município possa tá ofertando, é mais ou menos isso. (...) Dentro do plano de ação que a gente elabora, a gente faz essas etapas, por

exemplo, quantas visitas eu preciso fazer lá, naquela determinada região, e depois a gente fica monitorando a equipe pra que ela siga aquele plano de ação. Então a gente faz algumas reuniões para pactuar com aquele município, para ver o que é viável de acontecer dentro da estrutura daquele município, e depois as equipes é, que ficam dando seguimento, né? Quando elas têm alguma dificuldade, algum entrave a gente retorna novamente pra tá ajudando nessa articulação. (GDI2).

Planejamos conhecer mais a realidade, acredito que analisando melhor os indicadores a gente possa ter parâmetros pra propor algo novo, né? e diferenciado específico pra essa população. Hoje, como nós dissemos e estamos a pouco tempo trabalhando com a tuberculose, e em específico com a população indígena não houve nenhum planejamento ainda, mas pretendemos fazer, na medida em como formos conhecendo essa realidade. (GE2).

Mas, resumidamente nós não temos e vamos ter que incluir na nossa lista de prioridades essa questão específica do indígena, não só porque a gente tem um município que tem um aldeamento ou uma aldeia, mas porque nós temos, somos uma referência. A outra questão é que, o Hospital Universitário que hoje é da UNIOESTE, ele é referência pra toda essa região, ele tem cotas pra atender a população indígena, assim, né? Então, essa é uma outra realidade, assim, a gente fica “é o Hospital tem muita coisa”, mas ele está dentro de um fluxo, de um fluxo de atendimento para essas populações. E lá em Laranjeiras, tem Espigão que acaba usando o que é dos, que o município menor tem, né? É mais o nosso Hospital Universitário que é da UNIOESTE, é referência para esses casos, qualquer caso, né?! Pra que os agravos que demandem hospitalização(...). (GR1).

Um dos pontos positivos reconhecidos pelos profissionais e gestores é a garantia da medicalização dos casos confirmados de TB, a EMSI e posto de saúde indígena, mas existem desafios a serem superados na confirmação dos casos e acompanhamento. A política da TB considera o TDO como basilar no controle da TB, os gestores e profissionais adotam essa concepção e defendem a importância da dose supervisionada; entretanto, os profissionais reconhecem que nas comunidades indígenas o TDO não é realizado 100%, mesmo que a orientação seja essa.

Para a realização do TDO, existem muitos desafios, nesse sentido, os profissionais apontam impasses à adesão, questões sobre o distanciamento geográfico, logística, recursos escassos para a mobilidade, modos de vida do indígena, hábitos comportamentais mutáveis, meios de produção de renda do indígena e recursos humanos insuficientes e sobrecarregados. É importante sinalizar que existem alguns desafios acerca da adesão tanto do profissional prestador quanto do indígena doente. Sobre isso, a organização para efetivação dessa estratégia nas comunidades indígenas obedece a uma lógica específica de atribuições e acordos entre os profissionais da EMSI, onde, geralmente tem um profissional responsável pela administração das doses. Foi citada uma região em que o técnico de enfermagem é responsável por essa função, já em outras regiões o TDO é uma atribuição

do AIS; nesse sentido os profissionais usam alguns artifícios para monitorar e supervisionar a efetivação desse tratamento.

(...) são todos tratamento diretamente observado, a gente não entregue o tratamento para o paciente, né? E com isso, a gente tendo essa garantia, que o município fornece essa medicação pra nossa equipe, e o indígena não tenha que ir até a rede de referência pra receber ele mesma e se medicar, então a gente tem essa articulação, de receber a medicação e fazer dentro da aldeia, através da nossa equipe e, através do tratamento diretamente observado. (GDI2).

Mas é orientado pra fazer, 100%, né? É a mesma coisa de fazer um TDO no caminhoneiro, como é que você vai fazer um TDO, você tem que confiar ali, que vai tomar, né? então bem complicado, então a gente não consegue atingir o 100%. (GR7).

A questão indígena, ainda é a equipe do SESAI que faz esse controle de TDO, não é, né? Equipe saúde da família, tanto que é a cargo deles mesmo, tanto que eles têm o ACS, né? do indígena, então eles também fica responsável pela medicação, mas nem sempre isso é possível, que depende, né? Aqui pelo menos, parece que tem ACS que é bom, ACS que é mais ou menos, então assim, ((ri)) eu não sei ((ri)) como é que em todo lugar, né? Que é mais responsável, ou que não é tão responsável com o tratamento, e se todos não forem responsáveis. Eu falo, tem quase que levar para casa o paciente de TB pra tratar? Não acontece tratamento! O tratamento de TB eu faço, falta levar eles embora pra dá o medicamento. Se eu pudesse tomava (inaudível) por eles!, é bem complicado, ((ri))a gente entende! Mas não é. (GM8).

Todos os dias o paciente vem aí na epidemia, pra tomar o remédio, né? todos os dias eles vem, mas o índio não vai vim, e eu também não posso ir até ele todos os dias. A gente costuma entregar assim por semana, né? Vai lá conversa com ele, “você tem até tal dia”. Eu sei que ele tem até tal dia pra tomar, aí eu vejo que já acabou eu volto lá e levo novamente, mas todos os dias eu ir lá tomar não tem como. (PTE5).

(...) é supervisionado diariamente, indo na casa levar a medicação, fazendo abrir a boca pra ver se tomou, é nos final de semana, como a gente tem plantonista de técnico de enfermagem, eles vão todo no final de semana, se o paciente não tá, eles acabam avisando então aí é anotado na ficha do paciente que ele não estava, (...) no outro dia é procurado de novo até terminar o tratamento. (PEnf.5).

Sobre o TDO no indígena, os discursos têm apontado vários desafios e dificuldades, entretanto é fundamental a realização dessa estratégia devido à sua capacidade de garantir a adesão do doente ao Tratamento e a atenção e apoio do prestador durante esse tratamento (BRASIL, 2011, 2019).

Um cuidado especial é devido sobre as competências e atribuições inerentes ao papel do AIS. Nesse sentido, foi observado na literatura determinada ambiguidade entre papéis em consideração ao fato de que o AIS é representante da comunidade, participa nos serviços de saúde e é membro contratado da EMSI (MENDONÇA, 2005).

Em que pese a situação de conflito, demonstrou-se ainda que há uma falta de receptividade por parte da equipe e do gestor para a contribuição dos AIS nos processos de participação e controle social. À medida que a falta de comunicação entre os AIS e o resto da equipe aumenta (LANGDON et al., 2006).

Outro fato é a ausência de reconhecimento profissional dessa categoria e a falta de reconhecimento pelos demais profissionais da equipe e da rede de saúde (LANGDON et al., 2006). Ainda que suas contribuições sejam reconhecidas pelos demais profissionais da EMSI (MENDONÇA, 2005; OLIVEIRA, 2005), a sua inserção institucional é incipiente e geradora de conflitos (OLIVEIRA, 2005). Outro fato sugestivo de questionamentos é a diferença salarial entre o AIS e os demais profissionais da EMSI, sugerindo falta de reconhecimento profissional e arbitrariedade, tendo em vista o papel crucial que este profissional assume nas comunidades indígenas e na EMSI (LANGDON et al., 2006).

O papel do AIS como mediador entre as práticas indígenas e os serviços biomédicos é mal definido e pouco problematizado por todos os profissionais da equipe. O conceito de atenção diferenciada necessita de um aprofundamento nas discussões e capacitações, com a efetiva participação de todos os atores envolvidos na atenção à saúde. Fica evidente por esta pesquisa e por discussões com os gestores que não há um consenso do que seja atenção diferenciada. Se para os AIS significa acesso a serviços primários separados e com qualidade, além da prioridade na atenção secundária e terciária, para os administradores e profissionais de nível superior atenção diferenciada trata da questão “cultural”, entretanto com pouca compreensão do que isso implica na prática (LANGDON et al., 2006, p. 2644)

Entretanto, as contribuições e papel do AIS são reconhecidos como fundamentais para a saúde indígena (LANGDON et al., 2006) ademais a incorporação de atribuição de indígena como trabalhadores na saúde indígena está em concordância com os princípios da declaração de Alma-Ata (CARDOSO, 2015; OMS, 1978).

Em alguns locais a notificação é realizada exclusivamente pelo serviço de vigilância epidemiológica e preferencialmente por profissional com formação superior e enfermeiro; entretanto os profissionais e gestores reconhecem que a notificação é atribuição e responsabilidade dos profissionais, indiferente à categoria profissional, no entanto ratificam que o profissional que identificou o caso deve se responsabilizar por essa função. Nesse sentido, existem dois momentos diferentes de proceder ao preenchimento da notificação, em alguns lugares a notificação é preenchida sem a confirmação do caso e em outros locais somente após a confirmação do caso. E essas notificações seguem um fluxo, por se tratar de indígenas a SESAI deve também ser informada e receber cópia da documentação.

Sobre as notificações, “toda unidade de saúde que preste atendimento médico deve ser cadastrada como unidade notificante”, utilizando-se o Código Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), nesse sentido, a “unidade de saúde ou profissional de saúde cadastrado deve obedecer todas as normas e rotinas estabelecidas” no manual do SINAN (BRASIL, 2007).

Os depoentes entendem que o monitoramento e análise compartilhada das ações entre a AB e a Vigilância em Saúde deve ser focada nas necessidades territoriais, e fragilidades nessa fase inviabilizam mudanças e iniciativas positivas para o cuidado. Nesse sentido, a gestão reconhece o dever em acompanhar esse processo e fornecer suporte e apoio aos profissionais. Sobre isso, busca-se desenvolver um trabalho com definição de metas e análise de indicadores para determinar o processo de organização e aprimoramento da qualidade no cuidado; no entanto o indígena é pouco contemplado pela rede SUS, existem nós críticos que os impedem de se apropriarem de seus direitos na rede como um todo.

No caso da população indígena é o médico e o enfermeiro, naturalmente que vão ali, é identificar os casos e vão junto ao município fazer a notificação compulsória, pra que o município registre esse caso no sistema nacional. (GDI1).

(...) mensalmente eu recebo uma planilha, essas planilhas, elas até, assim, não é mais cobrado pra gente de Brasília, já que gente em um sistema de informação, mas a gente continua fazendo isso, né? aquela, aquele trabalho do livro verde”, entendeu? Éhh a planilha do excel ela é praticamente um recorte daquele livro, eles colocam ali, os sintomáticos respiratório que foram identificados naquele mês, o caso que foi identificado, a lista dos, todos seus contatos, i tudo que foi feito e vai ser feito com aqueles contatos, de exame de busca, de, pra ver se encontra. Por exemplo, se eu tiver um caso que é extrapulmonar, aí a gente já trabalha no foco de saber quem é o caso índice dali, quem foi o transmissor, já que ele tá com caso extrapulmonar, ele não é a pessoa que, o caso índice tá oculto ali dentro daquela comunidade, e a equipe começa trabalhar, fazer a vigilância. Isso, a gente cobra das equipes, elas tem, quando a gente faz o apoio e a supervisão técnica na área, a gente, trás o livro verde, ((sorri)) deixa eu ver se tá atualizado. Sabe, a gente tá olhando. (GDI2).

(...) geralmente o enfermeiro ou profissional da vigilância epidemiológica que notifica. A assistência informa, nós estamos tentando mudar essa lógica, porque quem deveria notificar é a própria assistência, mas é tradição que a vigilância epidemiológica faça a notificação, isso tem que ser absorvido pela atenção básica, mesmo que ela comece a notificação e depois a vigilância porque é um sistema agravo, é um agravo que tem um componente existencial, mas tem um componente de vigilância de interesse a saúde pública, a complementação da ficha pode ser pela investigação da vigilância epidemiológica também, então tem que trabalhar em conjunto. (GR1).

(...) cada grupo que teria necessidades de ampliar as ações, e a questão do indígena nos chama atenção, até porque (...) teve óbito de criança, a gente teve

óbito de uma outra indígena agora recente também, né? relacionado a tuberculose, que a gente tá ainda investigando alguns detalhes sobre isso. Recebemos recentemente pedidos para fazer mais investigação sobre esse caso, visto que ela passou por vários setores, né? vários locais, Nova Laranjeiras é um deles, né? o outro é aqui na nossa cidade, tanto em Cascavel quanto na cidade próxima que é Santa Teresa. (GR2).

A gente fala a notificação é de quem faz o diagnóstico, né? muitas vezes a gente acaba fazendo aqui a notificação, porque a gente tem acesso aos, o resultado, né? Pelo sistema, então às vezes a gente fica sabendo antes que eles ((ri)) do diagnóstico. Então algumas vezes são feitas aqui outras a equipe do SESAI que faz a notificação, e se tiver uma um diagnóstico tardio, que é feito em UPA ou no hospital, o hospital que faz a notificação ou a UPA, então é o serviço que atende e diagnóstica. A gente notifica na confirmação. Os profissionais pode ser o enfermeiro, o médico, o técnico de enfermagem. (GM8).

(...) aldeia faz o acompanhamento do paciente, né? Desde a rotina de o aparecimento do caso positivo, até o término desse caso envolvendo as três esferas, no caso, a população indígena na atenção básica, o município de referência, e mais a regional que é envolvida, responsável pela aquela localidade. (PEnf.4).

As potencialidades reconhecidas por profissionais e gestores no controle da TB nos indígenas são as EMSI os AIS, o subsistema de saúde indígena. Sobre isso, o AIS é reconhecido como crucial para o sucesso medidas de controle da TB no indígena, pois além de contribuir com a vivência cultural e vínculo, ele tem a facilidade com a comunicação já que ele fala a mesma linguagem dos demais indígenas. Observa-se também o aparecimento de outras estratégias como a criação de grupo de trabalho, novos treinamentos focados na TB, a reestruturação de equipes de vigilância epidemiológica. Um diferencial citado por profissionais e gestores são os treinamentos e a realização do PPD, visto que os profissionais reconhecem como um avanço, uma inovação que trará contribuições relevantes na identificação dos casos.

As dificuldades fragilizam o controle da TB no indígena. Nesse sentido, os discursos apontam vários desafios e dificuldades a serem superados no nível tático e operacional. Sobre isso, foram apontadas várias dificuldades e desafios, tais como as demandas com os fluxos de referência, a desestruturação dos serviços, falta de capacitação dos profissionais, a dificuldade em garantir do tratamento supervisionado, o distanciamento geográfico e falta de integração entre os profissionais e serviços, problemas de logística, desconhecimento étnico-cultural e do território de responsabilidade das regionais, déficit de recursos humanos. Os profissionais reconhecem desafios no itinerário terapêutico, e sobre isso, denunciam dificuldades na realização de exames complementares e para o

diagnóstico, o que sugere fragilidade na organização e processo de trabalho não só das equipes, mas principalmente da gestão dos serviços.

As fragilidades e desafios no planejamento das ações para controle da TB são reforçados pelo desconhecimento de causa, pela necessidade de conhecer os cenários e microambientes, fragilidades na governabilidade e capacidade de governo.

Há um fluxo migratório grande do Brasil, Paraguai e Argentina, isso também influencia. A, um outro fator que influencia, é a rotatividade de profissionais a saúde indígena, é a gente tem uma rotatividade, ela não é alta, mas ela existe. Então, o distrito, o gestor, sempre tem que investir na qualificação permanente, na educação permanente desse trabalhador, nem sempre é possível, mas o distrito vem não sozinho, mas também junto com o estado junto com os municípios promovendo essa sensibilização dos profissionais sobre a importância dessa doença, que ainda existe, não é? E nós entendemos que existem muitos casos ainda que estão ocultos e necessitam de diagnóstico. (GD1).

É, eu penso assim, enquanto potencialidade a gente tem o GT, e as capacitações que estão ocorrendo e vão ocorrer, né? É potencialidade ainda a gente conseguir trazer uma equipe grande de Curitiba pra fazer esses treinamentos, seja a coordenação geral, seja laboratório central, né? Potencialidade a gente tá conseguindo fazer essa visita no nosso laboratório pra implantar também algo mais dentro do laboratório, isso é uma potencialidade, é de estar fazendo a capacitação de PPD, é uma outra potencialidade.(...) Fragilidades nós temos "Ns", né? Acho que um ponto foi esse que a doutoranda falou, da gente não ter tido esse olhar para o indígena, de não ter de repente até destacado a importância deles virem participar desse evento. Uma das fragilidades que eu penso é essa unidade de saúde dentro da aldeia, que precisa de estarmos mais próximos, né? De ver como que isso funciona realmente. É, a outra fragilidades é a gente não conseguir dimensionar quem é esse público indígena, né? quem são? Suas dificuldades? Por onde anda? Quais as doenças além da TB? E a TB?, né? A gente conseguir dimensionar realmente esse público. Eu não tenho essa informação, esse olhar ainda pra isso! É, penso que seria isso. Ter muito cuidado. É a gente não consegue perceber realmente. É um desafio. (GR2).

Tem algo que a gente tem feito, tem tentado, o que a gente percebeu que após esta atividade que foi feita lá, a gente ficou com um pouco de dificuldade em questão dos exames complementares, por que a gente encontrou muito paciente, muito índio com reagente pro PPD, e daí, o que que a gente vai fazer com essa pessoa que tem o PPD reagente. (GR5).

Eu acho que os nossos desafios, não só da tuberculose, né? da TB indígena, como trabalhar com essa, com a aldeia, é esse distanciamento que hoje a gente tá conseguindo diminuir, entre a nossa equipe aqui do município com a equipe local da aldeia. Porque a aldeia, ela fica longe daqui, né? Então você, não tem esse vínculo diário que a gente tem aqui no dia a dia. Então, uns dos desafios então, é a gente se aproximar um pouco mais, e tá compreendendo o que está sendo realizado lá, isso a gente já conseguiu, recentemente tivemos um surto de coqueluche, no final do ano passado, então a gente tinha que trabalhar junto, mais, por muito tempo, assim, a aldeia era uma coisa distante, né? Da, da nossa realidade, então a gente precisou estreitar, era, era tanto um desafio, como uma fragilidade. (GM5).

Olha, eu acho assim, falta mais essa conversa entre os profissionais, essa troca

de experiência, essa relação entre os municípios, um apoio em relação entre alguns pontos da rede que a gente não consegue resolver. Acho que precisa mais, acho que mais, tá muito deixado de lado essa questão da tuberculose. Eu acho que ela vem acontecendo, vem acontecendo, que a gente tá vendo que os pacientes não só pacientes de tratamento esquema básico, são pacientes que tão vindo com resistência, tá? (GM3).

Dificuldade da equipe alcançar a compreensão do indígena sobre a importância do tratamento. É, tem que dar aquele choque de realidade, “se você não tratar você vai morrer” ((comentário relacionado à vivência verbalizada por outro profissional)) (PEnf.5).

É muito pouco, em questão de recursos humanos, é os recursos humanos é falho hoje, em todos os ramos, em todos os locais, porque a gente poderia fazer um trabalho muito melhor, se nós tivéssemos pelo menos um profissional a mais, trabalhando na equipe. Porque não adianta você ter também um, é, porque que nem o AIS, ele é um agente indígena de saúde, ele sabe vamos dizer assim, transalar na linguagem deles, a gente explica pra ele, ele explica pro paciente, né? em Guarani. Mas ele não tem um conhecimento de causa. Então assim é seria muito importante, eu acho que nesse sentido o recurso, que se tivesse mais profissionais trabalhando dentro das áreas indígenas, é ficaria mais, ficaria acompanhando mais de perto toda população, então recursos humanos em si, a pergunta em si, né? Os recursos humanos é falho sim, falta. (PTE1).

Dentre os quatro princípios da *estratégia pelo fim da TB*, ressaltamos aqui a *gestão e responsabilização do governo, com componentes de monitoramento e avaliação* e a *proteção e promoção dos direitos humanos, éticos e de equidade*, tendo em vista que as últimas assertivas e enunciados que compuseram essa categoria estão fortemente alinhados com os princípios citados. Sobre isso, para o alcance das metas dessa estratégia, é necessária a devida atenção aos pilares: atenção ao paciente, o componente social como também investimentos na pesquisa e inovação (BRASIL, 2019).

Planejar e monitorar as atividades programáticas é fundamental em circunstâncias com recursos humanos limitados ou restrições orçamentárias. Dialogar com a sociedade civil reduz as distâncias entre os serviços e as pessoas com tuberculose e apoia o desenvolvimento do cuidado centrado na pessoa. Somar esforços com outros setores no momento de planejar pode otimizar o trabalho e gerar resultados surpreendentes e promissores. (...) Conhecer o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como problema de saúde pública é um bom início para repensar e definir as estratégias no território. Por outro lado, a avaliação de estratégias programáticas por meio de pesquisas operacionais deve ser incorporada à rotina dos programas, encorajando-os a buscar a gestão baseada em evidências. Por fim, compartilhar experiências em um país continental e heterogêneo pode abreviar caminhos, para serviços e/ou programas nos níveis locais, possibilitando resultados exitosos (BRASIL, 2019, p. 187).

Neste bloco discursivo: **a organização das ações de vigilância em saúde no controle da TB**, os depoentes enunciaram discursos que contribuem com concepções do modelo de vigilância em saúde e a organização dos serviços de vigilância epidemiológica.

Os principais enunciados se remetem às responsabilidades das EMSIs e da equipe de vigilância epidemiológica e processos de trabalho. Os entrevistados reconhecem como potencialidade a EMSI e o papel articulador do AIS, embora denunciem fragilidades no processo de educação em saúde, capacitação, integração dos serviços, déficit de recursos humanos, déficit de recursos materiais e estruturas precárias. Apresentaram ainda diferenças substanciais entre os modelos centralizados e descentralizados na atenção à TB.

7.1.2.2. A organização das práticas sanitárias no controle da tuberculose

A transferência da política de saúde indígena é estruturada por iniciativas institucionais que se organizam por comandos verticais. Nesses contextos, o programa de controle da tuberculose no indígena segue essa mesma lógica, obedecendo a um organograma vertical de atribuições com suas respectivas competências nos diferentes espaços de gestão, negociação e cuidado/atenção à saúde. Em nível macro (estadual) tem-se no topo desse organograma a gestão distrital e estadual, já na base fica alocado o nível micro (operacional), onde estão dimensionados os recursos humanos que compõem as EMSI e as equipes de vigilância epidemiológica dos municípios.

(...). eu tenho uma coordenadora de tuberculose, dessa área de controle da tuberculose, que tem conhecimento mais técnico e que dá suporte pra essas equipes que estão aí espalhadas nesse território, (...) como nosso distrito sanitário, ele tem um território muito extenso, ele está, ele compreende três estados da federação, cuja a sede está em Curitiba, distante de onde está na verdade as aldeias e as equipes de saúde, então o próprio coordenador de equipe, acaba fazendo esse papel de articulador, ali no seu território junto ao seu município. (GDI1).

*existem um planejamento macro, que é um planejamento plurianual, que é o plano distrital de saúde indígena onde todas as ações que são previstas pro quadriênios estão ali planejadas. É, esse planejamento ele é um planejamento ascendente como deve ser, pois sai da base para o os níveis hierárquicos maiores, e ele tem a aprovação do conselho distrital de saúde indígena. Nesse plano distrital tem elencado todas as ações, inclusive as de educação permanente que precisam ser desenvolvidas pelo DSEI durante quatro anos. **E inclusive com metas de controle da tuberculose bem especificados, então o nosso plano atual vigente é o plano distrital de 2016 a 2019, um plano plurianual que tá terminando esse ano. Então provavelmente esse ano, vai vir aí a tona a uma discussão da elaboração do plano distrital do próximo quadriênio, onde naturalmente as ações de tuberculose vão estar presentes. realizados, ou pela secretaria de estado, ou pela regional de saúde, ou pelos próprios municípios.** (...) inicialmente a gente segue o programa nacional de controle da tuberculose né? Com as metas que tem lá, mais depois, né? **A gente, como o distrito tem um plano, que gente, chama de plano distrital' é de saúde indígena, a gente faz um recorte desse plano nacional, né? E modifica um pouco as metas, né? Baseado um pouco na realidade das populações indígena, então a gente segue as metas do***

plano distrital de saúde indígena. (GDI2).

*(...) a gente passou por uma situação de mudança da coordenação Estadual, depois mudança da coordenação regional, e a reorganização do serviço no município sede que é Cascavel, ele tem uma própria referência e contra referência, o consorcio fazendo os demais municípios. **Em relação a população indígena, ela nessa segunda fase da nossa, da nossa política aqui da tuberculose, que vai ser as comunidades mais específicas. Hoje a regional não tem nada específico em relação a população indígena que temos na nossa região, né? um dos nossos municípios ele tem uma comunidade, nem sei qual é o guarani, (...), mas eu não sei quais são etnias, não lembro quais são. Então assim, a gente não tem essa apropriação, nós não temos ainda, sabe assim essa apropriação. (GR1).***

No contexto político acerca dos profissionais atuantes na saúde indígena, a disponibilidade de qualificação e perfil de recursos humanos para trabalhar com a saúde indígena foi um dos critérios fundamentais da FUNASA para a organização dos DSEIs (CHAVES et al., 2006).

Conforme os recortes abaixo, a organização da saúde indígena nos cenários de estudo encontra-se estruturada de acordo com o modelo de atenção à saúde do indígena, cabendo, nesse sentido, aos gestores realizar articulações e pactuações necessárias para que seja garantido a assistência e o apoio às EMSI e aos segmentos que desenvolvem a política de controle da TB, para que sejam viabilizados os exames, os medicamentos e quando necessário, os serviços de referência.

A esse respeito, a articulação intrasetorial assume sua competência e responsabilidade no contexto da saúde ao viabilizar as pactuações e necessário envolvimento harmônico entre os gestores para melhora visando a melhoria da assistência à saúde dos indígenas (BRASIL, 2002). Ademais, a população indígena deve contar “com regramentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com disposições do Ministério da Saúde” (BRASIL, 2011, art.11).

[Adequações ou inovações para efetivar a transferência da política (...). planejamento]. Tá, a gente observa pela incidência, né? Vamos dizer assim, se em determinada população a gente vê que uma incidência ou prevalência maior de tuberculose, a gente elabora um plano de ação para aquele determinado local, mesmo tendo, né? a política nacional, mesmo tendo o plano distrital de saúde indígena, a gente acaba elaborando um plano de ação específico para atua naquela localidade que tá necessitando de mais uma ação de combate de controle da tuberculose. (GDI2).

[E como que é esse atendimento?]. Na verdade assim, a assistência tem um polo base aqui, então tem estrutura de médico, enfermeiro. Com suspeição da doença eles coletam o exame, traz para nós o resultado, se tiver alguma dúvida

no diagnóstico, né? O tratamento a gente passa pro médico da epidemio iniciar tratamento, ele não tem nada assim diferenciado. (...) Então, o encaminhamento quando existe uma suspeição, é solicitado os exames de rotina, é os que são obrigatórios na questão indígena, que a cultura e teste de sensibilidade, que é realizado em 100% da população com suspeição. É, quando tem uma suspeição ou um caso confirmado, aí a SESAI ela já comunica a gente, até via whatsapp, , , que agora facilita muito coisa. Então qualquer dúvida que eles têm também referente a diagnóstico, a gente tem um médico aqui que atende 2 vezes na semana, então, acaba dando esse suporte também. É eu acho que seria mais isso, específico de indígena não-tem-nada, Aí tem assim, a gente conversa a equipe sobre busca de contatos, se tem mais alguém, né? Pode trazer a amostra pra gente, que a gente vai tá encaminhando pro LACEN pra tá fazendo os testes rápidos (GM8).

Quando existe um caso, se não me engano, já faz tempo que não tem, é; o acompanhamento é feito pelo pessoal da enfermagem, técnica de enfermagem, e eu faço algumas visitas, né? dependendo do tratamento, as vezes em 9 meses ou outro tempo. (PMed.1).

[na suspeição] orientamos é que siga o fluxo do território, né? No território existem serviços pra atenção quando a um caso, de forma pulmonar, por exemplo, que não requer nenhuma atuação específica, agora quando o caso agrava, por exemplo, a uma resistência antimicrobiana e tudo mais, é seguir o mesmo fluxo pra atendimento nas referências. (GE2).

Na saúde indígena é reconhecida a existência de um diferencial quanto ao planejamento; nesse sentido, para além da política nacional de controle da TB, gestores citam também a realização do plano distrital de acordo com a realidade sanitária das comunidades indígenas, a partir de um modelo assistencial diferenciado promovido pelo SasiSUS. Entretanto, na rede SUS, percebe-se a necessidade dos gestores estaduais, regionais e locais realizarem ajustes para o atendimento desse público, visto que os resultados advindos desse modelo de manutenção e expansão da política de controle da TB indica a necessidade de aprimoramentos para efetivação e controle da doença na população indígena. Nesse sentido, conforme discurso, existem dificuldades para a realização e otimização do diagnóstico na suspeição,

(...) a demora pra esses exames vai depender ali do grau de infraestrutura do município em questão, tem municípios que têm a estrutura pra fazer , tem outros que não tem, e aí segue mais um fluxo, mais um caminho, é encaminhado pra algum outro de referência ou algum outro município que esteja consorciado, enfim o fluxo, mas o fluxo é o mesmo é da rede , da rede estadual de saúde, normal. (GDI1).

(...) a equipe, geralmente a enfermeira faz o, primeiro , o primeiro contato né? a busca ativa junto com as demais, equipe, técnico e auxiliar. O médico da equipe solicita, faz a solicitação do exame né? e geralmente eles já colhem naquela, eles não perdem aquele momento ali, de já coletar a primeira amostra e levar para o município. Isso acontece em sua maioria né? É, em raras exceções, eles vão primeiro fazer o contato com o município pra que garanta aquela, aquela vaga, né? pra fazer, no laboratório pra fazer. Mas no geral eles

já levam direto, é, essa amostra ela é entregue no município né? e a sequência é feito por nosso médico, ele não precisa ir pro médico da referência. O médico faz a solicitação dos exames necessários, o RX, a pesquisa do BK e é encaminhado para a rede de referência pra receber os resultados depois, depois do exame. (GDI2).

(...) temos que tá realizando alguma política mesmo de controle da tuberculose, adequar essa política mais efetiva é, a nível municipal principalmente, né? e nós a nível regional com suporte, lá do município. (GR2).

É pelo contato que a gente tem o nível municipal, é, eu não vejo problema também, mas a falta desse exame, se eu não me engano é em Foz, é realizado o teste rápido, né? Aqui também se tivesse caso seria bem legal. É, eu não tenho muito conhecimento pra dizer o porque, mas assim, eu questiono assim, como que tem algumas regiões que têm essa disponibilidade e outras não, né? Será que seria por questão de diferentes regionais, ou não, não sei. Lá a enfermeira Aline ela tem, teve os casos dela, onde ela, fizeram os testes rápidos, né? E são realizados em Foz, né? Então já se adianta bastante o início de um tratamento. Lá é bem mais rápido, ágil. (PEnf.2).

Então, imagino que aqui existe uma dificuldade muito grande com relação a liberação de exames, a gente pede raio x de tórax, pede baciloscopia, pede teste de escarro, que não é feito. Aí você tem que entrar em contato com Curitiba mesmo pra Curitiba entrar em contato com a regional, pra discutir a questão de liberação de, porque tem um médico auditor, que não faz acompanhamento de saúde indígena, não entende nada de saúde indígena, e acaba travando essa questão de exames. (PMed.2).

É, a gente acompanha como eu disse leva os medicamentos semanalmente, não é todos os dias e lá oferece pra ele, né? e vai pesar vai acompanhar ele, né? e a família é complicado acompanhar os, a família junto lá é complicado, porque não consegue os exames, né? Mas o paciente em si a gente acompanha. [Não consegue os exames da família, por que? (...)] É, demora, (...) no município, foi demorado, e a última família, foi muito tempo, então. [E a coleta do escarro, (...) como é realizado?] A gente orienta o paciente e daí pede pro motorista ir lá buscar e levar ao laboratório. (PTE5).

Embora o MS assegure recomendações singulares acerca do diagnóstico na população indígena, tendo em vista a necessidade do diagnóstico precoce (BRASIL, 2013), nesse estudo foi possível observar casos de pouca flexibilidade dos processos administrativos para situações que podem exigir prontidão nas respostas.

Segundo Loureiro et al (2014), lacunas consideráveis na acessibilidade ao diagnóstico de TB podem estar relacionada às dificuldades operacionais de organização da atenção à saúde, visto que mesmo com acesso facilitado de consultas, a atenção à TB pode estar prejudicada devido às dificuldades no diagnóstico. Nesse sentido entende-se que os impasses ao diagnóstico da TB exigem qualificação dos serviços para o alcance do diagnóstico oportuno, somados à premissa de que o controle da TB requer recursos humanos capacitados, integração dos serviços e saberes clínico epidemiológicos (ANDRADE et al, 2013).

Processos de trabalho e realidade das equipes são singulares e divergentes, em algumas regiões os profissionais vivenciam a precarização e sobrecarga de trabalho aliada à falta de subsídios e de infraestrutura, como também outras situações que envolvem as vulnerabilidades da população assistida. Sobre isso, o nível operacional reconhece a importância de aporte e recursos para a efetivação das ações, e acreditam que a garantia de subsídios para a prática assistencial influenciam na assistência ao indígena com mais dignidade e na realização da gestão do caso. A esse respeito espera-se que

numa política de responsabilidade da esfera federal, no SUS descentralizado, a atuação das instituições desse âmbito deveria ser pautada por regulação específica que estabelecesse não apenas as diretrizes de implementação, mas também proporcionasse apoio técnico para o desenvolvimento de capacidade de implementação em nível local, considerando-se a particularidade e diversidade de cada realidade. Isto pressupõe definição de fluxos de recursos (humanos, financeiros e materiais) e regras para sua utilização, além de mecanismos de supervisão e monitoramento de resultados, numa perspectiva de apoio à construção paulatina de autonomia para uma gestão descentralizada mais efetiva na área da Saúde Indígena (CHAVES et al.; 2006, p. 303)

Estudos apontam que no contexto da saúde indígena, existem várias queixas, dentre elas sido observado com frequência *a falta de apoio institucional e valorização profissional de espaços de trabalho em saúde*. Além disso, é reconhecido o convívio com condições estruturais inadequadas, sobrecarga de atribuições e deveres, falta de valorização e de reconhecimento, baixa remuneração dentre outras queixas. Nesse sentido, se reconhece e reforça a importância em reorganizar o processo de trabalho, a fim de evitar constrangimentos e sofrimentos aos profissionais e repercussões negativas na assistência de saúde prestada (MACHADO et al., 2007; NAVARRO; GUIMARAES; GARANHANI, 2013, *itálico nosso*).

Outro fato muito relevante é o processo de comunicação, sendo muito citado nos discursos situações de comunicação multidisciplinar na suspeição e na clínica. Nesse sentido, Navarro, Guimarães e Garanhan (2013, p.67), reforçam o discurso dos depoentes e expõem como sugestão e possibilidades para situações similares:

“a necessidade da realização de encontros e reuniões periódicas com os integrantes da equipe multiprofissional, no intuito de estabelecer vínculo interpessoal entre seus membros, além de proporcionar uma oportunidade formal para o repasse de informações pertinentes ao trabalho coletivo”.

Acredita-se que o diálogo entre a equipe multiprofissional, contribui com a melhoria do convívio entre os profissionais e motivação do grupo, promove a integração interpessoal

e qualidade no cuidado prestado (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010).

Então aí chega lá, e já comenta com a equipe, né? aquele senhor lá tá tossindo ou aquela senhora tá tossindo, já tá com duas semanas que tô passando lá e tá com tosse, então tem que ir lá vê. (GR7).

Então, é bem complicado o aporte da gestão, isso atrapalha muito a equipe no serviço também, outra coisa é o combustível. Trocaram o carro, continua o mesmo valor de combustível, chega dia 10, 15 já estão sem combustível pro resto do mês, então, e eles dependem de tudo, de automóveis, né? porque são todas as localidades longe, né? e isso, aposta muito nas ações deles. Eles têm que deixar o combustível para prioridades e acaba os programas, tipo, não só TB, mas vacinações, as vezes fica prejudicado por causa dessa falta de recurso. Isso ocorre aqui no município, não sei nas demais, mas a secretaria pode falar mais sobre isso. (GM6).

Pode ser a em primeiro lugar a cultura, que é essa falta de adesão ao tratamento, né? É outra questão séria, é muita vezes a falta de medicamento no dia certo, que a gente sabe que a tuberculose mesmo que no atua na unidade da família, é faz esse, leva o comprimido até na casa do paciente, é que nós temos a dificuldade pela logística, pela, enfim, falta de agente, falta de locomoção, talvez essa dificuldade. (...) (PMed.1).

Eu acho que um dos desafios seria a (distância) das aldeias, né? as aldeias são todas longe né? assim algumas de difícil acesso, então acho que seria uma das, dos desafios da equipe para chegar até a aldeia. (PEnf.3).

Outra fragilidade também é a questão de logística, a questão de recursos financeiros que a gente trabalha com uma demanda muito grande, em cima de todos os programas que a aldeia, a equipe, né? no caso tem que realizar, é, por exemplo nós temos a demanda de combustível que no início do mês todo dia primeiro entra a cota de combustível, e a cota ela é uma só, ela é determinada para os três Estados, onde o DSEI Litoral Sul atende, então a equipe conseguiu realizar os seus atendimentos, e o seu trabalho, a sua demanda, até quase o final do mês. Chegou no final do mês às vezes a cota acaba, então, há aquele remanejamento de combustível, então, existe, como se fosse uma fragilidade nessa questão de logística também, de recurso financeiro, outra coisa, a demanda de trabalho da equipe é bem grande, porque, a equipe dentro de uma comunidade indígena, o trabalho é bem intenso, ele atende o indígena desde a concepção até a morte, então (PEnf.4).

[Onde é realizado as consultas]. É o lugar que tem uma casa que é/ eles dão aula, é uma igreja, uma casa de reza, uma casinha de madeira, vai lá coloca um adesivo (...) em baixo da árvore ou dentro do carro. (PEnf.6).

[Quantas aldeias que vocês são responsáveis?] Aqui seria treze [(...)em quantas aldeias tem posto indígena?] Acredito que em nenhum. [(...) tem um cronograma específico da comunidade das aldeias?] Temos atendimento médico, que é terça e quinta de manhã, e terça e quinta à tarde aqui tem gestante, mas visita domiciliar não tem na aldeia. [(...)ações pontuais na comunidade] (...) puericultura não faz, só faz vacina. (...) a gente aqui tem que pesar as crianças de 0 a 7 anos, então dá mais ou menos, 300 crianças. E todo mês daí tem vacinação. [Vocês conseguem fazer uma visita semanal, nessas comunidades?] Eu não. (...) terça e quinta é atendimento médico, o médico tem que atender 4 aldeias na terça de manhã, e quatro aldeia na quinta de manhã, mas não tá conseguindo porque a população aumentou, entendeu! E não tem como você fazer um atendimento em 4 aldeias das 8 ao meio dia, então aqui é uma realidade bem diferente! (...) Às vezes tem medicação no carro que a gente

leva na caixa, ou as medicações que não tem ali, eles vêm na farmácia pra tá buscando. (PEnf.6).

A gestão tem buscado a garantia da assistência ao indígena, sendo observada a presença de discursos sobre o direito à assistência. Nesse sentido, são utilizados mecanismos e estratégias para empoderamento dos profissionais da APS na atenção a TB, tais como a capacitação e apoio e suporte institucional para continuidade da assistência em outros espaços referenciados a partir de critérios da clínica.

Sobre o capital humano tem-se percepção de comportamentos favoráveis e desfavoráveis ao controle da TB. Desse modo, acredita-se que a qualificação para as ações em TB influenciam muito o sucesso das ações e controle dessa doença. Para o DSEI configura-se como estratégias de apoio à qualificação, à organização das ações integradas de trabalho, responsabilidade partilhada das EMSI, vigilância e gestão, sendo imprescindível priorizar essa pauta nos espaços de diálogo entre essas equipes no cotidiano de trabalho, buscando construir os caminhos para se chegar a essa integração em cada realidade.

Olha, o distrito vem ao longo desses últimos anos especialmente investindo bastante na qualificação dos trabalhadores. E no caso da tuberculose, acho que há dois anos atrás, se não me falha a memória, nós fizemos um evento em parceria com a secretaria estadual de saúde em Curitiba, no sentido de qualificar esses profissionais no enfrentamento da tuberculose. E a coordenação desde então, vem sempre acompanhando essas ações que vêm sendo realizadas nas aldeias, sempre incentivando a busca ativa, ou seja, o entendimento é de que se a gente não implementar, fortalecer a busca ativa dos sintomáticos respiratórios, a gente vai consequentemente ter muitos casos aí ocultos e não, não identificados. (GD11).

*(...) bom, eu acho o seguinte, nós temos como tava falando antes, temos profissionais e profissionais. **Tem profissionais que você passou a orientação, realmente ele desenvolve que é um abençoado de bem, mas tem sempre tem aquele que tem essas dificuldades de descentralizar o tratamento e de acompanhar o paciente**, mas a gente não temos o que reclamar em termos de coordenação municipal, tem sempre a dificuldade porque nós temos muita troca de profissional. (GR4).*

(...) todos os médicos foi passado por um treinamento, pra que eles fizessem o atendimento do tuberculoso lá na unidade deles, que nos casos mais complexos eram/são passados pra um médico que trabalha mais na área de tuberculoso, né? é que é a referência, pra daí se tiver, se for necessário encaminhar pra outros lugares ele vai ser também. (...) inclusive agora mesmo tá tendo um uma capacitação, um treinamento que já foi passado para o pessoal da vigilância sanitária, da epidemiologia, que trabalha diretamente nesses casos aí, pra fazer o acompanhamento e os treinamentos (...) as melhorias e a atualizações só através de treinamento, e são todos são capacitados, é, pra que dê o efetivo atendimento pra população que precisa. (GM9).

Bom é modo geral a questão TB aqui para nós da Saúde indígena, ela, pelo menos nesses últimos 4 anos que venho trabalhando, a gente enfrentou aqui um caso, nesse período que eu tô, né? que tive participando desde da busca ativa, da realização dos exames, do tratamento em geral, até finalizar. Assim a organização que a gente, o que eu posso descrever é baseada nos treinamentos que a gente recebeu que eu recebi, né? lá no DSEI. Então assim, a gente fez o levantamento nessa busca ativa, e a gente identificou um caso suspeito, né que além de está suspeito naquele momento, já tinha um histórico anterior já não tão claro, mas havia também um caso antigo de tratamento, né? Então assim, a gente logo identifica esses casos suspeitos, e a gente, eu particularmente procuro à orientação na epidemiologia do município, né? Por exemplo, a partir daí eles vão dando uma norteadada no caso orientando a gente, pra gente dar continuidade no acompanhamento. (PEnf.2).

Os direitos fundamentais dos povos indígenas inclusive à *saúde*, são reconhecidos e assegurados na Constituição Federal e política do SUS (BRASIL, 1988; 1990, *itálico* nosso); nesse sentido os “direitos indígenas têm sede constitucional e são de competência federal, cabendo ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela gestão e direção da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas” (FUNASA, 2002, p. 22). Sobre isso, os direitos constitucionais dos povos indígenas no Brasil são assegurados pelo órgão competente, a esse respeito, entre as diversas atribuições desse órgão, considera-se como principal a garantia dos territórios indígenas, visto que isso influencia de forma relevante e impactante nos fatores determinantes de saúde e qualidade de vida dos indígenas e a garantia à saúde por meio da política de saúde indígena (FUNASA, 2002). Nesse sentido, a “FUNAI deve fazer o acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas em prol das comunidades indígenas” (FUNASA, 2002, p. 21). Cabe reforçar que o direito ao acesso universal e integral à saúde foi fortemente debatido na I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNPSI) e na II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, ocorridas nos anos de 1986 e 1993. Nesses espaços de discussões germinou-se o modelo atual de atenção diferenciada, tendo em vista as necessidades percebidas a priori nas comunidades indígenas relacionadas ao processo de planejamento, execução e avaliação das ações de saúde. (FUNASA, 2002)

Observa-se que para o controle da TB na população indígena, a qualificação assume caráter essencial e impõe esforços aos órgãos competentes. Nesse sentido, conforme a PNASPI o

número, qualificação e perfil dos profissionais das equipes serão estabelecidos de acordo com o planejamento detalhado de atividades, considerando: o número de habitantes, a dispersão populacional, as condições de acesso, o perfil epidemiológico, as necessidades específicas para o controle das principais endemias e o Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde a ser definido conforme a diretriz específica desta política. Nas aldeias, a atenção

básica será realizada por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde, nos postos de saúde, e pelas equipes multidisciplinares periodicamente, conforme planejamento das suas ações (FUNASA, 2002, p. 14).

Vale ressaltar que a educação continuada é de responsabilidade do órgão em que competente à saúde indígena, e conta com o apoio de instituições de ensino e pesquisa, principalmente nas certificações e processos educacionais (DIEHL; PELLEGRINI, 2014; BRASIL, 2002). Sobre isso, a

capacitação de recursos humanos para a saúde indígena deverá ser priorizada como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização de serviços (FUNASA, 2002, p. 16).

Sobre o fluxo e manejo para o controle da TB, os profissionais reconhecem que de maneira geral toda suspeição de TB, após confirmação, é gerenciada de acordo com as recomendações do programa nacional de controle da TB, seguindo o fluxo comum da região para o diagnóstico tratamento e acompanhamento, conforme os enunciados. Nesse contexto, reitera-se que para além das diferenças étnico-culturais, sociais, modos de vida (BASTA et al., 2013; FERREIRA, 2015; PERUZZO, 2016; MARTINS, 2017) os povos indígenas são vulneráveis e tem elevado risco de contrair a infecção e adoecer por TB (AMARANTE; COSTA, 2000; ESCOBAR et al., 20010; BASTA et al., 2004; HINO et al., 2011; LACERDA et al., 2014; ZORZI et al., 2019). Sobre isso, o boletim epidemiológico “*o controle da tuberculose na população indígena*”, ressaltou que a incidência de tuberculose entre os indígenas é 2,6 vezes a incidência da população geral, e essas diferenças são encontradas também entre as unidades federadas do Brasil. De acordo com Brasil (2013, p. 1)

67 municípios, distribuídos em 14 unidades federadas [incluindo o estado do Paraná e demais Estados de limite político internacional], são responsáveis por 80% dos casos novos de tuberculose notificados entre a população indígena residente em área rural.

Esse fato torna evidente a problemática da TB em população indígena em região de fronteira em sintonia com os achados em estudos realizados em diferentes regiões fronteiriças (BELO et al., 2013; BRAGA; HERRERO; CUELLAR, 2011; MARQUES, M. et al., 2014). Essas circunstâncias reforçam a necessidade de uma atenção diferenciada no contexto TB aos indígenas que contemplem a sua diversidade, singularidades dos diferentes

cenários locoregionais a partir da proposta de atenção diferenciada ao indígena segundo sua vulnerabilidade conforme o manual de recomendações para o controle da TB no Brasil (2019), principalmente no que se refere ao diagnóstico precoce e tratamento otimizado (BRASIL, 2019).

Acerca da suspeição os profissionais reconhecem a gênese dessa atividade lá na aldeia e a importância da integração entre os profissionais, não no sentido de realizar o trabalho de competência do outro, mas de auxílio no âmbito de sua competência às atividades do outro. Essa cooperação mútua e consciência da definição de papéis e atribuições individuais, vivenciada na EMSI segundo os recortes, é um dos benefícios passíveis de serem vivenciados no trabalho em equipe; nesse sentido, a satisfação ao atingir metas e objetivos comuns à equipe de trabalho refletem em maior resolutividade e eficiência da equipe (NAVARRO; GUIMARAES; GARANHANI, 2013).

Nesse sentido, entendemos que existem aspectos importantes detectados por um profissional que pode não ser de conhecimento do outro, a exemplo, cita-se o trabalho desenvolvido pelo agente de saúde indígena em relação à suspeição, o reconhecimento dos sinais e sintomas e a comunicação objetiva entre esses profissionais do nível operacional e seus efeitos na identificação dos sintomáticos respiratórios.

Considerando o trabalho em equipe e tendo em vista a complexidade do cuidado em saúde, Macedo (2007) afirma que o trabalho multiprofissional é uma ferramenta singular na abordagem ao paciente e familiar. Essa ferramenta possui dificuldades inerentes a essa prática, tendo em vista as micropolíticas e as relações interpessoais nesses espaços onde é produzido o trabalho em saúde (MACEDO, 2007). O autor chama a atenção ao fato de que os “profissionais de saúde muitas vezes se acomodam em suas tarefas, reproduzindo “automatismos do fazer”, sem dar a devida atenção à si mesmos e aos outros” (MACEDO, 2007, p.33). Acredita-se que

O desafio atual do trabalho multiprofissional é produzir um novo saber, oriundo dos processos de reflexão a respeito da difícil tarefa assistencial, motivando seus atores ao protagonismo tão necessário para a qualificação do atendimento oferecido e o aprimoramento desta ferramenta indispensável, que é o trabalho em equipe ” (MACEDO, 2007, p.33).

(...) em primeiro caso, as equipes se identificando, esses pacientes, né? pro atendimento de enfermagem, o atendimento médico é realizado inicial na suspeita do caso, a família também é atendida e nessa ocasião é solicitado ali principalmente os contatos, pra que eles possam ser atendidos, e o médico tendo alguma suspeita de tuberculose, ele vai solicitar os exames complementares necessários. (GDI1).

Lá em (cita o município), eles têm um convênio com um município maior do lado, que é (cita o município), e esse indivíduo, esse indígena, então, ele é lá na aldeia, né? provavelmente há suspeito, eles mandam para a sede do município, e ele vai fazer o raio x, acho que são 7 km de distância, do município pro outro, 7 ou 10, que eles são levados no Hospital, fazem o raio x, e é isso, é uma organização microrregional, então isso existe também tá. (GR1).

(...) Quando existe a suspeita, a suspeição da TB, o fluxo ele é bem simples, tá? Dentro do município gente já tem os laboratórios que são conveniados, né? e dentro então desses laboratórios a gente vai ter a coleta, né? a preparação desse material que foi coletado lá na área, tá? hoje a gente usa pelo protocolo, que é a partir do momento que eu suspeito de uma tuberculose, esse paciente tem produção de secreção, ele já vai fazer a coleta no primeiro momento, né? e no dia seguinte faz a segunda coleta. E daí a gente já vai seguir a questão de a gente fazer essa confirmação ou através do teste rápido molecular, ou através do exame, né? da baciloscopia que é feita nesses laboratórios que são conveniados com os municípios. É, praticamente todos os nossos diagnósticos são dessa forma, né? Alguns que vão ter uma dificuldade ou porque não tem produção de secreção, né? tem os outros sintomas da tuberculose mas não tem tosse produtiva. Daí que a gente vai seguir as questões sempre pensando no menor custo, radiografia, se a radiografia não for importante, vai para uma tomografia, lavado brônquico que a gente já fez em alguns pacientes, tá! (GR5).

(...) acho que no começo da entrevista, né? quando nós temos um caso suspeito a gente vai atrás, com todas as dificuldades de logística, etc. E, ah tentamos entrar em contato com o município pra fornecer a medicação, é temos que trabalhar no sentido da adesão do paciente e da família também, os comunicantes são muito importante, e nesse quesito aí, é fazer o teste nos comunicantes, é um problema porque as vezes a falta o PPD ou a tuberculínia, né? (...) quando a gente tem um caso, é suspeito, então a gente solicita o raio-x, solicita a pesquisa de Bacilo Ácido Resistente, e fechando o diagnóstico a gente encaminha para a referência no município. [Quando se preenche a notificação?] eu desconheço, porque teria que perguntar pra enfermeira, eu não sei, porque como a gente tem poucos casos, né? eu poderia falar sobre o meu município, ele é diferente, em (cita o município). (PMed.1).

Então, o principal (...) no controle da tuberculose é o agente de saúde mesmo, porque é ele que está vivendo entre a população, ele que está acompanhando a questão das queixas do paciente é, dos sintomáticos e ele repassa toda essa informação pra equipe. Vim de uma realidade diferente que o próprio agente de saúde fazia a coleta de escarro, aqui não é feito! aí tem essa questão, questão de conseguir acompanhar esses pacientes, que são sintomáticos. (PMed2).

Então, com a suspeita desse paciente o médico que consulta na aldeia, ele pede exames, raio x, encaminha à epidemiologia. A gente trás o paciente na epidemiologia, né? agenda a consulta os médicos pedem os exames, os raio x, é durante o tratamento, né? a gente tá acompanhando ele, trazendo ele, né? toma o remédio e fazer os exames. (...). às vezes os pacientes vem do Paraguai, né? Daí não tem documento, daí é demorado, né? É demorado. (PTE5).

As competências dos profissionais estão focalizadas na operacionalização e efetivação das ações, as quais obedecem a uma lógica de fluxo e contam com articulações e comunicação assertiva entre os profissionais.

Sobre o diagnóstico, na maioria das localidades é reconhecida a delimitação de

fluxo, alguns mais coesos outros incoerentes com a realidade social e sanitária do indígena. Em relação às possibilidades para o diagnóstico, têm-se utilizado diferentes recursos e meios de acordo com as realidades locais e administrativas e micro administrativas das regionais de saúde. Nesse sentido, atualmente é muito utilizado como recurso ao diagnóstico o exame BK, Raio X de tórax, em alguns lugares têm a possibilidade de realizar o teste rápido molecular e o PPD também tem sido utilizado como auxílio ao diagnóstico. Como mencionado anteriormente, em alguns locais a EMSI assume a responsabilidade na atenção à TB, já em outros lugares é realizado o acompanhamento pela epidemiologia do município.

Existem desafios a serem superados em relação ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indígenas com TB, como também dificuldades com o controle dos contatos dos casos confirmados de TB entre indígenas. Nesse sentido, observa-se que em determinadas regiões a realização dos exames para diagnóstico é demorado e a dificuldade é ainda maior quando se trata dos contatos. Já em outras localidades esta etapa do processo é otimizada. Essas diferentes realidades tem gerado inconformismo e questionamentos por parte dos profissionais, porque acreditam que algumas regiões são favorecidas em detrimento de outras. Também existe a dificuldade em obter uma amostra satisfatória ou ainda mais de uma amostra de escarro para a realização do BK.

Embora não seja a realidade de todas regionais, tem-se observado movimentos de integração entre a rede SUS e o subsistema de saúde indígena a partir de iniciativas pontuais para o diagnóstico, a exemplo cita-se as aplicações de PPD através de parcerias da regional de saúde com a coordenação do DSEI, com o objetivo de alcançar esse público por outro lado, os discursos também denunciam de falta de comunicação em alguns espaços. O tema da comunicação é extremamente relevante para as organizações de saúde (BASILE, 2011).

A comunicação entre os profissionais “é o denominador comum do trabalho em equipe, o qual decorre da relação recíproca entre trabalho e interação” (PEDUZZI, 2001, P. 106); sobre isso, o processo de comunicação deve ser verdadeiro, claro, preciso, traduzir confiança e respeito, deve também contemplar de forma clara e objetiva os papéis dos membros da equipe e os propósitos dessa equipe. Esses pontos conjuntos à corresponsabilidade e relação de parceria são fundamentais para o alcance do sucesso, qualidade e produtividade no trabalho em equipe (PEDUZZI, 2001), ao passo que

“falta de tolerância, déficit na comunicação e resistência às mudanças, que,

somadas ao despreparo do profissional, resultaram em uma equipe deficiente e impossibilitada de atingir seus objetivos” (NAVARRO; GUIMARAES; GARANHANI, 2013, p. 66).

Ah, o primeiro é o BK, que é o BAAR, que é BK de escarro, são feito duas amostras, é, quando à suspeita e o enfermeiro lá já nos comunica, a gente já providencia então os frascos, é orientado a forma da coleta, pra uma boa coleta, pra melhor resultado, é realizado o raio X de tórax, e muitas vezes é pedido alguns exames ali, tipo hemograma, alguns outros exames que possa (incompreensível. o caso ou descarta-se da tuberculose. Então, nós não temos um PPD aqui, pra fazer a leitura imediata, então hoje a gente só faz nos casos, nos contatos dos casos confirmados, que era uma medida anteriormente de diagnóstico, né? e hoje não, quer dizer, na verdade ele não é diagnóstico, mas auxilia no diagnóstico. Mas hoje a maioria dos nossos casos a gente pega no raio X, no raio suspeito é muito claro, e a gente tem o raio X aqui na unidade, então a gente faz esse raio x e já quando chega o BK a gente já tá com o quase 100% confirmado. (GM5).

(...) então veio um aplicador da região de Apucarana, se não me engano, que é o pessoal da SESAI mesmo, mais a coordenação do DSEI de Curitiba, e autorizaram nós a intermédio da Regional, eu e mais uma profissional, pra tá lá fazendo essas aplicações e leitura, para a gente poder estar apto a fazer essas aplicações de PPD de diferentes leituras na região, tanto que a gente vai atender o município de (cita o município) e mais cinco municípios da 5ª Regional, na questão do PPD a partir de março, né? Então isso foi uma aprovação, e a gente realizou esses PPD, em todos os contatos, nos últimos casos que ocorreram nos três anos. Então foi aplicado 126 PPDs, 120 se não me engano agora, (GM6).

(...) o fluxo começa dentro da aldeia, né? digamos por exemplo, o AIS fez uma visita domiciliar, lá na casa de um determinado paciente, e ele vê que as vezes o paciente está com tosse, ou tá com sinais de emagrecimento, né? ele queixa de alguma coisa pra ele, mesmo o AIS digamos, não tendo é esse aprofundamento da doença, ele sabendo mais o básico da doença, ele vai reportar isso a equipe de enfermagem, né? ou ao técnico ou a enfermeira em sim, aí os profissionais entre eles conversam vão repassar ao médico, o médico vai avaliar esse paciente, vai pedir os exames, os exames são coletados dentro da aldeia, levados, né? para o município, se esse paciente acaso positivar para TB, entra em ação a equipe com uma forma de estratégia de como eles vão tá acompanhando esse indígena, se ele vai necessitar de uma melhor acompanhamento(...). Aí o município vai reportar ao estado, que ele tem que reporta à regional, como nós também da SESAI já somos imediatamente reportados através da aldeia, então, a aldeia identificou o caso, positivou, vai informar o município e SESAI, que somos nós, aí o município, toma a partir daí a sua responsabilidade pra tá informando também o estado. (PEnf.4).

(...) tem o médico responsável, daí é tudo por lá daí. [no caso vem a medicação pra vocês acompanhar aqui?] a medicação exatamente, o acompanhamento deles lá, com o médico. Que não sei se está atendendo lá mesmo, mas ele atendia lá na epidemia mesmo. [E o acompanhamento dele?] Acompanha ele aqui daí. Daí já de início, a gente já faz o, já pede pra fazer o exame nas pessoas mais próximas deles, né? Que é feito também, descartado, trata só aquela pessoa. [Então, quando existe a suspeição, vocês fazem?] a visita, a gente faz muita visita na verdade, pelo menos três vezes por semana eu e a Lília a gente sai fazer visita, né? Que nossos agentes de saúde eles são indígenas, né? Então a gente gosta de acompanhar um pouquinho, né? Mais de perto, mas a suspeita, se tiver alguma suspeita a gente já leva, já coleta já o escarro deles mesmo, que a

gente tem potinho aqui, já leva pra epidemia e eles já (...). (PTE2).

Observa-se que nos locais onde a atenção à tuberculose é descentralizada, os gestores e profissionais reconhecem como competência das EMSI a gestão do cuidado desde a suspeição até o pós-cura, é também atribuído aos profissionais a responsabilidade quanto à clínica, vínculo, orientações e educação em saúde. Nesse contexto a vigilância e serviços de referência representam o apoio e suporte institucional.

Já nos locais onde a descentralização não se efetivou, a gestão do cuidado nem sempre é feita pelo profissional médico da aldeia, sendo muito comuns os arranjos heterogêneos de fluxo, os quais são desenhados de acordo com a localidade e arranjos administrativos do setor saúde de determinadas regionais de saúde.

De maneira geral os gestores e profissionais reconhecem que a atenção especial deve ser dada aos indígenas em relação à TB, mas não é priorizado esses atendimentos com o devido valor que esses casos exigem e o que representam em termos de propagação da doença na comunidade.

Nesse sentido, considera-se importante incluir a investigação dos contatos dos casos confirmados por TB e dos sintomáticos respiratórios com a mesma prioridade dos casos já em acompanhamento, além de realizar busca de faltosos ao tratamento para evitar o abandono. Sobre isso, é de suma importância o incremento do TDO a fim de atender as recomendações da OMS sobre a cura de pelo menos 85% dos casos de TB da forma pulmonar e bacilífera e abandono menor que 5% (BRASIL, 2014).

Observa-se que não existe na prática uma estratégia específica que alcance o modo de viver dos indígenas e que confira proteção e prevenção da TB nesses povos conforme abordado em vários recortes nesse estudo. Esse fato sugere desalinhamento com prioridades da PCT, considerando que o controle da TB baseia-se busca de casos, no diagnóstico precoce e adequado e seu tratamento até a cura, com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão e evitar possíveis adoecimentos (Ministério da Saúde, 2019).

A falta de diagnóstico e acompanhamento qualificado e integral inclusive após a alta e cura, a dificuldade com o delineamento de fluxos, reciprocidade e corresponsabilidade dos serviços, tem vitimado e exposto indígenas a riscos como complicações, incapacidades e óbitos.

A vitimização do indígena por TB é histórica e recorrente (PAHO, 1968; RUFFINO-NETO, 1999; ESCOBAR et al., 2001; NGUYEN, 2003; BASTA et al 2004; MACHADO-FILHO, 2008). A respeito dos inegáveis avanços obtidos com a implantação

da PNASPI e criação da SESA, o que culminou em expansão e melhoria do acesso aos serviços de saúde a partir da proposição e estruturação de um modelo organizacional diferenciado, salientamos que os povos indígenas convivem com profundas desigualdades entre grupos sociais (MAGALHÃES; BURTLANDY; SENNA, 2007).

Os profissionais reconhecem determinada transferência de responsabilidade ao nível operacional e falta apoio institucional em termos de subsídios, meios e estratégias, expõe a equipe a impasses na gestão do cuidado em relação ao tratamento e acompanhamento.

A descontinuidade do cuidado somada à carência e alta rotatividade de profissionais, assim como a necessidade de estabelecer diálogos interculturais que promovam a articulação com saberes tradicionais, são fatores que desafiam a efetividade da PNASPI. O cuidado ainda é centrado em práticas paliativas e emergenciais, geralmente baseado na remoção de pacientes, gerando altos custos. A superação desses desafios depende do fortalecimento da APS e de seu reconhecimento enquanto importante marco regulador do modelo organizacional da PNASP. O cuidado ainda é centrado em práticas paliativas e emergenciais, geralmente baseado na remoção de pacientes, gerando altos custos (MENDES et al., 2018).

Dentre os vários desafios apontados, a maioria dos profissionais elencam a realização do TDO e o abandono do tratamento. Os profissionais acreditam que para além das limitações e escassez de meios e recursos, a não realização do TDO está muito relacionada à mobilidade intensa dos indígenas, num vasto território, e outros hábitos de vida desses povos, sendo necessário até mesmo internamento para a realização do tratamento. Em relação à dispensação do medicamento os discursos sinalizam boa viabilidade operacional.

Uma revisão de literatura apontou que dentre os

principais fatores associados à dificuldade de adesão do tratamento a falta de informação do paciente sobre a doença; a falta de informação da família; uso de álcool e drogas ilícitas; barreiras sociais, econômicas, demográficas e culturais; a escolaridade; problemas inerentes ao medicamento; o Tratamento Diretamente Observado (TDO) [e ao indígena soma-se os processos migratório e intensa mobilidade]. Diante dos dados encontrados, percebem-se diversas causas para o abandono do tratamento, sendo estes relacionados a aspectos que muitas vezes são passíveis de intervenção dos profissionais da saúde (SOUZA; SILVA; MIRANDA, 2017, p. 309).

O TDO é recomendado para todo indígena diagnosticado com TB, seja caso novo ou retratamento, nesse sentido entende-se que para “o êxito do TDO nas áreas indígenas, é necessário que as EMSI desenvolvam estratégias adaptadas à realidade local, considerando as especificidades culturais e geográficas de cada grupo étnico” (BRASIL, 2013, p. 5). No

entanto a expansão da cobertura de das ações do PCNT inclusive a estratégia DOTS é um grande desafio, como também redução dos casos de abandono e elevação da cura da doença (SANTOS, 2007).

Sobre os motivos de internamento do indígena, um estudo realizado no norte do país, classificou as cinco causas de internação mais freqüentes em indígenas, dentre as mais frequentes, a tuberculose apresentou um percentual expressivo de (19%) das causas, sendo o segundo maior motivo de internação (SANTOS; COIMBRA-JUNIOR, 2013). Esses achados demonstram a importância do controle dessa doença nos povos indígenas.

É nós conseguimos internar os indígenas, quando há necessidade ela é referenciada a como uma unidade de receber o paciente por livre espontânea vontade dele, para um acompanhamento pelo período de tratamento. Então hoje nós temos esse hospital, também temos um e-mail como a telemedicina, pode ser discutido os casos, às vezes até nem precisa sair da aldeia e pode discutir através da tecnologia usada [isso é uma inovação] é uma inovação, então nós não temos dificuldade em termos disso, e tem até um exemplo, né? Nós tivemos muitos indígenas já internado lá, e que saíram lá com cura. (GR4).

(...) tem área que a gente tem comunidades que dá 70 quilômetros da sede, né? então a gente as vezes, mesmo o posto daquela região ainda vai dar uns 30 a 40 quilômetros, então, se já pensou uma TDO nessa distância! Então, mesmo se participando com agente de saúde para fazer essa TDO vai ser uma complicação (GM6).

(...) mas o TDO indígena! Eu acho mais difícil, mas é passo de tartaruga essa descentralização, é bem difícil, assim as equipes tão sobrecarregadas, elas falam mais uma coisa para eu fazer aqui, a gente aos pouquinhos tá, tá encaminhando, então assim elas estão se engajando já. A questão indígena ainda, é a equipe do SESAI faz esse controle de TDO, não é, né? equipe saúde da família, tanto que é a cargo deles mesmo, tanto que eles tem o ACS, né? do indígena, então eles também fica responsável pela medicação, mas nem sempre isso é possível, que depende, né? Aqui pelo menos, parece que tem ACS que é bom, ACS que é mais ou menos, então assim, eu não sei como é que é, como todo lugar, né? Que é mais responsável, ou que não é tão responsável com o tratamento, e se todos não forem responsáveis, eu falo, Tem quase que levar para casa o paciente de TB pra tratar? Não acontece tratamento. O tratamento de TB eu faço, falta levar eles embora pra dá o medicamento. Se eu pudesse tomava por eles!, é bem complicado, ((ri)). a gente entende! (GM8).

É o acompanhamento acho que é do dia a dia mesmo, né? do dia a dia, como AIS vai entregar, (...). vai levar uma medicação, ele faz um relato, uma primeira observação, já repassa pra gente qualquer tipo de queixa, né e como a gente tem o atendimento semanal na aldeia com o médico, né? Então, num numa dessas situação de queixa, a gente já programa pra ele já procurando o médico da equipe no dia do atendimento (...). É faz também o acompanhamento pra saber também como tá a questão nutricional. (PEnf.2).

A questão deles não parar, de ter uma vida nômade, muitas vezes não fica na aldeia. (...) A questão do alcoolismo, né? Que geralmente os que têm a doença são os que mais bebem, os alcoólatras, né? (...) porque eles não param, então a gente não consegue fazer a dosagem supervisionada neles. (...) Morar mais

peessoas dentro de uma casa, né? (...) na população fora das aldeias são famílias menores, aqui na aldeia já são famílias maiores. (PENf.5).

É que na saúde indígena tem o diferencial, é as dificuldades, entendeu? Então as vezes é tem protocolo por exemplo, cê vai fazer, é a gente que a medicação tem que ser dada por um profissional de saúde, Não tem como! Entendeu? Aí você fala! Não, não vou fazer, entendeu? Não, mas tem que fazer, não tem! então assim, não tem! Não tem! E aqui é perto, imagina 70 quilômetros, 50 quilômetros, quem que vai? Não vai! cê vai entregar a medicação pro índio que vende artesanato? cê vai proibir ele de vender artesanato? que ele sai vender artesanato? Não! Cê tem que entregar a medicação, e Cê tem que tentar acreditar que ele vá tomar, entendeu? É complicado. (PENf.6).

É às vezes eles é, tomam o remédio até certo ponto, e pensam que melhorou e abandona né, têm uns que abandonam o tratamento [Como é o acompanhamento?] Algumas aldeias tem agente de saúde que faz isso sim, mas tem umas aldeias que não tem agente de saúde, e tem outras que têm, mas ele também não se importa muito. (...) É, a gente acompanha como eu disse leva os medicamentos semanalmente, não é todos os dias, e vai lá oferece pra ele, né? e vai pesar, vai acompanhar ele, né? (...) (PTE5).

O monitoramento ficou pouco evidente, sendo citadas supervisões a partir de controles pontuais preenchidos pelos profissionais e enviados às referências de acordo com a hierarquia dos espaços. Outro fato citado é a fragilidade da vigilância de epidemiológica na TB é a iniciativa em relação e vigilância a óbitos, visto que ocorreram óbitos por TB em indígenas que supostamente eram evitáveis.

(...) todo mundo faz a vigilância dentro da aldeia, toda a equipe faz essa vigilância, entendeu? O foco é mais na enfermagem! Mas isso, já tem um entendimento na equipe que tem esse contexto, né? Interdisciplinar. (...) Mensalmente eu recebo uma planilha, essas planilhas, elas até assim, não é mais cobrado para gente de Brasília, mas a gente continua fazendo isso, né? Aquele trabalho do livro verde. Eles colocam ali os sintomáticos respiratórios que foram identificados naquele mês. O caso que foi identificado, a lista com todos os contatos, e tudo que foi feito com aqueles contatos, de exames de busca (...). Por exemplo (...). (GDI2).

Já aconteceu também é: de temos que ir até esse local fazer uma visita a comunidade, depois que nós tivemos um óbito de uma criança por tuberculose, é: daí o trabalho da regional, onde eu estou, é complementar alto município, com levantamento, com orientação e principalmente a pesquisa dos comunicantes. (GR1).

(...) cada grupo que teria necessidades de ampliar a: as ações, e a questão do indígena nos chama atenção, até porque como a doutora falou teve óbito de criança, a gente teve óbito de uma outra indígena agora recente também, né? relacionado a tuberculose, que a gente tá ainda investigando alguns detalhes sobre isso. Recebemos recentemente pedidos para fazer mais investigação sobre esse caso, visto que ela passou por vários setores né, vários locais, Nova Laranjeiras é um deles né, o outro é aqui na nossa cidade, tanto em Cascavel quanto na cidade próxima que é Santa Teresa. (GR2).

*Dia dezoito tem um vídeo de tuberculose, investigação de óbito, é da regional, dia 18 de tarde. Essa necessidade assim, de capacitar, sabe? Eu até escrevi pra ela ontem, eu coloquei pelo whatss, apesar de ser pelo whatss, eu falei assim, eu vou desabafar, eu falei assim, é uma área tão difícil pra mim. Aí quando têm esses cursos assim, né? O tratamento a gente até sabe, mas assim pra trocar experiência, ver o que os outros municípios têm, o que é de dificuldade, o que não é. **Esse vídeo acho que vai ser específica pra investigação é dos óbitos por tuberculose.** Aí vai ter que se preencher um roteiro, e esse roteiro tem os CIDs lá que vai ter que ser investigado, é quem fez o roteiro. Acho que ali vão falar como é que vai ser, né? Pra quem que integra, quem que se faz. Eu li um pouco no manual. (GM3).*

É de conhecimento nacional a importância do monitoramento e avaliação das ações de controle da tuberculose, essa “atividade é a principal estratégia do PNCT para o fortalecimento das ações de controle da tuberculose realizadas aos estados e municípios” (BRASIL, 2014, p. 11) e ocorre mediante a avaliação de indicadores epidemiológicos a partir de dado do sistema de informação (BRASIL, 2019). Nesse sentido, reitera-se que SASI apresenta problemas relacionados à confiabilidade dos dados e acesso restrito das informações (GARNELO, 2012; BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012; SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007), somados às dificuldades de comunicação com os outros sistemas de informação do SUS, dificultando as atividades de diagnóstico local e monitoramento das ações de saúde e da implementação da política, interferindo na avaliação do desenvolvimento, dos avanços e limites da política (BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012; ISA, 2012; MENDES et al., 2016).

É reconhecida a excepcionalidade quanto à vinculação do indígena a uma área de cobertura em seu território de origem. Nesse sentido, suspeita-se de falta de pactuação, negociação entre gestão e equipes, e também a falta de diálogo e informação com a equipe de referência desses indígenas que eventualmente buscam atendimento e são atendidos fora de seu território.

*Cê veja, o teu município é Foz, Foz tem digamos 200 mil habitantes né, não sei se tem mais! Vamos chutar! **O quê que você precisa ver em Foz, dentro do programa tuberculose? Um por cento ((1%)) da população tem que ser pesquisada ao ano,** isso vai dar 2,500 pessoas, tá pro sintomático respiratório, se você atinge essa meta, não é só atingir a meta, você está vigiando você está pegando a tuberculose no início. **Há uns 5 anos mais ou menos a gente teve um problema aqui em Cascavel que, Cascavel quando falo é a 10ª regional, mais de 50% dos casos de tuberculose foram descobertos na atenção terciária, no hospital. Emagrecimento, febre e amarelo: câncer ia pra UOPECCAN! Emagrecimento e não sei o que, vômito: câncer de estômago ia pra UOPECCAN! Não, era tuberculose tá. Então quando você tem tuberculose em criança, você tem tuberculose sendo diagnóstica no nível Hospitalar, quando você tem tuberculose que não foi identificada, e você pega um contato, por exemplo, e o contato foi descoberto no, o caso não, esses indicadores são que o teu sistema está ruim. Então você imagine a gente pegar uma criança da***

comunidade indígena, uma criança indígena que morreu por tuberculose, quem estava olhando a tuberculose, é isso que a gente quer colocar na cabeça do profissional. A criança tossia, tossia por causa da fumaça. (GR1).

Nota-se que principalmente o nível operacional reconhece a necessidade de garantia da continuidade do acompanhamento pela equipe de referência considerando todos os aspectos necessários para oportunizar esses arranjos. Reconhecem ter um fluxo e determinado apoio aos profissionais como também a necessidade de atualizações da rede, entretanto falta uma discriminação positiva e um melhor delineamento do fluxo de acompanhamento após alta do tratamento, visto que isso não está bem claro para os profissionais. Ou ainda, existe um fluxo de apoio, mas também o desconhecimento de como a prática de referenciamento dos casos se efetiva no seguimento indígena. Nesse sentido, o estudo revela uma realidade desconexa ao idealizado pela Lei Arouca e ao dispositivos acrescentado na Lei 8080 de 1990, que traduz as responsabilidades do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, DSEI, e o papel do SUS na retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (BRASIL, 1999b). Sobre isso, é clarificado a necessidade de

adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. (...) As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a [Atenção Primária], secundária e terciária à saúde (BRASIL, 1999b, art. 19 G).

*Eu acho que aqui não é dizer que não temos, porque, é, como eu te falei **todo o SUS ele já tem um fluxo, né? O próprio programa nacional ele já prevê as comunidades diferentes, por exemplo sistema prisional, comunidade indígena, etc. O que a gente tem em termos de regional, e falando agora de regional, nós temos o apoio que a gente presta ao município, então nós não estamos lá todo dia o município sabe qual é sua realidade, ou quando existe uma população circulando por aqui, é, de quando a um problema eles sempre recorrem a regional! E a regional sempre, acaba tendo que, liga pro HU, liga outro, liga pra coordenação, liga pro, às vezes pro Hospital da Lapa, que é a nossa referência em tuberculose, no Paraná, que acaba internando muito mais por problemas sociais, do que propriamente uma necessidade de interna aquele paciente, que a gente pode interna o paciente aqui também, no isolamento. Então essa articulação é que a regional faz. Em termos de estratégia de controle da tuberculose na população indígena a gente não tem nada específico em relação a isso, que nós temos é é essa participação de resolver os problemas pontuais, né? Agora ir lá incentivar o município, ir junto com o município pra fazer alguma abordagem, é, também o município já falou assim “mas eles têm uma assistência”. Mas o indígena ele não procura especificamente só sua unidade, né? Então a gente tem que retomar essa discussão, é complicado isso aqui, (...).Então é isso, é interessante quando você estabelece o mesmo um fluxo, é alguém ligar e saber que que aqui na regional vai responder, se não souber vai procurar em Curitiba, se não souber vai procurar no Ministério, a gente sempre***

dá um jeito de dar essa resposta. Em relação a tuberculose a nossa meta é reorganizar, (...) né? Estamos participando desse levantamento, é também discutir com esses municípios a questão específica da comunidade indígena, que ela não está fixa, ela circula, é, por direito ela tem uma retaguarda no Hospital, que é no Hospital Universitário. Então, são algumas coisa que a gente tem que retomar e relembrar pra todo mundo, né? Até porque uns aposentam, uns vem chegando, se a gente não contar essa história pra todo mundo (...). É bem isso, (...) e daí pescar aqui que não está sendo olhado, por exemplo, essa questão da interatividade mesmo entre o SUS e as questões, as necessidades dos povos indígenas, eu acho que tem que ser um pouquinho diferente. (...) Mas, resumidamente nós não temos e vamos ter que incluir na nossa lista de prioridades essa questão específica do indígena, não só porque a gente tem um município que tem um aldeamento ou uma aldeia, mas porque nós temos, somos uma referência. A outra questão é que, o Hospital Universitário que hoje é da UNIOESTE, ele é referência pra toda essa região, ele tem cotas pra atender a população indígena, assim, né? Então, essa é uma outra realidade, assim, a gente fica é o Hospital tem muita coisa, mas ele está dentro de um fluxo, de um fluxo de atendimento para essas populações. E lá em Laranjeiras, tem Espigão que acaba usando o que é dos, que o município menor tem, né? É mais o nosso Hospital Universitário que é da UNIOESTE, é referência para esses casos, qualquer caso, né? Pra que os agravos que demandem hospitalização para os nossos, nossas populações que circulam. Eu não vou falar diretamente de Espigão, porque é equipe, né? Então, acho que isso aí, também, a gente tem que retomar essa questão do hospital, né? Nessa discussão que não é pra agora, agora é a sensibilização, agora são alguns passos que nós estamos dando, né? (GR1).

É isso mesmo na verdade assim, quando o paciente apresenta sintomas lá na unidade básica, o médico já faz o tratamento básico, ele mesmo pode fazer, aí quando ele não dá conta, ou ele tem dúvida, é encaminhado pro consórcio, pro CISOP lá com a médica de referência para problemas da tuberculose, problemas na área em geral, né? Daí é encaminhado pro CISOP pra fazer o acompanhamento, pra fazer esse atendimento até descartar outras situações ou mudar o diagnóstico em uma situação assim, né? É, mas daí ele retorna, o paciente, retorna pra unidade básica pra ser tratado ali, e acompanhado ali, né? Não sei como funciona bem isso com a unidade de saúde, como a doutora falou lá da aldeia, porque eu não conheço, é não tenho essa vivência, se isso da unidade do município com a unidade da aldeia, se essa fala era bem articulada não sei dizer. A referência daí pra todos eles é o CISOP então, mas fluxo é sistema SUS. (GR2).

Os gestores regionais e estaduais estão pouco familiarizados com elementos referentes à realidade local e operacional da saúde indígena em determinados territórios como também o conhecimento de causa. Os atores reconhecem como imprescindível o desenvolvimento de ações e trabalho integrado e responsabilidades partilhadas entre os serviços, entretanto precisa de mais espaços de diálogo entre esses atores no cotidiano, como também arranjos, tecnologias e instrumentos mais potentes para o alcance da realidade local. Os gestores e profissionais reconhecem também que deve ser dada para a APS uma atenção especial, devido ao seu papel e corresponsabilidade no controle da TB, para que sejam desenvolvidas ações em tempo hábil com eficácia e efetividade.

Nesse sentido, acredita-se que a superação dos diferentes desafios somados ao fato do cuidado ainda ser “centrado em práticas paliativas e emergenciais”, depende do fortalecimento da APS, e de seu “reconhecimento enquanto importante marco regulador do modelo organizacional da PNASP” (MENDES et al., 2018, p. 1).

Como é, que a TB é condição sensível, Atenção Primária, então deveria cair na Atenção Primária, então vai pra unidade de referência si o caso requerer, né? (...) por não trabalhar diretamente com a população indígena, não saberia te informar, né. O que gente orienta é, tem que garantir a assistência pra todos, qualquer pessoa né? independente da vulnerabilidade, toda e qualquer pessoa que venha manifestar sintomas, né? Deveria ser atendida (...) a integralidade. (GE2).

(...) a gente tenta inserir ele normalmente, entendeu? Agora a aceitação dele talvez não possa ser a mesma, né? mas a gente busca inserir ele da mesma forma, porque apesar dele ser diferente, ele é uma pessoa como qualquer outra dentro da assistência da tuberculose. (GM3).

O apoio e suporte institucional, a delimitação dos fluxos na referência não se organiza de maneira uniforme, existem impasses e desafios a serem superados, principalmente no diagnóstico da TB extrapulmonar e tratamento da TBMDR, o qual não é resolutivo.

Mas que existe na literatura, então você veja, não é uma Unidade Básica, não é numa Unidade Indígena que você vai descobrir uma TB dérmica ou (...), você precisa. Aí você têm professores, (...) pesquisadores têm meios de diagnóstico. Então esse fluxo, numa tuberculose difícil, lógico que vem pra cá e vem, e fazem mesmo, né? agora o que a gente não pode atrapalhar. (GR1).

(...) o negócio de multirresistente só, pra falar sobre o assunto, e pra dizer que não é resolutivo, e a gente fica esperando, não é um paciente que dá pra esperar. Uma coisa que era pra resolver em novembro o ano passado foi resolvido agora em fevereiro. É isso que eu te falo! Eu acho assim, que falta muito, entendeu? Não sei se é uma coisa do Estado, da Regional. (...) Eu acho que ela vem acontecendo, vem acontecendo, que a gente tá vendo que os pacientes não só pacientes de tratamento esquema básico, são pacientes que tão vindo com resistência tá, e a gente enxergando isso, e a nossa coordenação, não sei se ela não enxerga! Pode até saber, mas a gente não tá tendo apoio pra resolver esses conflitos. Então, (...) quem é a referência de tuberculose para nós, pra multirresistente, tá, porque a gente tá com mais de um paciente com multirresistência, e ninguém tá dando apoio! (...). A gente do município não é referência pra resistência, e quem que vai dar esse apoio? (...). Eles são nossa referência, e nós levamos o paciente ontem lá, ela não falou que ela não ia atender, mas ela falou que ela não vai mais atender (...). Eu falei pra coordenadora! Eu quero por escrito quem que é a referência? (...). Nós tamo com outro paciente que fez o tratamento e continuou ruim, e daí? Ligamos até pra Lapa, tamo esperando até hoje a resposta da Lapa pra ajudar a gente. Ninguém ajudou a gente! A gente vai pra Foz que é nossa referência, falam isso, e daí? Quê que a gente faz? A gente respira fundo e conta até dez, enquanto a gente reza e espera que os pacientes fiquem no esquema básico e que evoluem

*bem. Porque se depender de evolução pra multirresistência, é a demora num paciente que tem seis meses de tratamento, entendeu? Não é **resolutivo, e a gente fica esperando, não é um paciente que dá pra esperar.** (...)É por isso que a gente fica aí, apagando o fogo momentâneo, e daí a gente não consegue planejar, porque nem o fogo momentâneo a gente consegue resolver! Né? E daí? E a nossa preocupação aumenta, por que? Porque é mais caso de resistência que está aparecendo, e antes não tinha isso. (...) Imagina quando a gente conseguir colocar um fluxo certo, fazer as buscas certo de sintomáticos, o que que a gente vai achar, né? porque até agora a gente não procurou, a gente tá só apagando o foguinho ali, e por trás do fogo? Né? essa é nossa inquietação, por que daí a gente vai ter suporte? (GM3).*

(...) a questão do extra-pulmonar a gente se debate muito na questão dos demais exames, que daí, vai chegar mais para frente, e a gente não tem referencia, né? (GM6).

*Então, o diagnóstico é bem mais dificultoso, se torna bem mais difícil pro médico da epidemia, fecha, fazer o diagnóstico ou investigar a fundo, adequadamente, inclusive seus contatos. Eles são investigados geralmente o pulmonar, **as demais tuberculose não/são, não tem nem notificação da existência de alguma extrapulmonar, e também, da conclusão do tratamento, porque é feito lá na Lapa, e a gente acaba perdendo o controle, né? (GM7).***

Falta apoio institucional, suporte e subsídios para melhores condições de trabalho; além desses desafios enfrentados pelos profissionais, os discursos denunciam a destituição de direitos e privação das condições mínimas de sobrevivência desses indígenas, esse fato associado à prevalência de fatores de risco tem viabilizado o processo de adoecimento nesses povos.

*É, casos de diarreia, né? Enfim, é desumano, junta tudo isso, a falta de assistência por parte do governo federal, vamos dizer que, é que a coordenação fez uma regionalização e não cumpriu, e daí junta com a falta de interesse também do profissional, que acaba chega lá na, a enfermeira. Por exemplo, ela chega, ela não tem um esparadrapo pra mandar a técnica fazer curativo, ou uma gaze, ou uma tesoura para cortar para esterilizar, não tem, não tem o que fazer, então ela acaba cumprindo horário para ir embora, as vezes falta uma caneta para fazer uma anotação, ou leva de casa ou ela não trabalha, entendeu. **Então junta a falta de subsídio de trabalho, de material mesmo, com que acaba desmotivando o profissional, que daí o profissional acaba se tornando aquele profissional de 30 dias, tô trabalhando pra receber meu salário e ir pra casa, vai de manhã e vem a tarde, e acaba não se comprometendo. Fazem! é feito! são feito as atividades, são feitas as vacinas, é feito. Mais, não tem como, a comunidade é longe da sede, aí das unidades disponível, aí ela não vai andar 5, 6 km atrás de uma criança que não vacinou, né? E daí os AIS indígenas também acabam sendo a particularidade (...). e falta de interesse. Enfim é muito difícil, e a saúde do índio tá cada vez pior, não só a saúde geral, assim, estado de doença, mas sim, estado psicossocial. Nossa! psicossocial o índio está muito doente. **Eu vejo assim, uma decadência muito grande, muito grande na questão dos índios da área indígena. E a gente que tá próximo, fica sem poder agir,** porque a gente sabe que tá acontecendo, a gente vê o que tá acontecendo e a gente não pode intervir, **porque não é nossa jurisdição,** daí vem mais a questão da autoridade local, né? que é o cacique e o conselho indígena, é bem complicado, é muito complicado.(GM7).***

Com a aprovação da municipalização das ações de saúde na 9ª CNS em 1992 (MÜLLER NETO, 1991; PÊGO; ALMEIDA, 2002), a formulação de uma política específica com serviços diferenciados e criação de um subsistema articulado ao SUS, serviu ao propósito de impedir que os povos indígenas ficassem expostos ou sofressem com inconstâncias das políticas locais (CONFALONIERI, 1993). Então essa estrutura distritalizada, diferenciada e descentralizada sem municipalização “foi pensada para “proteger” essas populações das diferentes capacidades de implementação em nível local. Para tal, a gestão dessa política deveria ser responsabilidade do nível central” (CHAVES et al., 2006, p. 296). Entretanto, gestores municipais denunciam dificuldades enfrentadas pelas comunidades indígenas, principalmente na assistência básica desses indígenas. Mediante essa realidade enfrentada em algumas regiões, podemos inferir que a estrutura diferenciada proposta na política de saúde indígena não tem alcançado seu propósito com êxito. Sobre isso, as reflexões acerca da implementação da PNASPI, sublinha melhorias e desafios decorridos nessa trajetória, os quais apontam que

Apesar dos crescentes recursos financeiros disponibilizados para implementar o subsistema de saúde indígena, as ações têm apresentado poucos resultados nos indicadores de saúde, que refletem desigualdades historicamente descritas entre esses povos e os demais segmentos. A participação social ainda se mantém frágil, e suas discussões refletem a insatisfação dos usuários. (...) A gestão da SESAI ainda se mostra centralizada e limitada pelo modo como seu quadro de pessoal é composto (MENDES et al., 2018, p.1).

Os profissionais e gestores reconhecem vários aspectos como potencializadores e facilitadores da política de controle da tuberculose no indígena. Dentre eles foram elencados a disponibilidade de tratamento, as possibilidades de investigação e recursos para o diagnóstico, o modelo de atenção à saúde do indígena, a EMSI e o papel crucial do AIS, a existência de qualificação e profissionais responsáveis, a integração e rede de comunicação. Vale ressaltar que a literatura define o “AIS como figura-chave na mediação dos serviços de saúde” (FUNASA, 2002; LANGDON et al., 2006, p. 2638), com a criação do subsistema seu papel ganhou ainda mais destaque, nesse contexto esse profissional passa a ser visto como “o elo entre os saberes tradicionais e também entre os membros da comunidade e os da equipe” (FUNASA, 2002; LANGDON et al., 2006, p. 2638).

Então assim, eu acredito que a grande potencialidade é que a rede ela tá muito mais estruturada, né? Nós, nós temos uma estrutura muito melhor do que nós tínhamos alguns anos atrás, principalmente na questão do diagnóstico, é, que sempre foi o nosso problema. (GR5).

Então é assim, acho que foi um ganho envolver é a equipe SESAI com as Unidades, eu acho que é ter essa conversa entre/e aqui também tenta assim na medida do possível, que a gente consegue, que eles consegue ser parceiro nessa atividade, mas vou te falar. (GM8).

Uma facilidade que a gente tem é o vínculo com as pessoas e com as lideranças, e a ajuda da liderança nisso também, por que às vezes o exame da tuberculose (...) a pessoa não quer, a gente conversa com a liderança, cacique, e a gente consegue (...) essa aceitação da pessoa. Então a facilidade é essa, o vínculo e o bom convívio, boa relação com a liderança. (Penf.1).

Outra coisa que é bem importante, que seria também uma potencialidade a ser citada, como eu falei, hoje através da comunicação que é bem integrada entre a aldeia, o Município, Estado, nós temos também o livre acesso à medicamento, então, é digamos, o paciente positivou, ele tem o acesso a medicação, ele é notificado e ele tem o acesso a medicação, é, então não existe hoje um problema, a tá interferindo nisso. Então, o indígena ele é resgatado dentro da aldeia, positivo pra TB, e ele vai conseguir efetivar o seu tratamento e adesão do seu tratamento, porque o fornecimento das medicações, não existe problema, então, isso seria também um ponto positivo. (...) atuação do AIS dentro da rede é importantíssima, que como eu falei, ele é o primeiro contato, né? Da comunidade para com a equipe. Então o AIS, é onde ele faz a rotina dele, de visita domiciliar, acompanhamento do paciente, então, (...) a primeira queixa que vai chegar as vezes no AIS, aí o AIS reportará isso à equipe, então ele é a peça principal dentro de uma equipe de saúde, ele é muito importante e uma peça fundamental para isso, primeira porta de entrada. (PENf.4).

[Potencialidades presente na rede de atenção ao controle da TB, na população indígena].O tratamento de TB esquema inicial é bem tranquilo, né? nunca faltou tratamento, assim. (PTE1).

[Potencialidades presentes na rede de atenção no controle da TB na população indígena] A agilidade do município e da Regional. Na cura né? No tratamento. É, no tratamento. (PTE4).

Esses dizeres se alinham à perspectiva da política de saúde do indígena já implementada (BRASIL 2002) e com a política de controle da TB PNCT quanto ao diagnóstico rápido e tratamento oportuno (BRASIL, 2019), somados ao “fortalecimento da parceria com a Coordenação-Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena (CGAPSI/Sesai) e a Coordenação-Geral de Promoção dos Direitos Sociais (CGPDS/FUNAI), (como também) fortalecimento da articulação entre os DSEI, PECT e PMCT nos territórios” (BRASIL, 2014, p. 12). Entretanto, foi observado que

“apesar dos avanços conseguidos na implementação do SUS, não são ainda levadas na devida consideração as especificidades da população indígena, mesmo tendo sido formulada uma política específica para ela, além de que a falta de coordenadas mais claras emanadas do nível federal dificultam ainda mais a implementação do SASI em nível local” CHAVES; CARDOSO; ALMEIDA, 2006, p.295)

Os discursos apontam muitos desafios e problemas para ao controle da TB na população indígena, os quais se apresentam de maneira heterogênea e estão relacionados à especificidades locais, gestão, aporte de recursos e eficácia simbólica. Considerando que as iniciativas institucionais são heterogêneas e se organizam de maneira singular nos diferentes cenários, conseqüentemente traz desafios e problemas também singulares nesses espaços. Isso nos leva a inferir que as comunidades indígenas estão à mercê das oscilações políticas locais, de maneira arbitrária ao objetivo da PNASPI (CONFALONIERI, 1993).

Os discursos denunciam infraestruturas inadequadas para o atendimento e supervisão das atividades, falta de compromisso político, distanciamento geográfico, escassez de recursos para transporte e locomoção de profissionais e indígenas adoecidos e casos de atraso do diagnóstico.

Embora tenham sido observadas tentativas de mitigação desses problemas, os discursos sugerem que na prática o controle da TB não é resolutivo, a transferência dessa política é fragilizada e limitada nos diferentes níveis, o programa de controle da TB não está voltado para as especificidades desse determinado grupo populacional. Existe um discurso velado sobre a falta de discriminação positiva, falta olhar solidário para as condições humanas desses indígenas adoecidos e em risco de adoecimento por TB, e isso inviabiliza a assistência integral e equânime, o que sugere que a melhoria desse cenário transcende as possibilidades de resiliência do nível local.

*As dificuldades elas existem aí nesses itinerário terapêutico, mais, as equipes estão de certa forma preparada pra enfrentar, né? **Pra lidar com essas especificidades culturais, com a vulnerabilidade social, com a dificuldade da língua, do entendimento, então, pra isso as equipes utilizam uma série de iniciativas, de tecnologias simples que podem ajudar nesse, nesse sentido. (GDI).***

*Mas vou te falar! Que a gente fica deixa muito a desejar, na questão mesmo do tratamento. Assim, por exemplo, **a gente não consegue fazer um trabalho nas aldeias, sobre tuberculose.** [Você se refere à prevenção?] Não, não, isso não tem! Entendeu? é isso que, a base seria essa. **A gente vai sempre do contrário, medica pra depois correr atrás do prejuízo!** Não é? A gente sabe que não é assim que deveria funcionar! Deveria tá fazendo trabalho junto com eles, né? De conscientização, de busca, né? pra depois que tá doente aí é só prejuízo, então a gente não tem essa, não existe. (GM8).*

*(...) é que nós temos a dificuldade pela logística, pela, enfim, **falta de agente, falta de locomoção, talvez essa dificuldade. (PMed.1).***

*(...) é assim por questões claro de logística, de recurso humano, de enfim, né? **de estrutura, né?** e talvez a gente não precisa, **tem aldeias que falta carro, o principal motivo, principal queixa na aldeia que falta carro, pra nós a gente tem***

o carro, então nossa queixa, já não é mais o carro, é outra coisa que poderia, né? ser mais prioridade, e hoje a gente vê que nós temos uma falta, assim, de pessoal mesmo, de recurso humano pra podê é trabalhar melhor, especificamente cada com cada tema que a gente tem, né? e hoje a gente, praticamente executa os programas de saúde, dentro da área de saúde pública né? que prestada ao não indígena existe, né? (PEnf.2).

E essa questão da distância também das aldeias, é muito difícil! Porque a gente não tem um técnico que fica, algumas aldeias têm, que mora na aldeia, então tem que todo dia pegar o carro e 15/20 km pra fazer o TDO, depois voltar vai que não tá, então acho que essa é uma dificuldade. (PEnf.5).

(...) mas dificuldade as vezes é os documentos. (PEnf.6).

(...) mas tem aldeia que não tem estrutura, e quando tem, não tem manutenção, né? a coisa tá, é a saúde indígena tá, por um tris aí. [Tá, tá enfrentando crise?]. Crise! e até os índios estão meio de orelha em pé, né? porque tem uma questão aí, de algo, ser municipalizada, muitos não querem que já acha a saúde fragilizada, mesmo sendo, uma saúde federal, do Ministério da Saúde, mesmo sendo fragilizada, mesmo todas dificuldades, eles querem uma, uma/ umas coisas mais forte, né? (PTE3).

[Local onde é realizado as consultas]. Embaixo da árvore ou dentro do carro. (PTE5).

A moradia deles no inverno é muito ruim, né? Alimentação é ponto muito, é, O paciente que tá lá, que nós tivemos lá com tuberculose, é difícil, ele não podia trabalhar, ele não tinha ninguém por ele, como ele ia se alimentar, né? Pra poder melhorar, sendo que ele ficou com 32 Kg, né? Então, também é muito difícil pensar. Você vai lá toda semana levar o remédio, mais você não tá levando alimento pra ele, né? (PTE5).

Entendemos que após a implementação do SUS houve significativos avanços na saúde, entretanto, conclui-se que ainda não são

levadas na devida consideração as especificidades da população indígena, mesmo tendo sido formulada uma política específica para ela, além de que a falta de coordenadas mais claras emanadas do nível federal dificultam ainda mais a implementação do SASI em nível local (CHAVES et al., 2006, p. 296).

Segundo os discursos, percebemos muitos desafios e dificuldades de diferentes ordens, e esses foram retomados pelos depoentes na maioria dos discursos. No entanto, chamamos a atenção para o fato de que questão social precisa ser revisitada; nota-se a necessidade em melhorar articulação intra e extra setorial no atendimento do indígena em condições de extrema vulnerabilidade tal qual expressa o enunciado: *ele ficou com 32 Kg né? (...)Você vai lá toda semana levar o remédio, mais você não tá levando alimento pra ele, né?*

Para além das disparidades dos indicadores de saúde entre indígenas e população geral (MENDES, 2018) existem as dificuldades econômicas e sociais que as pessoas com tuberculose enfrentam para o acesso ao diagnóstico e a adesão ao tratamento, se traduzem como relevantes entraves para o desfecho favorável da doença, já que a TB “é uma das doenças que mais emblematicamente demonstra a relação com a pobreza e a exclusão social” (BRASIL, 2014, p. 10).

O reconhecimento da complexidade dos determinantes das doenças relacionadas à pobreza exige um maior esforço na construção de intervenções intersetoriais que enfrentem de forma mais abrangente os problemas de saúde da população, especialmente dos grupos mais pobres (BRASIL, 2014, p. 10).

Para tanto, estratégias que visem a inserção em programas sociais do Governo Federal são importantes. Nesse sentido “a ampliação da busca ativa de famílias para a inscrição no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) têm possibilitado a redução da situação de extrema pobreza e a ampliação da cidadania por meio do recebimento do Bolsa Família” (BRASIL, 2014, p. 10). Outras estratégias bem sucedidas nessa problemática é a oferta de benefícios e incentivos às pessoas em situação de pobreza e extrema pobreza. Essas estratégias têm possibilitado a adesão ao tratamento e qualidade no acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2014).

Nesta subcategoria, **a organização das práticas sanitárias no controle da TB**, foram enunciados vários discursos sobre aspectos do cotidiano operacional. Nesse sentido os discursos sugeriram a prevalência do princípio de igualdade em detrimento à equidade das ações para a atenção da TB no indígena, denunciando que as ações programáticas são desenvolvidas de forma igualitária para toda população sem discriminar positivamente o indígena, com a exceção do plano de ação do DSEI e do empenho da EMSI em relação aos outros membros e componentes da rede de atenção (referências). Entretanto, os depoentes não reconhecem estratégias ou artifícios diferenciados para alcançar as especificidades desse público, embora os discursos sugiram o reconhecimento da vulnerabilidade e das necessidades de atenção diferenciada aos indígenas; no entanto, permanece a naturalização e normatividade.

Foram evidenciadas diferenças entre os modelos de atenção e desenho do sistema nas regiões de estudo, e essas singularidades influenciam nas ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento e dos indígenas adoecidos por TB. Não obstante, os discursos sugerem dificuldades e desafios a serem superados no nível

tático e operacional, tais como: a necessidade de capacitação, educação em saúde, desafios relacionados ao distanciamento geográfico e logístico, fragilidades no planejamento das ações para controle da TB, fragilidades na governabilidade e governança, desconhecimento de causa e falta de integração entre os profissionais e serviços. A principal potencialidade percebida nesses cenários é a EMSI e o papel articulador do AIS.

7.1.2.3 A descentralização dos serviços de saúde no controle da tuberculose

Para além de uma estratégia gerencial e de estruturação, a descentralização representa uma possibilidade de maior eficácia e eficiência e confere maior autonomia nos diferentes modelos de organização (SCATENA; TANAKA, 2001).

Sobre isso, no campo da saúde a descentralização objetiva a constituição de sistemas locais de saúde “que respondam adequadamente às demandas e necessidades da população adscrita” (SCATENA; TANAKA, 2001, p. 51) podendo assegurar a universalidade e equidade de acesso aos serviços de saúde. Vale ressaltar que a descentralização é um pilar do SUS, e que os seus elementos constituintes estão presentes em quatro Normas Operacionais Básicas (NOB), entre os anos de 1991 e 1996, que foram basilares para o processo de descentralização tanto dos serviços quanto das ações de saúde (SCATENA; TANAKA, 2001).

Sobre o controle da tuberculose, a descentralização é uma diretriz privilegiada e priorizada no Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), a esse respeito, a efetivação das ações de controle da TB na APS está fortemente relacionada à descentralização das medidas de controle nesse nível de assistência, visto que contribui com a ampliação do acesso da populações geral e vulneráveis ou ainda sob risco acrescido de contrair a tuberculose (BRASIL, 2019; TRIGUEIRO et al., 2011). Cabe ressaltar que a descentralização utiliza ações inovadoras para o fortalecimento de estratégias de tratamento focalizadas na adesão e cuidado e busca ampliar o controle da TB por meio de articulações com outras ações estratégicas governamentais (BRASIL, 2019).

O controle da tuberculose é uma prioridade sanitária, portanto, os esforços devem ser intensificados e traduzidos nas ações e atuação profissional e de gestão para o controle da TB (BRASIL, 2006). Esse movimento de reorientação das políticas e práticas e, como também a superação do modelo convencional, implica que a descentralização do programa de controle da tuberculose, tanto na gestão quanto na operacionalização das ações são fundamentais para o êxito do programa e melhores resultados em termos de tratamento,

acesso e acompanhamento dos doentes de TB (KETEMA et al., 2014; TRIGUEIRO et al., 2011).

Na saúde indígena, os registros reforçam os avanços e enfoques na descentralização das ações de saúde e dos recursos a partir da criação da PNASPI (BRASIL, 2002; 2009a). No entanto, no contexto da pesquisa, observou-se que a descentralização não ocorreu de maneira unânime e uniforme e satisfatória nas regiões do estudo, evidenciando vicissitudes, alcance e constrangimentos de ordem variada. Sobre isso, algumas dessas regiões encontram-se ainda em processo de planejamento e de efetivação da descentralização dos serviços de saúde no controle da TB.

Nesse sentido é possível inferir que em alguns lugares a descentralização efetivou-se de maneira satisfatória e em outros lugares o controle da TB ainda é centralizado. Mesmo com essas características, a importância da descentralização é reconhecida para o controle da TB, conforme sugerido nos discursos.

Foi possível constatar que uma parcela das unidades administrativas estudadas está longe de satisfazer o princípio organizativo da descentralização. Nesse sentido, cabe ressaltar que a descentralização das ações de controle da TB na APS é basilar para o alcance das prioridades do PNCT (BRASIL, 2019).

Os desafios e dificuldades enfrentadas são similares nos serviços de atendimento ao indígena e também na rede pública em geral; no entanto, esse fato não é generalizado, e desta forma, alguns discursos sinalizam que em algumas regiões esse processo parece ter se efetivado sem dificuldades. Entretanto, os sujeitos de maneira geral reconhecem a importância dessa diretriz e a urgência em ser efetivada, pois pode contribuir com a qualidade da assistência e responsabilização das equipes de saúde na APS.

(...) a principal dificuldade ou talvez um principal desafio seja, hoje a implementação e o fortalecimento da busca ativa, no campo da Atenção Primária né? (GD11).

*Acho que do ano passado pra cá, já foi, a coisa foi se estruturando em questão de descentralização, mais quando eu falo assim, de vários problemas de dificuldade, agora com a descentralização (...) vem os problemas, né? A capacitação do pessoal que não tem, em relação a doença, mesmo que você tenha essa capacitação na formação, você esquece, então resgatar esse conhecimento com relação ao cuidado, atendimento e tal do paciente com TB. Eu vejo essa questão de entender, de como fazer a busca, de como ir atrás, e a necessidade e a importância de ir atrás do paciente suspeito de tuberculose, né? não só ficar esperando a demanda vir, sabe! **Eu vejo também esse outro ponto da descentralização, é de entender** agora que então até hoje... semana passada mesmo eu recebi uma ligação de que agora o paciente apareceu lá no exame suspeito, não vou mais encaminhar, é lá no município que vai atender, até essa semana passada me ligaram falando (...) tive um paciente que deu isso e isso,*

*mando pro CISOP? Aonde que eu mando quando tem? Né? não é o seu médico que vai tratar, entender que é ele que vai tratar, essa semana agora final da semana passada tive uma experiência assim, né? do município. **Eles ainda não entenderam que eles têm que assumir isso, que eles que têm que tratar e daí, “como eu vou fazer com esse paciente?” Como eu vou tratar? Né? não tem ainda esse, falta agora, é lá na ponta, por isso que a gente comentou que agora depois desse geral, depois dessa sensibilização geral, a gente vai precisar de ir nos municípios, ir a campo e conversar com eles, explicar como funciona, dar esse suporte mesmo na descentralização, que tem outras comorbidades e que hoje tá tendo tuberculose também, né? (GR2).***

*Na verdade, **não tem dificuldade** [descentralização.. **É, são várias unidades de saúde, algumas já engajaram bem**, vamos dizer assim... outras nem tanto ainda, né? Nem todo mundo funcionou no mesmo ritmo. (GM1).*

*(...) bom, eu acho o seguinte, **nós temos como tava falando antes, temos** . É eu acho, na realidade é a busca ativa mesmo, o olho clínico, você olhar pra pessoa e dizer, é uma possível suspeita de tuberculose. A pessoa tá tossindo! É, a quanto tempo você tá tossindo? Tem alguma febre? Qual o período? Então esse olho clínico pra você ver o possível, é uma possível tuberculose na pessoa, tá? **A nossa, ainda não houve a descentralização aqui, a gente, que já deveria ter acontecido, mas até pelo fato da gente ver que as Unidades de Saúde não tem aquela preocupação que deveria ter, ainda está com nós.** Então assim, todo acompanhamento do tuberculoso, desde o momento que ele é confirmado tuberculose é aqui com nós. Doutor (...) acompanha, e quando ele vê que a necessidade de ir pra fora (...) (GM4).*

*A gente tá tentando aos poucos criar o hábito, pegar um paciente da tua unidade que tem tuberculose, um paciente da unidade dela, um paciente da unidade dela, mas a gente queria que todo mundo soubesse isso. **A gente não tá conseguindo fazer ainda, porque falta nós aqui pra sair lá, conversar. Fala ó o paciente é teu! Tem que fazer isso! Você tem que acompanhar isso!** Caso precise de um apoio, o doutor tá qui, né? Tá evoluindo bem? Tá evoluindo mal? Ele tá aqui! O paciente é teu! O controle é teu! Ele vai ficar com outras, ele não vai ter só tuberculose! Ele pode ter diabetes, ele pode ter colesterol, ele pode ser hipertenso, i esse outro lado? Quem que vai cuidar, né? **Tirar essa visão de centralização, para que a Atenção Básica assuma, esse é o nosso objetivo, tá? (GM3).***

Os discursos também nos remetem aos princípios da APS discutidos por Starfield (2002) sobre a descentralização. Assim, as ações da APS nas comunidades indígenas são de competência das EMSI, distribuídas nos territórios indígenas, que teoricamente realizam assistência nos postos de saúde indígena; esse serviço deve estar alinhado às Políticas Nacionais de Saúde (BRASIL, 2002; BRASIL, 1988).

A capacidade de resolutividade das ações de controle da TB é influenciada por fatores associados ao comportamento do doente, à modalidade de tratamento empregado e à operacionalização dos serviços, com destaque para a atuação do profissional da saúde na percepção das ações a serem tomadas (SÁ et al., 2007) que na saúde indígena adquire contornos especiais.

Desta forma, os vínculos representam diretrizes operacionais para o alcance da integralidade da saúde, considerando que o vínculo estabelece fortes laços interpessoais entre profissionais da saúde e doentes, por meio de relações de escuta, diálogo, respeito e humanização da assistência, promovendo corresponsabilidade do tratamento de saúde e aumento da sensibilidade (STARFIELD, 2002).

O discurso abaixo sugere determinada infantilização do sujeito e negação do potencial de corresponsabilização do doente de TB; por outro lado revela a separação que existe entre as equipes da população indígena e da população geral, essa distinção pode estar relacionado ao fato dessas populações estarem ligadas a diferentes modelos de atenção à saúde ainda que ligados ao MS, sugerindo também questões cunho intercultural.

*(...) mas o TDO indígena! Eu acho ((ri)) mais difícil, mas é passo de tartaruga essa descentralização, é bem difícil, assim as equipes tão sobrecarregadas, elas falam mais uma coisa para eu fazer aqui, a gente aos pouquinhos tá, tá encaminhando, então assim elas estão se engajando já. A questão indígena ainda, é a equipe do SESAI faz esse controle de TDO, não é, né? equipe saúde da família, tanto que é a cargo deles mesmo, tanto que eles tem o ACS né? do indígena, então eles também fica responsável pela medicação, mas nem sempre isso é possível, que depende, né? Aqui pelo menos parece que tem ACS que é bom, ACS que é mais ou menos, então assim, ((ri)) eu não sei ((ri)) como é que é, como todo lugar, né? que é mais responsável, ou que não é tão responsável com o tratamento. E se todos não forem responsáveis, eu falo, **tem quase que levar para casa o paciente de TB pra tratar! não acontece tratamento. O tratamento de TB eu faço, falta levar eles embora pra dá o medicamento. Se eu pudesse tomava por eles!, é bem complicado, ((ri)) a gente entende! mas não é (...).** (GM8).*

O direito do cuidado diferenciado sinalizado formalmente na PNASPI (2002), geralmente na prática é atravessado pela visão biomédica dominante (PEDRANA et al. 2018), isso pode estar relacionado ao modelo hegemônico curativista adotado como também à necessidade de preparo e capacitação dos profissionais para atuarem juntos aos indígenas (MENÉNDEZ, 2003; BRASIL, 2013; FERREIRA, 2013). Outro fato aqui exaltado é a questão do etnocentrismo, pois quando infantilizamos o outro estamos automaticamente relativizando sua condição de sujeito e legitimando sua dominação (ROUANET, 1990).

Somado a essas questões podemos ainda citar o enfraquecimento da APS e sua não efetivação na saúde indígena por diferentes nós críticos, tal qual as relações de poder e hegemonia dominante e questões gerenciais do Subsistema de saúde indígena, manifestadas principalmente na governança e governabilidade (MENDES et al., 2018).

A esse respeito nos apoiamos em Mendes et al. (2018) que expõe diversos problemas em torno da teoria versus prática na atenção à saúde indígena, e em especial no

que tange a questões da interculturalidade e atendimento diferenciado. No discurso anterior, os autores tecem críticas sobre a implementação da PNASPI a partir de uma análise criteriosa da operacionalização dessa política, que indica distanciamento entre o que se prevê enquanto política e a concretização precária vivenciada pelos indígenas.

Para os autores Garnelo (2018), Cardoso (2015) e Langdon (2016), existe uma alta rotatividade dos profissionais que prestam assistência à saúde aos indígenas, o que tende ao “não estabelecimento de vínculo e inviabilizar o reconhecimento das especificidades culturais que permeiam o cuidado em saúde dessa população” (MENDES, et al., 2018, p. 3).

A noção de uma atenção diferenciada vai além de um modelo estrutural e deve contemplar os fundamentos interculturais e o respeito às diferenças. O indígena tem um modelo explicativo próprio do processo saúde-doença a partir de uma visão mágica-espiritual e busca por meio deste a manutenção da sua medicina natural (BRASIL, 1999a; 2013; LANGDON, 2007). De outro lado necessitamos “concretizar novas estratégias de reestruturação e indigenização da interculturalidade nas práticas de atenção à saúde no âmbito do subsistema público voltado às populações brasileiras originárias” (PEDRANA et al., 2018, p.4).

Para Mendes (2011) a mudança de comportamento é possível a partir da educação em saúde e do uso de metodologias que atribuam sentidos e sejam significantes para o público atendido, essas ações conferem o desenvolvimento da autonomia e empoderamento dos usuários dos serviços de saúde (MENDES, 2011), e em especial para os indígenas.

Acerca do modelo de descentralização adotado nos diferentes municípios do nosso estudo, os discursos evidenciam determinada variação na descentralização das ações nos municípios, sugerindo a relação com o porte populacional e também ao aprendizado institucional.

É, há muito tempo aqui na região a gente tem feito a descentralização mesmo, antigamente a regional de saúde, ela fazia todo monitoramento dos casos assim, desde o tratamento, em bloco, e, a um tempo pra cá a gente fez essa descentralização. (GR5).

Nós temos também essa... de tá repassando para eles, alguns casos quando tem alguma dúvida, alguma dificuldade a gente procura esclarecer, né? alguma coisa que a gente não tenha ciência, a gente procura o nível central, tá esclarecendo para poder tá tirando as dúvidas né? E auxiliando na forma como eles solicitam, mas (...) tem que ser, (...) casos, tratamento, tudo descentralizado para os municípios mesmo. (GR6).

Como o município é pequeno e tem poucos casos, há uns tempos atrás, na verdade eles eram tratados a maioria só na vigilância, mas seguindo a orientação do Ministério, foi descentralizado isso pros distritos, né? pras Unidades Básicas. e na cidade o pessoal que trabalha junto tem menos dificuldades, porque a característica é diferente da população indígena, porque a questão até da população ser muito mutável na aldeia. (GM1).

Nos municípios onde o programa de controle da TB é centralizado, os indígenas em tratamento são inseridos no fluxo de referência dos serviços locais, ficando a cargo da EMSI o TDO a busca ativa e acompanhamento dos indígenas doentes nas comunidades indígenas. Nos cenários descentralizados, a EMSI se responsabiliza pelo acompanhamento do indígena doente e conta com o apoio da vigilância epidemiológica do município.

Acredita-se que uma das contribuições da descentralização das ações de controle da TB na APS é a diminuição progressiva dos números de casos, o que não justificaria ambientes especiais centralizados para os casos de TB (BRASIL, 2019), isso reforça os benefícios da descentralização (TRIGUEIRO et al., 2011; SÁ et al., 2011), que somados à disposição de tecnologia leves, leves-duras e duras na saúde, educação permanente dos profissionais (MERHY, 2005) e educação em saúde e permanente (MENDES, 2011) podem melhorar significativamente a atenção à TB nas comunidades indígenas.

Nesse contexto, Mendes (2011) recomenda processos educacionais potentes para profissionais e usuários dos serviços de saúde como possibilidade de mudança de comportamento, considera ainda que a “educação é fator determinante na saúde” (MENDES, 2011, p. 258).

O fragmento discorre do modelo de descentralização e sinaliza como foi o processo de aprendizado institucional. A partir desse modelo de descentralização vivenciado, sinaliza-se a possibilidade de extensão para as EMSIs da população indígena.

Nós temos um histórico que (cita o nome do município) atendia centralizado, ou seja, “tinha um médico que é dono do serviço, extremamente zeloso, competente, mas ele não deixava atenderem na Atenção Básica, todos os casos de tuberculose, aí por comodismo mandavam pra essa referência tá, por questões que não diz respeito ele saiu, e aí foi bem nessa época que a coordenação estadual mudou, a regional não tinha, mudou, a nossa referência aqui em (cita o nome do município) saiu, então você imagine a confusão que foi naquele período. Mas aí as coisas foram se organizando de novo, e nesse momento o consórcio que é a área especializada se organizou para descentralizar. Então, fica só como referência pros casos que a atenção básica não dá conta. Então foi bastante tumultuado a cerca de dois anos atrás, dois anos, um ano e meio atrás, agora que as coisas estão mais acomodadas. Nessa desestruturação Cascavel também mudou a pessoa de referência, e ela começou a levantar um monte de problemas lógico, e disso que surgiu a necessidade da gente sentar e reorganizar o fluxo, e aí todo esse nosso trabalho. Então em relação a descentralização, houve uma grande resistência por parte de quem assistia, de quem cuidava dos doentes, agora ele não existe mais, o que existe é o medo do profissional lá na Atenção

Básica, que não fazia tuberculose agora ter que fazer. Então é pra esse pessoal que a gente quer falar um pouquinho também, né? Como é que você faz um diagnóstico de um sarampo, ou de uma diarreia, ou de uma tuberculose? O que você precisa saber pra fazer isso? Até que ponto você pode cuidar desse paciente ou lá no teu, naquela, no teu nível, né? Que não precise, ou se precisar do nível mais especializado como fazer? Então isso ficou mais claro, foi difícil mais aconteceu, e em Cascavel que é o município maior, e na onda foi pra todo mundo. Então os seus municípios eles não tinham mais que mandar todo paciente com suspeita de tuberculose, pra esse especialista olhar lá, as coisas começaram a ficar dentro de cada território mesmo. E aí lógico é bem pensando, nós vamos ter que levar pra Espigão ver se alguém da aldeia vai vir, né? é interessante a gente pensar assim também, porque do sistema prisional eles virão, até porque eles são parceiros neste nessa capacitação. [Há tempo que aconteceu a descentralização?] Ao efetivo não dá pra se dizer o dia, foi aquele médico de lá, outro de lá, outro do município, a dois anos que a gente tá fazendo. (GR1).

O discurso nos leva a inferir que o aprendizado institucional está fortemente relacionado com as vivências e atuação profissional para além das capacitações, e isso nos remete ao conceito de experiência de Bondía (2002), aos ensinamentos sobre aprendizagem, conhecimento e habilidades abordados por Coelho Júnior e Borges-Andrade (2008).

Para Bondía, (2002) a experiência reafirma nossas ações, nos ajuda a tomar decisões porque traz clareza sobre determinada situação e contribuindo assim com o processo decisório, ou seja, pensar em estratégias possíveis somente a partir da experiência em determinada situação ao passo que ensinamentos sem experiência nos leva a aprendizagem (BONDÍA, 2002); já o esforço e vivências do indivíduo em ações de experiência são exteriorizadas em habilidades e conhecimentos (COELHO JÚNIOR ; BORGES-ANDRADE, 2008).

Sobre isso, o entendimento da descentralização, no caso da TB, perpassa pela assunção de responsabilidade assistencial da APS e não da vigilância epidemiológica conforme nos modelos centralizados de atenção à TB. Essa perspectiva corresponde a um modelo de transferência de responsabilidades e não de corresponsabilidade intrasetorial. Na sequência o fragmento discute as possibilidades e as dificuldades que se percebe no dia a dia das equipes nesse modelo de transferência de responsabilidades, a exemplo dos profissionais para com o doente, no caso da medicação. Denunciando o modelo de reprodução da transferência de responsabilidade, reforçando sempre a ideia de que a descentralização precisa ser operacionalizada para a APS e sair da Vigilância Epidemiológica (VE).

Observa-se o posicionamento de gestores regionais e municipais, sugerindo que a centralização colabora com a questão da transferência de responsabilidades, uma vez que

não se discute mais esse modelo de fluxo e sim de assunção de responsabilidades na APS. As equipes ainda têm dificuldades de incorporar o novo modelo de atenção, que é a responsabilização pelo doente ao invés da transferência desse doente a um serviço centralizado.

*Eu acho que esse daqui a gente pode falar de causa que a gente tava comentando antes, é esse olhar realmente da Atenção Primária, mas aí não, não é da vigilância pra saúde indígena, é da Atenção Primária se envolver no cuidado. **Porque historicamente quem cuidou foi aquela referência lá da epidemiologia, e hoje vários locais assim, eu posso garantir pra você que a gente tem trabalhado um bocado assim, pra que isso não aconteça mais, porque cuidar tem que tá lá perto da pessoa, é lá onde ela entra. Tem que ter essa referência no município, mais o cuidado inicial, o cuidado do dia a dia é lá na equipe, lá na Atenção Primária. E na verdade, acho que as dificuldades que a gente tem é realmente de compreensão, e assim, realmente a Atenção Primária tomar pra si, essa responsabilidade, “não esse paciente é meu, é nosso, e a gente vai cuidar dele”, né? mas, assim a gente tem avançado, temos avançado bastante, não que tá perfeito ainda, mas acho que, acho que tá melhorando, é isso, tá indo. (GR8).***

(...) a gente tá, deu uma melhorada. Porque é uma coisa que foi sempre da epidemiologia, né? Antes não tinha Atenção Primária então ainda tá difícil, tá? Nesse sentido, né? Pra eles entender que a Atenção Primária é o agente de saúde lá, tem o papel principal ali com o paciente é eles. (GR7).

Então todo caso suspeito de tuberculose era atendido por uma equipe diferenciada, e era só aquelas pessoas, né? e agora a gente com a descentralização, a gente sofreu essa facilidade que as equipes tinham que era só encaminhar. E agora a gente tem né? essa dificuldade de entender que eu não posso, não é melhor encaminhar, é melhor eu tá com esse paciente e cuidar dele, mas essa descentralização eu acho que ela sofreu muito pela centralização que existia alguns anos atrás. (GR5).

Nesse um ano que estou, assim, eu vejo a dificuldade da gente entrar num acordo. Tipo assim, a medicação tem que ser supervisionada, mas o profissional ele libera a medicação pro paciente levar embora. Então, muitas vezes assim, fica aquela dificuldade, né? Da gente toda, ter que ficar em cima. O que tem que ser feito a cada término de medicação? A cada término de dose? Então fica muito vago né?! Assim, foi tirado, descentralizado aqui da vigilância, mas eles vêm fazer a consulta, fazem todo o procedimento, mas eles são enviados ao posto de saúde pra fazer o acompanhamento, lá. E a enfermeira tem que acompanhar aquela dosagem, os exames pra também saber o que está acontecendo com seu paciente! E muitas vezes vêm as resistências, é do paciente levar a medicação pra casa e não ser supervisionado corretamente. É essa dificuldade que eu vejo assim, por eu ser técnica, muita das vezes dar uma informação ao enfermeiro. Fica aquela coisa assim, tá, mas não que seja isso, só isso, mas com a quantidade de coisa que tem que ser feito na Unidade de Saúde, acaba se perdendo o que realmente tem que ser feito com aquele paciente específico. A importância que ele tem que ter nessa questão, né? (GM2).

No contexto da ESF, autores apresentam resultados pouco favoráveis sobre a aceitação da descentralização por parte dos profissionais (CUNHA; CAVALCANTI; COSTA, 2012). Na perspectiva desses profissionais a descentralização da atenção à TB

corroborar com a sobrecarga de trabalho e aumenta a responsabilidade e serviços, que se soma à estrutura inadequada e a falta de insumos (CUNHA; CAVALCANTI; COSTA, 2012). Entretanto dentre os benefícios da descentralização, elenca capacidade de supervisão das equipes de saúde da família e a melhoria do acesso aos usuários (CUNHA; CAVALCANTI; COSTA, 2012).

Acredita-se que a falta de conhecimento e os obstáculos organizacionais comprometem a efetivação da descentralização; entretanto essa estratégia tem apresentado experiências satisfatórias (HERRERO; RAMOS; ARROSSI, 2015; SOUZA et al., 2015; TRIGUEIRO et al., 2011). Para Cunha et al, (2015), a descentralização requer definição das atribuições e responsabilidades aos respectivos níveis de assistência e reestruturação do processo de trabalho. Para a superação dos processos fragmentados do trabalho e do modelo centralizador, cabe aos coordenadores maior autonomia e aproximação com a gestão local, como também uma gestão mais abrangente.

No fragmento, os profissionais e gestores reconhecem as dificuldades e desafios para a efetivação dessa diretriz organizativa. Nesse sentido, identifica-se a influência do perfil dos profissionais nessa efetivação, a dificuldade de desenvolver o processo de educação em saúde devido à sobrecarga de trabalho e a rotatividade dos profissionais, principalmente da área indígena o que dificulta o fortalecimento das ações para o manejo da TB, e conseqüentemente o vínculo entre os profissionais e a população indígena; entretanto, esses entraves não se distribuem de maneira heterogênea nesses espaços, em algumas regiões o processo de descentralização foi estável e natural, os profissionais tiveram uma boa aceitação nessa mudança.

*Essa questão eu acho assim, descentralizar, é porque ele não precisa vir aqui na vigilância, e sim eles tá trabalhando entre eles lá. **A descentralização precisa melhorar bastante. Até nessa questão aí descentralizado, colocar essa parte da equipe básica ali, né? dos postos de saúde pra acolher o paciente pra elas, né? E muitas vezes tá com TB, manda pra vigilância. E não é isso, né? É um todo. (GM2).***

Então, eu acho assim, a gente é passinho de formiga eu falo a descentralização, porque eles já tão bem acarretado, uma sobrecarga de trabalho bem grande, todas as equipes eu falo, inclusive o SESAI né? Então a gente vai aos pouquinhos assim, encaminhando um paciente, vai, né? mostrando como é o tratamento, o que você tem que fazer todo mês, mas a gente tem uma dificuldade, dos outros pacientes, a gente faz fala que o TDO é mais fácil, porque daí já vincula com a equipe (...) (GM8).

Outros obstáculos para além da sobrecarga de trabalho citada no próximo fragmento são as formas e vínculos inadequados de contratação, como os contratos informais em caráter temporário, contratações por meio de organizações não-governamentais.

Formas de contratação inadequadas induzem a rotatividade de pessoal, gerando ruptura no processo de trabalho, fragilizando e interrompendo a formação do trabalho em equipe para o controle da TB (TRIGUEIRO et al., 2011). Esse efeito cascata tem como produto final a fragilidade no acompanhamento e ausência do vínculo entre os atores e aumento da demanda de educação permanente (TRIGUEIRO et al., 2011; SÁ et al., 2011; MONROE et al., 2008; GARNELO et al., 2014). Conforme o discurso abaixo, a situação da alta rotatividade acaba dificultando a descentralização.

*(...) bom, eu acho o seguinte, nós temos como tava falando antes, temos **profissionais e profissionais**. Tem profissionais que você passou a a orientação, realmente ele desenvolve que é um abençoado de bem, **mas tem sempre tem aquele que tem essas dificuldades de descentralizar o tratamento e de acompanhar o paciente**, mas a gente, não temos o que reclamar em termos de coordenação municipal, **tem sempre a dificuldade porque nós temos muita troca de profissional**. (GR4).*

Percebe-se que o discurso expõe as dificuldades da gestão local que se alinhado ao fragmento abaixo, só que numa perspectiva do acúmulo das responsabilidades da gestão, onde a perspectiva da descentralização das ações e serviço tem sido postergado.

*Então a gente não tá conseguindo os trabalhos, como a gente faz muito trabalho, de muita coisa, pouco de cada coisa, a gente faz, a gente apaga incêndio, nem a fumaça a gente tá percebendo mais, é só incêndio, né? (...) daí é, essa desestruturação nossa acaba refletindo no nosso trabalho, **a gente não consegue sair daqui pra descentralizar essas atividades**. (...).
O que a gente vê nesse um ano que a gente vem trabalhando, né? É que **nós temos um serviço aqui um pouco centralizado no atendimento, que a gente tem um médico que faz anos que tá aqui fazendo tuberculose e hanseníase**. Então, é o que a gente vê aqui específico de São Miguel, não sei de outro município, mas eles não se sentem “donos” desse paciente com tuberculose, tá. Então, esse paciente com tuberculose, é um paciente da unidade, tem que acompanhado pela unidade. **Então nós tamo tentando tirar essa visão de centralização para descentralização das ações**. Que a unidade absorva esse paciente, diga, ele é meu! (GM3).*

A programação local centra-se na figura do coordenador, retratando uma linha de comando e gestão vertical que induzem à fragmentação do processo de trabalho. O acúmulo de funções dos coordenadores e a rotatividade dos profissionais de saúde fragilizam e interrompem as iniciativas de formação de vínculo entre trabalhadores e usuários,

propiciando obstáculos à efetividade do desempenho da gestão municipal da saúde (TRIGUEIRO et al., 2011; SÁ et al., 2011; SILVA, 2013).

Nesse sentido, a descentralização das ações de saúde, a organização dos serviços, a qualificação profissional e a adoção de medidas intersetoriais são primordiais para o enfrentamento da TB (TRIGUEIRO et al., 2011; SÁ et al., 2011). Vale ressaltar a que fatores associados à organização do serviço da APS têm forte relação com a cura ou não cura dos doentes (SILVA, 2013).

As recomendações do MS para o controle da TB pontuam as responsabilidades e atribuições das instâncias, tanto no que diz respeito ao controle da TB, quanto sobre o alcance das metas pactuadas, visando um melhor prognóstico do tratamento e a redução da transmissão para novos pacientes (BRASIL, 2011^a; 2019).

No recorte abaixo, observa-se que o gestor municipal indica viabilidade do processo de aprendizagem via descentralização, sugerindo a possibilidade de introduzir ou incorporar outros conhecimentos como a epidemiologia no cotidiano dos trabalhadores da APS.

Não, pelo contrário, acho que ficou muito melhor, porque o entendimento é o mesmo, porque se não só nós da epidemia tínhamos esse olhar, né? Meu Deus uma tuberculose! Tem que fazer isso, isso, isso, e talvez aquela equipe que estava lá, não sabia e achava que não era tão preocupante. Após ele estarem descentralizado e entender, que faz parte realmente do processo, facilitou. (GM5).

Acredita-se que a tarefa de gerenciar deve trilhar um caminho inovador e transformador, que ultrapasse as barreiras burocráticas e alcance o maior desafio que lhe é imposto que é o equilíbrio das inter-relações profissionais no intuito de aperfeiçoar o desempenho do cuidado em saúde, de modo a redefinir indicadores que expressem epidemiologicamente a TB e que revelem avanços do SUS na esfera da atenção básica (TRIGUEIRO et al., 2011).

Os gestores municipais e gestor regional sinalizam a perspectiva do processo de descentralização, mas com repasse de conhecimentos e suporte matricial no acolhimento dos casos. Eles discutem a necessidade do matriciamento para as equipes, a necessidade da EPS, de discussão de casos abordando a formação em saúde de um modo geral.

(...) a gente crê que muito em breve a gente vai ter uma referência na regional, que é pra tá entrando mais um médico para epidemia da regional, que vai tá se especializando pra ser referência, para tá passando para os demais municípios que é uma ideia da gente descentralizar esse atendimento que ainda a gente vê

como centralizado no município, não só no nosso município, mas, na nossa Regional né? a gente, um grande desejo seria essa descentralização, (...). (GM6).

[Dificuldade para efetivar a descentralização]. Não, é, não existe nenhuma dificuldade, é, todos os médicos foi passado por um treinamento, pra que eles fizessem o atendimento do tuberculoso lá na unidade deles, que nos casos mais complexos eram, são passados pra um médico que trabalha mais na área de tuberculoso, né? (GM9).

*(...) é, a gente sempre trabalha em cima dessa/desse objetivo, **descentralizar mesmo o tratamento, pra que eles também recebam lá na Atenção Primária, os informativos e as orientações necessárias pra fazer a busca ativa dos sintomáticos. (GR4).***

A estratégia da gestão vai de encontro com a perspectiva da política Nacional de Educação Permanente na Saúde (PNEPS) e do apoio matricial como estratégia de gestão, tendo em vista as necessidades de desenvolvimento dos profissionais de acordo com a realidade local dos serviços (BRASIL, 2004) e a redução da fragmentação dos cuidados na atenção à TB e ruptura das práticas hegemônicas, tendo como premissa essa metodologia de gestão do trabalho interdisciplinar em saúde (CAMPOS; DOMITI, 2001).

Nesse contexto a EPS é reconhecida como uma prática transformadora a partir da aprendizagem significativa no campo da saúde (FURTER, 1974; HADDAD; ROSCHKE E DAVINI, 1990).

O apoio institucional é fundamental na educação permanente; nesse sentido, aos esforços da gestão somam-se o seu papel na articulação e facilitação dos processos, a indução de financiamentos e a garantia do envolvimento dos atores nos diferentes no contexto, como a participação no levantamento das demandas e necessidades de capacitação no cotidiano dos serviços (FORTUNA et al., 2011; LIMA; ALBUQUERQUE e WENCESLAU, 2014), sugerindo que a sensibilização dos gestores e profissionais é fundamental para a adoção da coexistência entre EPS e atenção a saúde (BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2017).

[Nesse sentido, a educação permanente], “não se pode ser vista somente como ferramenta de organização do sistema de saúde ou estratégia para remodelar o processo de trabalho, com a realização de cursos ou ações educacionais pontuais, restrita a momentos formais instituídos. Ela deve ser entendida como dispositivo para mediar mudanças, permitindo aos sujeitos um processo de autoanálise no trabalho, pelo trabalho e para além do trabalho, como possibilidade de crescimento para lidar com o mundo” (CAMPO; SENA; SILVA, 2017, p.7)

No campo da saúde indígena, dentre os indicativos e linhas de ação elenca-se a formação, capacitação e acompanhamento do AIS, e estabelecimento das EMSI no modelo

atual do sistema de saúde indígena (BRASIL, 2002; 2013). Nesse sentido, busca-se valorizar os conhecimentos históricos e tradicionais da medicina indígena, mas também proporciona novos conhecimentos para esses profissionais com foco nas ações de prevenção, educação e promoção da saúde dos povos indígenas (BRASIL, 2013).

Nesta subcategoria, **A descentralização dos serviços de saúde no controle da TB**, os depoentes argumentam que em algumas regiões a descentralização já aconteceu e de maneira satisfatória já em outros lugares encontram-se em processo de descentralização, entretanto, é reconhecida a importância desse princípio e suas implicações para o controle da TB. Foram elencados vários desafios, tais como: manter a equipe treinada, os impasses da rotatividade e déficit de recursos humanos, a sobrecarga de trabalho entre outros.

7.1.2.4. A articulação intersetorial e intrasetorial na atenção à saúde do indígena

No contexto da saúde indígena, as EMSI são responsáveis pela articulação intrasetorial com os serviços na rede de assistência à saúde, incluindo a média e alta complexidade juntamente com os coordenadores da saúde indígena que buscam articulações intra e intersetorial. Dessa forma a articulação assume o objetivo de atender integralmente as necessidades de saúde dos povos indígenas, e apoiar o acesso desses povos à rede de serviços, já que teoricamente a APS é ofertada às comunidades nos postos de saúde indígena pelas equipes de saúde indígena (BRASIL, 2019).

As articulações no campo da saúde envolvem diferenciação de financiamentos, como incentivo ao atendimento dos indígenas, como também atendimento diferenciado a esses povos (BRASIL, 2019). “Também incentiva a articulação com organizações não governamentais ou da sociedade civil, para fortalecer o controle social e garantir a sustentabilidade das ações de controle” (BRASIL, 2019, p. 287.)

Embora exista o conhecimento de causa e discursos precisos sobre gestão dos serviços, a discussão da equidade na intra e intersetorialidade é omissa, existe uma preocupação imediatista com problemas pontuais em detrimento à problemas de ordem base, fonte dos desafios a serem superados. Nesse sentido, a dificuldade do acesso aos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção interrompe a continuidade das linhas de cuidado.

Então, o próprio coordenador daquele município, ele também tem autonomia, e não fica só sobre nós a, as ações. Então ele também tem autonomia pra poder desenvolver porque ele conhece mais o território, ele tá lá mais presente, mais próximo. (GE1).

*Eu acho que é mais em relação a assessoria que a regional, a regional não trata, ela não atende, mas ela faz a articulação de, precisa de uma vaga, precisa de um raio x, precisa de alguma coisa. Então assim, é infelizmente esse ou felizmente pra eles, não sei, mas esse ainda é o nosso papel, você contata as pessoas, é um, é um fluxo muito pessoal, (...) ligar pra não sei o que, que tenta resolver o problema pontualmente. Então em termos de unidade de referência, hoje nós temos fluxos, certo, a unidade básica não consegue dar conta, isso vem pra unidade de referência, esse fluxo nós já temos, mas quem vai cuidar desse paciente quando volta, é a unidade básica, e aí **independe de ele ser indígena ou não, a referência conta referência é essa precisar interna vai ser no Hospital Universitário, que é referência também pros casos de tuberculose mais grave.** Em relação há uma necessidade de internamento mais com problemas sociais junto, a gente busca internamento na Lapa, que é o Hospital São Sebastião, então na articulação eu ainda vejo que essa articulação além existe o fluxo às vezes tem problemas, (...). (GR1).*

*Então, toda semana eles tem que informar, então da tuberculose é, apresentou os sintomas clássicos e tá produzindo tosse produtiva, já faz já a o controle do BK, aí hoje então, eles trazem pra nós, trazem aqui no município, e é feita aqui no laboratório, e também, é que muitas vezes se trabalho muito essa questão de tá fazendo alguma coisa pra tuberculose, porém **a gente não tinha o financiamento pra pagar esses BKs, também foi articulado foi adequado isso, né? Dentro do nosso, é pactuação de exames, do próprio VigiaSUS, que foi o que, da vigilância epidemiológica que a gente fez, que ficava disponível, tantos BK por mês, pra facilitar realmente essa coleta, porque o nosso laboratório ele não é municipal, ele é terceirizado, né? Então a gente compra o serviço. (GM5).***

Nesse sentido, os discursos concorrem para a inequidade acerca do acesso, a falta de discriminação positiva na saúde no tocante ao atendimento desses povos, como também as relações de interculturalidade, fato que sugere a conveniência e urgência de estratégias de reestruturação e indigenização da interculturalidade na atenção à saúde aos povos indígenas, a considerar a atual PNASPI como política de prática homogeneizada (PEDRANA et al. 2018), como também a visitação do princípio de equidade do SUS (BRASIL, 1988; 1990).

Sobre a equidade nos apoiou nos autores MARSIGLIA, SILVEIRA e CARNEIRO JUNIOR (2005, p.69).

(...) o princípio da universalidade tem contribuído para o incremento do acesso aos serviços de saúde, porém não tem criado condições para o estabelecimento da equidade, necessitando para isso reformulação e adaptação de programas e ações em saúde.

No contexto da articulação intersetorial, esta se apresenta praticamente ausente nas falas dos sujeitos, sugerindo uma omissão velada no contexto de proteção social e apoio e

incentivo financeiro ao doente de TB fragilizado em situação de vulnerabilidade individual, social e pragmática. A esse respeito a vulnerabilidade é um termo interdisciplinar aplicado à diferentes áreas temáticas (CARNEIRO JUNIOR et al., 2000). Nesse sentido, nos apoiamos nos conceitos de vulnerabilidades de Ayres (2003) que expõem a associação de variáveis de cunho individual, social e programático num contexto de interrelações que possibilita a compreensão profunda e coerente da realidade e a reorientação de políticas.

Então com relação à articulação de serviço de assistência à saúde para a população(...), a gente não tem uma articulação específica para essa para esse público né? a população indígena, é mas há uma preocupação com óbitos que tem acontecido, lógico que a gente não tem que pensar somente na situação fim que é o óbito, a gente tem que pensar desde o início, a prevenção e tudo mais né? (GR2).

(...) a gente faz um apoio, intermedia, faz uma intermediação entre o nível municipal e o nível estadual, nível central, a experiência é apenas é direta com o nível municipal, né? a minha experiência, a gente faz apenas trocas, trocas de informações e circula, né? como um ponto de apoio, acredito que seja isso.(GR3)

[Articulação com o SUS]. Então essa articulação ela existe, né? É, a tuberculose, a gente fala assim, que não tem como você pensar em tuberculose se a gente não pensar SUS, né? diagnóstico, tratamento, tem que ser SUS, não existe outra forma. A questão da empresa que tem esse contrato, que tem feito atenção à saúde indígena, né? a gente tem um relacionamento muito próximo com eles, e a gente vê que nós temos diferentes aldeias aqui na regional, que pertence a regional de saúde e a gente percebe que existe em algumas aldeias que é um pouquinho mais fácil da gente ter o contato com o profissional que atua lá, e existe algumas aldeias que é um pouco mais difícil, até pelo número de profissionais que tem dentro da aldeia, né? é que existem aldeias menores que tem uma pessoa duas que a gente consegue o contato, e existem aldeias maiores que a gente tem vários profissionais lá dentro, alguns de fácil acesso e outros com um pouquinho mais dificuldade. Mas essa articulação ela existe, e a gente não tem como trabalhar pensar em tuberculose se a gente não tiver pensando o modelo né? SUS de diagnóstico e tratamento da tuberculose. (GR5).

“Discutir a questão social significa um modo de se problematizar alguns dos dilemas cruciais do cenário contemporâneo (...), que reabre o problema da justiça social, redefine o papel do Estado e o sentido mesmo da responsabilidade pública” (TELLES, 1996, p.85).

Ao tratar das questões de saúde relativas a esses grupos sociais “excluídos”, devemos buscar as articulações possíveis, no que tange à noção de valor da vida e da saúde neste contexto singular. Algo que permita que a ação de saúde não seja apenas pontual, no sentido de avaliar um sofrimento agudo, mas, principalmente, que sirva de instrumento de resgate do valor da vida e da saúde, da cidadania, da dignidade humana e do centro afetivo-intelectual do indivíduo (CARNEIRO JUNIOR et al., 2000, p.102).

Em algumas regiões as articulações são menos visíveis em outras mais perceptíveis nos diferentes espaços e arranjos, e apresenta destaque na articulação intrasetorial, visto que a articulação intersetorial foi pouco citada. Dentre as dificuldades enfrentadas na promoção de articulações intersetoriais, estão relacionados a objetivos incomuns entre os participantes, somado aos desafios de equalizar as atividades e estratégias superando os obstáculos de satisfação de interesses e necessidades imediatistas e individuais do grupo, há que se considerar as distintas formações, estruturas técnicas e burocráticas e dissimetrias de linguagem e significados (CARNEIRO JUNIOR et al., 2000).

Os discursos sugerem que as articulações são impulsionadas por mecanismos e motivações singulares; entretanto, é notório a hierarquia dos sujeitos nesses espaços e as relações entre esses atores a partir dos papéis assumidos. Sobre isso, o nível local focaliza nos fluxos para diagnóstico, manejo e capacitação, já os níveis regional e estadual se dedicam às atualizações e pactuações de serviços.

Observa-se também um desafio para equilibrar a distribuição e a organização de serviços segundo as necessidades específicas de segmentos sociais que abrem um imenso leque de demandas, nem sempre percebidas pelo Poder Público. Nesse sentido, a discriminação positiva, ou a política focalizada, pode se constituir como importante caminho para a realização de ações em saúde, que contemplem o vasto conjunto de efeitos produzidos por processos sociais de exclusão (MARSIGLIA, SILVEIRA; CARNEIRO JUNIOR, 2005, p.73)

*Eu sou o coordenador da atenção a saúde do DSEI Litoral Sul a quatro anos e meio, então a a minha, a minha atribuição na verdade é , é eu tenho uma equipe técnica que trabalha junto comigo, eu tenho uma coordenadora de tuberculose, dessa área de controle da tuberculose, que tem conhecimento mais técnico e que da suporte pra essas equipes que estão aí espalhadas nesse território. **Mais a minha experiência na verdade é mais de gerenciamento geral das questões, né? de dar condições pra que essas equipes trabalhem, de fazer o diálogo com os municípios pra que se garanta o medicamento, o tratamento, até porque o tratamento da tuberculose são ali disponíveis pelo município e não o DSEI que os adquirem, então esse diálogo é mais o meu papel, é um diálogo de articulação e de gestão.**(GDI1).*

*É, as equipes, as equipes de Atenção Primária do DSEI, elas, pela sua competência de atende a Atenção Primária, elas realizam o primeiro atendimento, e sempre que necessário encaminham o paciente para o médico de referência do município ou um laboratório de referência pra fazer um raio x, ou pra fazer um PPD, ou pra fazer um exame é laboratorial. **Então, essa articulação ela, ela existe, ela existe, é, tem alguns entraves em algumas determinadas localidades, mas esses entraves, eles, eles são geralmente superados, né?** e posso dizer que não há, não há nenhum problema maior, de ordem maior em relação ao referenciamento dos pacientes para rede de atenção a saúde, a notificação do caso da vigilância epidemiológica, o acesso ao tratamento. **Não, não vejo problemas de ordem maior nessa articulação interfederativa, pra garantia do diagnóstico, do tratamento para a cura do paciente.** (GDI1).*

*Essa articulação, ela é um pouco, não é igual, né? porque, como o distrito ele tem uma área de abrangência que vai, éhh, todo estado de São Paulo, o Rio de Janeiro e Paraná, então, mesmo o distrito sendo, né? tendo uma logística de que, que ultrapassa os limites dos estados, né? Como que cada estado tem as suas as suas políticas, né? Então, é um pouco variável, né? **em cada município, gente tem que sair pactuando com cada município que tem, e regional de saúde do estado, né? que têm populações indígenas, né? Então, assim, é bem variável, tem município que tem uma estrutura maior, uma rede de laboratorial maior, e têm municípios bem carente, né? que as vezes também não tem quase nada de estrutura, então é bem variável. (GDI2).***

Com a gente enquanto regional não, mas com o município sim, com a Atenção Primária do município sim, na verdade assim, há, eu penso que há uma boa articulação, referente a questão do cuidado, das dúvidas, da referência, da especialidade, né? Quando precisa é disponibilizado, garantido o acesso, né? Do. Que na verdade a referência deles é o município, com a gente é no geral. Na verdade, com a gente assim, com a equipe da saúde indígena, a gente conversa bastante quando a gente vai pro município discutir as questões do cuidado da gestante e criança. (GR8).

Assim, por ter como uma referência imediata pra tratar do assunto da doença no setor epidemiológico, é, eu, a gente teve, eu principalmente tive mais contato direto com a casa aqui, com a o nível municipal, só né? agora com o nível estadual ou, é, regional diretamente não (...) tá bom, na mesma forma também considero(...) até porque eu acho que tem que ter essa questão de hierarquia, né? a gente se reporta a epidemiologia, e ela assim por diante, né? enquanto aos tratamentos que a gente pode acompanhar, a gente foi, teve o suporte adequado necessário pra acompanhar o tratamento do esquema 1 que foi o caso da nossa paciente, foi oferecida a medicação certo. (PEnf.2).

Tá falando com [existe articulação com os diferentes níveis?] tipo, o único contato que a gente tem é o município daí, e a epidemio é do município, e quem auxilia a gente é a enfermeira lá de Curitiba. Daí se precisar, se tiver a gente tiver uma dificuldade aqui pra liberação de exames pra fazer, os exames que são solicitados pelo médico, a vezes tem que passar por auditoria, tem todo, cada município tem uma forma de fazer, daí a gente entra em contato com Curitiba, que elas entra em contato com a SESA, com as regional (...). (PEnf.6).

É uma articulação ruim, porque! porque a gente teve casos de tuberculose que não foi feito nem o controle dos contatos, então eu vejo assim com grande dificuldade a questão de ser feito os exames, de ser acompanhado, e ter uma comunicação entre o Polo Base e a vigilância epidemiologia. (PMed.2).

Nesta subcategoria, **a articulação intersetorial e Intrasetorial na atenção à saúde do indígena**, os depoentes discorreram sobre as dificuldades de atendimento integral insatisfatório, articulação intrasetorial e intersetorial ineficiente e em alguns casos ausente, falta de integração, déficit de recursos, expondo que a interlocução entre profissionais e o acesso aos serviços de saúde é limitado. Em síntese, tem sido observadas muitas dificuldades com a articulação e integração, com o entendimento do fluxo, com a falta de conhecimento do território principalmente por parte dos gestores regionais e estaduais não indígenas.

7.1.2.5 A integração dos serviços e profissionais de saúde no controle da tuberculose

Nos diferentes cenários, admite-se que a integração do SUS com o subsistema de saúde indígena e entre os pontos de atenção das redes assistenciais ainda não se consolidou, existem entraves e dificuldades que impedem que a unanimidade se efetive. Em determinados locais é possível observar dinâmicas que corroboram com a integração dos serviços e profissionais e desfecho favorável das ações de controle da TB, tais como valorização do trabalho em equipe e do papéis desses profissionais e o que ele representa para o controle da TB. Entretanto existem realidades diferentes que apontam para a insuficiência ou ausência de integração, tornando distante a possibilidade de integralidade das ações e êxito no controle da tuberculose nos serviços de atenção à saúde do indígena. Reconhecem peculiaridades e falhas no processo de comunicação e articulações, o que influencia negativamente o fluxo, as práticas sanitárias, a gestão nos diferentes cenários (local, regional ,estadual e distrital).

*Então a tuberculose não aparece uma semana, duas, ela leva um tempo pra destruir dessa forma o pulmão. [Então, quantos contatos?] Exatamente, também os que circularam por aí, sabe, então assim, é muito complexo isso! Como é que a gente tem que resolver esse problema? **Apresentando o problema pra eles, de uma forma dentro do seu dia a dia, não adiante levar o que a gente, né? (GR1).***

*Eu acho que **a maior dificuldade do desafio que nós temos é fazer a integração entre o município e a empresa prestadora de serviço aos indígenas, o que é uma das maiores desafios nosso, porque como tava le falando, tem muita coisa que poderia ser melhorada se tivesse um pouco mais de a proximidade e uma integração maior das equipes da empresa prestadora de serviço junto ao polo base com o município sede, onde que tem a aldeia indígena dentro do município. Essa é uma dificuldade que a gente ainda vai ter que correr muito para conseguir fazer com que o profissional realmente saiba que o índio é uma pessoa igual a nós, apenas mora dentro de uma aldeia indígena. Ele tem tantos os mesmos direito como também tem os deveres iguais aos branco, e essa dificuldade de integridade a nossa, por causa da muita proteção, e que poderia ser um pouco mais aberto pra que a gente pudesse fazer as ações da gente bem melhor lá dentro da aldeia indígena, são empresas diferente, gestão diferente. (GR4).***

*(...) quando existe uma região, ou uma população, uma aldeia em determinado determinada regional, **o coordenador ele sempre entra em contato com a gente pra passar é, daquela daquele território como que se tá a situação daquela população. (GE1).***

*[Como as informações sobre as ações de controle da TB vêm sendo discutidas (...) ?]. Olha, eu acho assim, **falta mais essa conversa entre os profissionais, essa troca de experiência, essa relação entre os municípios, um apoio em relação entre alguns pontos da rede que a gente não consegue resolver. Acho***

que precisa mais, acho que mais, tá muito deixado de lado essa questão da tuberculose. (GM3).

Nós temos a nossa Unidade de referência, nos temos lá nos indígenas, existe uma Unidade Satélite, que a partir daí ela tem entrada direto na Secretaria de Saúde pra conseguir o que ela vem buscar, exames, consultas especializadas, medicação. Ela tem porta aberta, ela não precisa passar por outra Unidade de Saúde. Ela já tem porta aberta no município. (GM4).

E aqui eu não sei se eu como enfermeira posso tá pedindo, não sei, não vi ainda, mas a gente vê que ele pede e passa pra auditoria, mas igual a gente fala, cada município tem uma, cê tem que respeitar, porque assim, cê vai pra Nova Laranjeiras é diferente, você vai para Mangueirinha nossa eles tem eles têm um contato muito grande com o município, mas atrás disso tem a verba que vem pro município, as aldeias que são legalizadas, as que não são legalizadas, então assim é bastante complexo, tem bastante coisa envolvida. (PEnf.6).

Embora sejam pouco avaliados e monitorados os efeitos da integração na rede assistencial, esse atributo é indispensável nos serviços de saúde para se obter sucesso no campo de ação clínico e funcional. Nesse contexto, processos fragilizadores e limitantes na integração comprometem a integralidade das ações, não somente em termos de garantia de assistência nos diferentes níveis, mas também na articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde no âmbito coletivo e individual (GIOVANELLA et al., 2002).

O processo de coordenação e cooperação entre os serviços de assistência são basilares na construção e manutenção de políticas e sistemas de saúde (LEATT; GUERRIERE, 2000), sugerindo determinada interdependência nas diferentes organizações e dos diferentes atores envolvidos com a rede de cuidados (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). Sobre isso, é importante esclarecer que para a atenção à saúde dos indígenas, existe a necessidade de transitar entre um sistema próprio de saúde (modelo específico) focalizado no nível primário de atenção e a rede assistencial do SUS. De acordo com discursos de gestores e profissionais, os principais nós críticos e desafios para a integração dos serviços e profissionais se dá a partir da transição nesses sistemas. Nesses espaços a necessidade de otimização dos recursos, eliminação de barreiras ao acesso e promoção do cuidado adequado nos diferentes níveis de atenção são pontos consensuais (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). Entretanto vários são os desafios postos nessa arena, onde a possibilidade de respostas às complexidades e incertezas dos problemas de saúde permeiam a área de integração sistemática em concordância com a integração normativa proposto por Contandriopoulos et al. (2001) (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

As discussões e proposições políticas no contexto da integração se apoiam nos domínios estrutural, clínico e de cooperação; entretanto as organizações e atores não dispõem dos mesmos recursos (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Existe um plano de trabalho com divisão de responsabilidades segundo competências de cada um, mas para o desenvolvimento do planejamento “conjunto” conforme a realidade local é fundamental a superação de desafios que se interpõe a diversidade étnica, social, cultural, geográfica e política, sendo reconhecida a necessidade de comunicação dialógica e fortalecimento dos sistemas de apoio e suporte institucional.

(...) não conhece essa realidade, a gente fica ainda assim, né? Muito fragmentado, sem saber qual o passo que a gente tem que dar, como se comunicar sem se expor, né? Sem expor eles, né? a uma certa situação que a gente, que traga alguma exposição que eles não não fiquem, não se sintam né? bem, acho que, mas assim, sempre são, é muito importante e eles são muito, é muito rica a participação deles, quando, quando eles estão. (GE1)

Eu acho que aqui não é dizer que não temos, porque é, como eu te falei todo o SUS ele já tem um fluxo né? o próprio programa nacional ele já prevê comunidades diferentes, por exemplo sistema prisional, comunidade indígena, etc. O que a gente tem em termos de regional, e falando agora de regional, nós temos o apoio que a gente presta ao município, então nós não estamos lá todo dia o município sabe qual é sua realidade, ou quando existe uma população circulando por aqui, é de quando a um problema eles sempre recorrem a regional! E a regional sempre, acaba tendo que, liga pro HU, liga outro, liga pra coordenação, liga pro/as vezes pro Hospital da Lapa, que é a nossa referência em tuberculose, no Paraná, que acaba internando muito mais por problema sociais, do que propriamente uma necessidade de interna aquele paciente, que a gente pode interna o paciente aqui também, no isolamento. Então essa articulação é que a regional faz (...). (GR1).

(...) tem muita coisa que poderia ser melhorada se tivesse um pouco mais de a proximidade e uma integração maior das equipes da empresa prestadora de serviço junto ao polo base com o município sede, onde que tem a aldeia indígena dentro do município. (GR4).

[Quais os principais desafios/fragilidades da gestão/equipes de saúde para a atenção à TB junto a população indígena?] Eu acredito que é isso né? Essa integração entre a equipe é sempre importante né? Que tenha uma boa relação, que as informações fluam na forma né? rápida e fácil, acho que isso, acho que isso é a principal fragilidade hoje que a gente observa. (GR6).

Eu acho que assim, esse momento que a gente vive hoje, o principal desafio é começar, né? Depois que começar, a gente vai vendo o que é bom, que é ruim, se tem que fazer diferente, tem que mudar, sentar e pensar. Agora o desafio pra nós que estamos iniciando é começar. A gente não tem uma estrutura uma equipe estruturada, com profissionais sensibilizados, a gente é alguns profissionais, nós somos poucos eu acho, pra fazer tudo, por que a gente faz um pouco de tudo. Não tem só tuberculose na área indígena, a gente não tem só essa população. Eu acho que não é só na população indígena é todo município a gente tem que trabalhar, porque os indígenas vai ser um pedacinho lá que a gente vai ter que tá atuando. Se a gente começa fazer muita distinção é, a gente

acaba não fazendo nada. Então acho que tem que inserir eles na nossa rede, né? Por que eles ainda não tão, não tão inseridos "vírgula", por que se tem alguma coisa lá, eles vão caminhar na rede. (GM3).

*Eu acho assim, é, foi até o que eu, é, foi comentado essa semana, né? **Tentar trazer os profissionais da área indígena mais perto de nós, pra tentar mostrar o caminho pra eles, né?** que isso ainda, nós estamos muito longe então é uma coisa que eu já falei (...) **que a gente tem que melhorar, é nossa aproximação com eles, pra abrir as portas dos conhecimentos pra eles também.** Então é uma estratégia que a gente tá tentando fazer agora pra esse ano que tá entrando também. (GM4).*

*Algum tempo atrás, a gente teve uma médica no Pinhal, que ela era indígena, tinha se formado na UNIOESTE, e tinha sido o professor dela o Doutor (X), que foi um dos médicos que atendia o CISOP antigamente de tuberculose, e ela tratou, ela ligava pra esse médico, esse professor que era médico lá, o paciente chegou uma vez lá, mas ela praticamente, acompanhou sozinha na aldeia, então, é aquela da equipe tá com entendido, que no, o protocolo é muito simples, né? É só seguir, digamos, né? Então, não a necessidade de ter medo, né? Claro que se tiver uma intercorrência, mas, no caso ela tocou o tratamento tranquilamente. (...) é então, é o que a gente observa, é que a gente não pode trabalhar sozinha, nesse combate, nessa coordenação, né? Temos que ter assim, aliados de todos os lados, né? Que é muito importante. **Primordial que eu vejo, é o ACS, muitas vezes o ACS, faz um trabalho fundamental pra gente, porque o município é muito rural, né?** então você não tem como tá visitando, acompanhando, todo dia, ou, um dia sim um dia não, então esse ACS nos fazem assim, essa ponte, sabe? Então, é muito importante que esse ACS, esteja muito envolvido e entendendo, o que é tuberculose, é, a importância do trabalho dele pra realmente a gente conseguir diminuir, e, quem sabe um dia até erradicar a doença, né? (GM5.)*

***A gente faz algumas coisas associadas, como ocorreu em agosto, eles fizeram uma força-tarefa,** a gente tava junto fazendo PPD dos contatos, mas, a sequência disso não ocorreu. Então o comprometimento da equipe interna, não sei se é pequena, porque lá a gente, eu acho que é a segunda maior aldeia do Brasil, maior do Paraná, então são três, quase três mil indígenas, então não é muito fácil pra equipe também, mas é o comprometimento. (GM6).*

[Como as informações sobre as ações de controle da TB vêm sendo discutidas?]. Não há discussões, tipo de fazer uma reunião para passar? Não a nada específico disso, tipo, sobre as ações de TB na saúde indígena. (GM8).

***Outra coisa que é bem importante, que seria também uma potencialidade a ser citada, como eu falei, hoje através da comunicação que é bem integrada entre a aldeia, o município, estado,** nós temos também o livre acesso à medicamento, então, é digamos, o paciente positivou, ele tem o acesso a medicação, ele é notificado e ele tem o acesso a medicação, é, então não existe hoje um problema, a tá interferindo nisso. Então, o indígena ele é resgatado dentro da aldeia, positivo pra TB, e ele vai conseguir efetivar o seu tratamento e adesão do seu tratamento, porque o fornecimento das medicações, não existe problema, então, isso seria também um ponto positivo. (PEnf.4).*

Considera-se indissociável o processo saúde-doença e suas dimensões culturais, sociais, psicológicas e biológicas sendo fundamental a integração das ações para a promoção, prevenção, reabilitação e cura dos casos de TB (MATTOS, 2004).

No contexto da tuberculose, Sá et al. (2007) denunciam que impasses na integração dos serviços e cuidados à saúde na perspectiva individual predispõem o abandono do tratamento para tuberculose. Nesse sentido, os profissionais e os serviços enfrentam desafios na atenção a TB no indígena, visto que o modelo de cuidado a essa população teoricamente é desenhado na perspectiva de uma integração diferenciada (VIEIRA FILHO, 1988; CONFALONIERI, 1989); entretanto, na prática essa integração não se consolidou. Sobre isso, a falta de integração entre o subsistema e os serviços especializados ofertados pelo SUS impõe obstáculos e compromete a garantia do acesso e qualidade no cuidado, principalmente no nível secundário e terciário de assistência, tendo como referência as especificidades desse coletivo, fato que impõe a necessidade de adequações principalmente na integração normativa e sistêmica (SILVA et al., 2016; MOTA; NUNES, 2018), similarmente a outros contextos (ALVES, 2012). Segundo os autores, existem distanciamentos entre o preconizado pela política de atenção à TB e a prática assistencial, esses cenários denunciam centralidade no aspecto biológico. Na questão indígena, somam-se as dificuldades com a comunicação, barreiras geográficas, ser aceito pelo indígena, condições de trabalho insatisfatórias, necessidade de treinamentos introdutórios e capacitação (MARINELLI et al., 2012).

Na subcategoria, **a integração dos serviços e profissionais de saúde no controle da TB**, os depoentes reconhecem que existe integração entre os profissionais e serviços; entretanto, essa integração se mostra de maneira singular nas diferentes regiões de estudo. Sobre isso, observa-se que em alguns cenários os profissionais da EMSI desenvolvem suas atividades em sintonia com profissionais de outros pontos da rede de atenção à saúde, enquanto que em outros espaços existem dificuldades de integração e articulação que dificultam até mesmo o desenvolvimento das práticas sanitárias para o controle da TB. Cabe ressaltar que o diferencial na atenção ao indígena está na exclusividade da EMSI em terras indígenas, os demais serviços ofertados são orientados pela igualdade conforme escopo de ações previstas à população geral.

7.1.2.6 A comunicação no processo de trabalho no controle da tuberculose

Segundo Almansa Martinez (2010, p. 84) os fluxos de comunicação difundidos nas instituições podem ser classificados como “vertical (descendente ou ascendente), horizontal ou lateral e transversal, cruzada ou diagonal”.

A comunicação ascendente acontece de baixo para cima, não é muito comum, mas é considerada mais democrática porque segue a direção oposta à descendente onde o emissor está alocado em uma posição mais básica na cadeia de comando do organograma, esse modelo de comunicação pode ser percebido em reuniões. Já a comunicação descendente, ou seja, de cima para baixo é a mais comum e frequente. De maneira geral ela pode ser notada em murais, em canais internos, na forma audiovisual dentre outras formas (ALMANSA MARTINEZ, 2010).

(...) as equipes de atenção, tanto nossa quanto da aldeia, eu vejo que hoje tá muito mais comprometida, a desenvolver ações, né? pra, pro combate de outras doenças, e até a redução da tuberculose, e com a população lá, talvez, até como eu não convivo, talvez possa até, tá errada, né? mas com os brancos aqui a gente, é além da equipe a gente tem, oportunidade de tá trabalhando a sociedade, né? através de palestras, através de curso, vai uma reunião disso você sabe é a acaba abordando o assunto, aí, aqui as pessoas ouvem muito rádio. Então o rádio é uma, um meio de comunicação fundamental no nosso município, porém na aldeia não é dessa forma, né? Então é uma dificuldade, então tu não vai falar pro índio, né? Tipo como a gente fala com o branco, então, é uma, a gente que trabalhar com a realidade deles, de uma forma que eles compreendam. (GM5).

Acerca dos fluxos laterais ou horizontais, eles são comuns entre os mesmo níveis de comando e favorece o gerenciamento de conflitos e coesão interna. Por outro lado o fluxo transversal, cruzado ou diagonal ocorre entre níveis hierárquicos diferentes e impõe desafios nesse processo devido às diferentes linguagens empregadas, sendo muito comum o envio de e-mails (ALMANSA MARTINEZ, 2010).

No contexto da pesquisa, os profissionais e gestores reconhecem diferentes possibilidades, modelos e canais para efetivação da comunicação, e a predominância do modelo matemático informacional e de comunicação em duas etapas, descendente em diferentes fluxos. A saber, esse modelo de comunicação é caracterizado pela direção unilateral sem retroalimentação propriamente dita (INAZAWA; BAPTISTA, 2012).

Os cenários apresentam uma estratégia de comunicação predominantemente unidirecional, o que institui ou reforça as relações de poder entre os envolvidos. Sobre isso, observa-se pouco diálogo e uma comunicação eminentemente funcional, com traços de fragilidade na colaboração, cujo vínculo é de solidariedade entre os pares.

Em relação há uma necessidade de internamento mais com problemas sociais junto, a gente busca internamento na Lapa, que é o Hospital São Sebastião, então na articulação eu ainda vejo que essa articulação, além, existe o fluxo, às vezes tem problemas, falta levar alguma, aí você usa comunicação pessoal da referência aqui, do contato lá, que nós temos os profissionais no serviço de referência, (...). (GR1).

Reitera-se que a comunicação compõe as competências gerais estabelecidas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) sendo uma das cinco competências para os cursos da área da saúde (BRASIL, 2001), que pode ser reconhecida como uma ferramenta imprescindível para a interação entre os profissionais de saúde e gestão da saúde, a partir de diferentes mecanismos, como escrita e leitura, verbal, não verbal, domínio de línguas e tecnologias de informação e comunicação (CORIOLANO-MARINUS, 2014).

“A criação de condições comunicativas que favoreçam a ressignificação da tuberculose requer a detecção de atores, procedimentos, concepções de TB e instituições legitimadas em cada ato comunicativo” (RANGEL; NATANSOHN, 2011, p. 195).

Os canais em sua maioria são permeados pela comunicação formal, informal, sendo pouco citada a comunicação institucional, por meio de reuniões técnicas presenciais ou vídeo conferência, grupos de trabalho, contato telefônico, telemedicina e mensagens por e-mails e pelo whatsApp.

[Essa comunicação, ela seria institucionalizada, formal, informal?] Ela, de todas as maneiras, ela pode ser formal, ela acontece formalmente nas reuniões, em que os gestores se encontram, nos foros inter-gestores, mas ela também acontece de forma informal no dia a dia ali na rotina do trabalho. I como nosso distrito sanitário, ele tem um território muito extenso, ele, ele, ele está, ele compreende três estados da federação, cuja a sede está em Curitiba, distante de onde esta na verdade as aldeias e as equipes de saúde, então o próprio coordenador de equipe, acaba fazendo esse papel de articulador, ali no seu território junto ao seu município. (GDI1).

[Comunicação]. Olha, não tem institucionalizada não, os municípios já tem esse entendimento, (...). (GDI2).

[Como as informações sobre as ações de controle da TB vêm sendo discutidas (...)?]. A, essa discussão eu ainda não, não tenho como te informar, né? Porque a gente, eu, particularmente nunca participei de nenhuma, de nenhuma ação, né? Voltada diretamente pra essa população. O que agente é trabalha é através de ofícios, né? e memorandos, e e-mails, né? pra vincular essa as informações. (GR3).

Aí na verdade, se eles tem alguma dúvida com relação ao tratamento, alguma coisa, eles as vezes, eles ligam, mas, é que eu tenho conhecimento, assim, eles procuram direto o município, e aí o município, a epidemiologia entra em contato com a gente, a epidemiologia do município. (GR7).

(...) que a gente trabalha muito unido hoje, graças até pelas redes sociais ((ri)), pela distancia, né? Também pelo whatsapp, mas tem o AIS que é o agente comunitário indígena deles, (...). (GM5).

Unidade de referência seria o município, né? Temos muitas dificuldades, agora que estão sendo esperado, ultimamente está sendo esperado, mas como já trabalha com a questão indígena mais de 14 anos, é, no começo era uma dificuldade enorme, era um muro que a gente tinha que atravessar, era uma dificuldade muito intensa, é quem sabe até, por essa falta de do poder público mesmo, de querer ajudar as comunidades indígenas, mas, ultimamente tem mudado um pouco essa filosofia, digo que nos últimos cinco anos têm mudado um pouco. [Que articulações vocês precisam fazer para que aconteça esse acompanhamento?] Acho que seria mais entrosamento com a/o município de referência. [Contato?] Na verdade o contato é formal, claro, mas é muita gente, o próprio município tem dificuldade, né? (PMed.1).

Como citado nos discursos as informações são capilarizadas formalmente ou informalmente, cabe aqui esclarecer diferenças entre a comunicação formal e informal.

A formal seria aquela que segue os esquemas “formais” ou estabelecidos, planejados (e pode ser tanto vertical como horizontal ou diagonal). A comunicação informal se manifesta de muitas maneiras, geralmente de forma incontrolada (exemplo: um boato), sendo especialmente horizontal (porque tem tendências igualitárias). Assim a comunicação informal é a que surge à margem do planejamento, fundamenta-se na espontaneidade, nas afinidades das relações pessoais, emerge das relações sociais e psicológicas não previstas e, o que é mais importante, costuma não ter objetivos muito definidos (surge, não está planejada) (ALMANSA MARTINEZ, 2010, p.86- 87).

Várias críticas são realizadas à comunicação caracterizada por moldes verticalizados e de transferência de informação, principalmente entre gestores (MONTORO, 2008); a esse respeito cita-se as imposições conteudistas ligadas ao repasse de informações, onde se recomenda o investimento em práticas horizontalizadas.

Tendo em vista as limitações e fragilidades da comunicação unilinear e verticalizada, faz-se necessário instrumentalizar os trabalhadores da saúde pública para o exercício da comunicação dialógica (CORIOLANO-MARINUS, 2014).

“o desafio de propiciar experiências formativas também nos processos de educação permanente nos cenários de assistência à saúde, de forma a produzir o compartilhamento de saberes que conduzam à compreensão e entendimento entre os vários interlocutores envolvidos no ato comunicativo” (CORIOLANO-MARINUS, 2014).

Entretanto, é persistente a lógica de reuniões e ações pontuais para assuntos específicos, como também o uso de meios informais para a discussão das ações sobre o controle da TB entre os serviços e profissionais dos níveis estadual, regional e local.

(...) mas a preocupação é tão grande com relação essa questão do óbito, que hoje inclusive teria, foi transferido agora pra depois do carnaval, devido a questão de transmissão da videoconferência. Nós teríamos uma vídeo conferência específica sobre vigilância de óbitos na tuberculose, que o Estado estaria promovendo pra nós hoje a tarde, mas devido a transmissão foi transferida para depois do carnaval, e acredito eu que um dos itens com relação a vigilância de óbitos seria a vigilância de óbitos indígenas, que a gente teve dois casos aqui, né? (GR2).

[Como as informações sobre as ações de controle da TB vêm sendo discutidas (...)?] As reuniões do SISCOPAR, na reunião da SIR também. (GR7).

Então na equipe, hoje na equipe do (...) a gente tem um enfermeiro e um técnico, que a gente trabalha muito unido hoje, graças até pelas redes sociais, pela distância, né? Também pelo whatsapp, (...) (GM5).

O município aqui, como eu falo, as informações das ações de controle, né? Como vem sido discutidas, né? a gente tem cinco itens, dentro do VigiaSUS, né? Relacionado a tuberculose né? Cinco ações. É busca de sintomático respiratório, acompanhamento dos pacientes contato e o exame, né? Examinação desse paciente, então, são vários itens, então esses cinco itens a gente recebe o relatório, a gente faz o levantamento desses relatórios. É e diante desses relatórios que a gente fez o levantamento, a gente percebeu, por exemplo, no sintomático respiratório que a busca básica somente cinco municípios da nossa região atingiram dos vinte e cinco, então, esses foi um dos motivos também que a gente, um dos problemas que a gente levantou de informação a saúde, que a gente começou a se preocupar. Peraí, tem que fazer alguma coisa. (GR2).

Então hoje nós temos esse hospital, também temos um e-mail como a telemedicina, pode ser discutido os casos, às vezes até nem precisa sair da aldeia e pode discutir através do da tecnologia usada. (GR4).

A gente tem procurado fazer reuniões técnicas pra repassar, né? pra os coordenadores municipais, dos programas, as informações, pedindo pra que também, né? Descentralizem isso pras unidades básicas, pra unidades de equipes de atendimento, né? (GR6).

[Como as informações sobre as ações de controle da TB vêm sendo discutidas (...)?] Acho que em reuniões técnicas, só que ainda também bastante separada vigilância de Atenção Primária, vídeo conferências (...), a gente discute, não tem um bendito na reunião de tutoria que a gente não discute. (GR8).

A comunicação entre os gestores estaduais, regionais, municipais com os profissionais das equipes de saúde locais é verticalizada e funciona, sendo muito presente nessas relações e diferentes espaços a hierarquia instituída por representações simbólicas desses espaços. Esse movimento obedece a um fluxo e hierarquia, sendo as informações transferidas pelos diferentes coordenadores aos níveis do sistema de saúde de maneira distinta nos distintos cenários, e a maioria transcorre por meio de reuniões pontuais com ou sem periodicidade distinta. Mesmo nos locais que usam a programação para esse evento adota-se determinada flexibilidade.

Então, é, existem reunião de gestão onde são tratadas questões específicas da saúde indígena, e são colocados nesse, nesse espaço de diálogo, de pactuação, questões voltadas a programas de saúde, (...). (GDII).

O processo de comunicação nos diferentes níveis têm suas peculiaridades, aponta necessidades díspares para sua efetivação. Nesse sentido, esses atores discutem que nem sempre as reuniões têm sido resolutivas para os problemas que as equipes locais têm tido, a exemplo do que ocorre com o fluxo dos doentes com TB-MDR. Sobre isso as equipes locais têm tido dificuldades para compreender bem o fluxo de encaminhamentos desses doentes, uma vez que a unidade de referência para esse tipo de adoecimento não tem possibilitado o acesso desses.

A esse respeito, podemos inferir nessa conjuntura que a comunicação torna-se um instrumento e um desafio a ser superado no contexto do cuidado, visto que envolve intercâmbios e relações entre os profissionais frente às necessidades dos usuários (RANGEL; NATANSOHN, 2011).

O desenvolvimento de práticas de comunicação acerca da tuberculose requer considerá-la imersa na cultura, em conjuntos de signos, significados e ações que circulam em um território onde os processos de saúde e doença configuram modos de adoecer e viver que são determinados social e historicamente. Daí, analisar a produção e circulação de saberes e práticas sociais para reconhecer os significados da doença na população, bem como as formas de proteção e tratamento, aproximando as motivações e resistências populares das ações institucionalizadas nos serviços de saúde para fins de controle. Impõe-se a necessidade de desenvolver metodologias de comunicação apropriadas para suporte às ações de controle da TB pelos serviços de saúde (RANGEL; NATANSOHN, 2011, p 194).

Em relação aos fluxos da comunicação, observa-se realidades distintas e ambiguidade nas falas. Em determinados cenários nota-se uma comunicação restrita e condicionada à hierarquia das relações, já em outras realidades os profissionais reconhecem esse processo como fluído, fácil e fundamental para a articulação e operacionalização dos serviços da atenção à TB no indígena. Observa-se que partes dos atores envolvidos no controle da tuberculose desconhecem o fluxo de comunicação e estratégias utilizadas.

Conforme surgir novas demandas, surgem as demandas, é... algum novo protocolo, né? de medicação, de tudo, então é repassado, né? Conforme a necessidade. (GE1).

São realizadas reuniões periódicas pra transferência dessas informações dos diferentes níveis, né? Assim como a gente recebe é... do Ministério da Saúde né? a gente tem multiplicado essas informações pros outros níveis de

atenção, mas não há uma periodicidade né? **É, estabelecida, conforme surgir novas demandas. (GE2).**

As técnicas a gente sempre convida, e antes como a tuberculose está na coordenação da vigilância, a gente sempre fazia reunião com a equipe de vigilância. **Então chamava a enfermeira da vigilância e tal, fazia a reunião, explicava, dizia que acontece! O que não acontece! O que mudou! O que não mudou! É isso e aquilo! Agora tem coinfeção, bla, bla. E daí da gente, né? O estado Paraná acordou, e disse, não não, é, quem faz o diagnóstico é a Atenção Primária. A gente fala pra vigilância, a vigilância não chega lá e repassa, então agora sempre, a gente convida a Atenção Primária para estar junto, e também se ela chega lá e repassa pros outros membros eu também não sei, mas a ideia é que a gente sempre tenha a Atenção Primária. (GR1).**

(...) eu acredito que assim, essas, essa, **a questão da informação ela já é bem dinâmica, né? Como a gente tem um coordenador a nível estadual de tuberculose, a gente têm coordenadores regionais, a gente têm coordenadores municipais, né? E o próprio serviço de atenção ao índio também ele participa dessa, (...) hierarquia, essas informações são mais tranquilas, a gente não sofre com a questão da informação chegar até a ponta, ela é bem tranquila. (GR5).**

Tá bem vago na verdade, precisaria bem mais, porque as coisa vão evoluindo e a gente precisa também saber o fluxo, né? Mais, poderia ser um pouco melhor. **É por reuniões que a gente faz, a regional faz uma reunião, a gente vai lá pra discutir algum caso, alguma coisa que tem específico, né? Talvez não serve muito pra tirar nossas dúvidas lá, né? Que a gente tá vivenciando, agora no caso é resistência, né? Muito mais além só da resistência da medicação, né? Um apoio maior. Mais é específico pra aquilo, e a gente acaba ficando sem saber o resultado de outras coisas. (...)[Estratégia para a garantia da assistência]. Lá, como tem uma equipe de assistência lá, eles vão passar pra nós. (GM2).**

(...) **tive uma conversa com a nossa regional para saber quem é a referência de tuberculose para nós, pra multirresistente, tá? Porque a gente tá com mais de um paciente com multirresistência, e ninguém tá dando apoio! (GM3).**

Após a gente, muitas vezes ter feito esse treinamento, ou qualquer coisa que venha surgindo, **a gente reúne a equipe e é repassado pra equipe também, da mesma forma que nos repassam, a gente também repassa, e quando tem um caso, também, ou alguma coisa próxima, nos municípios em torno, a gente também reuni com a equipe pra eles tarem sempre. (GM5).**

Os profissionais que possuem a, ou, profissionais, os pacientes que possuem agravos, esse assunto acaba chegando até mim, né? **Porque eles passam a informação pra mim tomar algumas decisões e cobrar o efetivo trabalho em cima, é às vezes nós temos dificuldade por exemplo assim, o réu preso, né? Aonde ele pode si, pode si é ser detectado um início de tuberculose nele, e nós temos que inicia com uma emergência o tratamento pra que ele não passe, né? Pra população carcerária, né? Que aquilo vai virar um caos, então isso aí a gente trata com um olhar bem mais, bem diferenciado né? Os índios dessa forma que eu te falei, como eles vivem em grupo né? as pessoas**

que têm contato com ele a gente faz o acompanhamento com todos também, e outros casos não tem parecidos com dificuldades. (GM9).

A articulação, acho que é a mesma do não indígena, não é isso? (...) a minha comunicação, eu me dirijo direto à (...), a epidemia aqui passa as informações, as articulações que devem ser feitas. A articulação com a vigilância é boa, não tem barreiras, com a regional também é de fácil articulação, na saúde indígena é direto com os RTs de saúde indígena que é dos distritos, né? Eu me refiro a eles, e eles se precisam de contato com SESA eles passam. É porque é assim, lá a nossa central é Distrito Litoral Sul, lá vai ter o RT de saúde mental, o RT de saúde da mulher, da criança, de tuberculose e hanseníase também, é uma, é sempre que tenho caso ou suspeita, eu me refiro à epidemia do município e eu me refiro em conjunto, aos mesmo tempo com o pessoal do Distrito, que é direcionado só a saúde indígena. (PEnf.1).

Vale considerar que os discursos são fortemente relacionados ao contexto e posição dos sujeitos que por sua vez sofrem diversas interferências e influências de outros sujeitos (FAITA, 2007).

Em algumas realidades a comunicação é reconhecida como potencialidade e uma ferramenta indispensável para a transversalidade das relações na rede de atenção no controle da TB na população indígena. Entretanto, esse processo vem enfrentando desafios, os quais foram elencados pelos atores como: incongruência do modelo de gestão, e viabilização, organização dos canais de comunicação e acesso à informação.

Os profissionais reconhecem a ausência de retroalimentação e da comunicação dialógica e integrada nos espaços, citam limitações e dificuldades no processo de comunicação e apontam para a necessidade de melhorar nesse processo.

Reitera-se que em alguns cenários existe a comunicação dialógica, o planejamento ou mesmo intenção desta. Sua a maior fluidez encontra-se entre os profissionais que compõe as EMSI, principalmente a figura do AIS, quando se trata de comunicação com os indígenas usuários do serviço de saúde, porque existem dificuldades em trasladar a informação de maneira efetiva para que o indígena compreenda.

O que a gente percebe é que nos diferentes níveis de atenção, seja no nível municipal ou no nível estadual no nível regional, é quando a um caso de tuberculose na população indígena é realizada a comunicação entre os serviços, né? e é articulado pra de forma a atender essa pessoa em toda sua especificidade, né? nos casos em que a necessidade de internamento, né? então é na medida do possível é inserida dentro do fluxo de atenção a pessoa com TB, mas é entendido a vulnerabilidade e especificidade da pessoa que tem a, que é indígena né? no caso. (GE2).

(...) a gente já tem uma coordenação estadual, agora uma regional, sabe as referências se falar com a região e não falar com qualquer pessoa, que você nem conhece. Então é isso, é interessante quando você estabelece o mesmo um

fluxo, é alguém ligar e saber que aqui na regional vai responder, se não souber vai procurar em Curitiba, se não souber vai procurar no Ministério, a gente sempre dá um jeito de dar essa resposta. Em relação a tuberculose a nossa meta é reorganizar, com a ideia, ideia não, né? Estamos participando desse, desse levantamento é também discutir com esses municípios a questão específica da comunidade indígena, que ela não está fixa, ela circula, por direito ela tem uma retaguarda no Hospital, que é no Hospital Universitário. (GR1).

Como o serviço de atenção ao índio ele é feito por uma empresa, né? e existe muito pouco vínculo com o Estado, enfim, a gente tem uma grande dificuldade as vezes na comunicação, né? Isso, a gente ouve dos municípios que o profissional que é funcionário do município, às vezes tem uma dificuldade de comunicação com o funcionário da empresa que presta esse serviço, né? Até pela distância das equipes, né? As reservas nossas algumas ficam muito distantes do centro da cidade, né? da sede da cidade, então, isso tem uma dificuldade e até por questões mesmo de formas de trabalho, sistemas de trabalho, talvez isso tem atrapalhado um pouco. (GR5).

(...) mas tem o AIS que é o agente comunitário indígena deles, então esse AIS que faz mais essa comunicação com eles por causa mais da linguagem deles e da cultura e a forma deles aborda o índio né? , mais ou menos isso. (GM5).

Outra coisa que é bem importante, que seria também uma potencialidade a ser citada, como eu falei, hoje através da comunicação que é bem integrada entre a aldeia, o município, estado, nós temos também o livre acesso à medicação, então, é digamos, o paciente positivou, ele tem o acesso a medicação, a gente pede raio x de tórax, pede baciloscopia e é notificado e ele tem o acesso a medicação, é, então não existe hoje um problema, a tá interferindo nisso. (PEnf 4).

Acredito que as potencialidades que poderiam seria melhorar assim a saúde indígena, é que se houvesse uma comunicação melhor entre os polos, entre os estados que são da vigilância epidemiologia, e se tivesse um/melhorar assim a questão da busca ativa, é, o tratamento diretamente observado, fazer TDO, capacitar os agentes saúde pra reconhecer os sintomáticos respiratórios, e a questão de facilitação da questão dos exames. (PMed.2).

[Comunicação com enfermeiro da equipe]. Boa. (PASB1).

Nesta subcategoria, **a comunicação no processo de trabalho no controle da TB** apresentou-se verticalizada e hierarquizada a partir de diferentes canais formais e informais de comunicação. Em alguns cenários a comunicação é reconhecida como satisfatória e eficiente já em outros cenários foram relatados problemas e desafios sobre esse quesito, sugerindo necessidade de se estabelecer melhores fluxos e comunicação institucionalizada.

7.1.2.7 Os recursos orçamentários, materiais e a infraestrutura no controle da tuberculose

Os profissionais reconhecem a necessidade de condições de trabalho adequadas às complexas e diferentes realidades locais. O que reconhecidamente pode reduzir tensões e sentimentos de impotência elencados pelos profissionais em seus discursos.

Então se a gente não tem recurso pra Estratégia Saúde da Família, como é que a gente vai garantir que tenha uma equipe que esteja lá mais próximo da aldeia né? (GE2).

(...) às vezes falta uma caneta para fazer uma anotação, ou leva de casa ou ela não trabalha, entendeu. Então, junta à falta de subsídio de trabalho, de material mesmo, com que acaba desmotivando o profissional, (...). (GM7).

(...) é assim, por questões, claro, de logística, de recurso humano, de enfim, né? de estrutura, né? e talvez a gente não precisa, tem aldeias que falta carro, o principal motivo, principal queixa na aldeia que falta carro, pra nós a gente tem o carro, então nossa queixa, já não é mais o carro, é outra coisa que poderia, né? Ser mais prioridade, e hoje a gente vê que nós temos uma falta, assim, de pessoal mesmo, de recurso humano pra podê é trabalhar melhor, especificamente cada com cada tema que a gente tem, né? e hoje a gente, praticamente executa os programas de saúde, dentro da área de saúde pública, né? Que prestada ao não indígena, existe, né? (PEnf.2).

No contexto das condições de trabalho podemos sublinhar dois polos, sendo que um designa as relações entre empregado e empregador e suas formas de contratação, e outro trata das condições de trabalho propriamente “que designam as pressões e os constrangimentos presentes no ambiente físico e organizacional em que as tarefas são desenvolvidas” (ASSUNÇÃO, 2011, p. 413).

(...) eu tenho aqui um Polo como o que tá dentro de Guarapuava que é uma regional de saúde que, tem desde o, a pesquisa de BAAR até o teste rápido molecular, aí quando eu vou lá pra Bauru, que é São Paulo, né? eu as vezes, eu tenho dificuldade de fazer o primeiro exame, que é o, o BK, que os municípios onde as comunidades indígenas estão inseridos, eles não têm, o município é pobre, ele não têm o, ele não oferta muita coisa né? Então assim, acaba que têm também esses pequenos entraves, mas, não é também, não é a maioria, é mínimo, né? No geral é bom, bom esse, essa relação e esse convívio, né? Essa experiência, ela é de modo geral boa. (GDI2).

Como eles dizem que é um apoio, mas acaba na verdade atrapalhando o município, eu acho que seria muito mais potencializado se a equipe, o RH ou toda a gestão indígena ocorresse pelo município de origem né? do que pela SESAI, que as vezes esse recurso acaba não chegando até nas pontas né? Eles demandam de muitas coisas que, secretário deve ter muito ofício, né? eles tem pedido, tudo que sê imaginar, eles está em falta, desde uma caneta, de uma material de escritório, material de expediente, medicamentos né?. Antigamente, eu já trabalhei na aldeia indígena por nove meses, a gente tinha um aporte melhor naquela época, isso em 2011, hoje o aporte deles, é dos, é dos colegas chegar aqui pedir um papel plástico, né? Então, é bem complicado o aporte da gestão, isso atrapalha muito a equipe no serviço também, outra coisa é o combustível. Trocaram o carro, continua o mesmo valor de combustível, chega

dia 10, 15 já estão sem combustível pro resto do mês, então, e eles dependem de tudo, de automóveis né? porque são todas as localidades longe né? e isso, aporta muito nas ações deles. Eles tem que deixar o combustível para prioridades e acaba os programas, tipo, não só TB, mas vacinações, as vezes fica prejudicado por causa dessa falta de recurso, isso ocorre aqui no município, não sei nas demais, (...). (GM6).

(...) Falta de combustível, falta de tudo, de tudo, até do papel toalha, papel higiênico, que a gente tem que, tem que tá subsidiando eles pra, né? porque, é inviável ficar. Esses dias queimou a bomba do poço, e ficaram 40 e poucos dias sem água tratada, então né? Nesse verão, com essa (...). (GM7).

Apontam limitações e fragilidade estrutural e organizacional que pode estar relacionada ao provimento e otimização dos recursos ou aporte orçamentário ineficaz, ou ainda insuficiência no aporte de recursos materiais e financeiros.

Eventos relevantes e dados históricos denunciam más condições de trabalho na saúde (BRASIL, 2005; OPAS, 2005; OMS 2006; 2008). Nesses contextos, os enfrentamentos diários em condições inadequadas de trabalho representam a realidade de muitos trabalhadores na saúde. A esse respeito, denunciam déficit não de recursos materiais e humanos, como também de meios indispensáveis à realização das ações como, referências que não funcionam, dificuldades com realização de exames entre outros.

As dificuldades na saúde do indígena são historicamente reconhecidas e expressas em indicadores de saúde, com alta carga de doenças infectocontagiosas principalmente da TB (BASTA et al 2004; ESCOBAR et al., 2001; NGUYEN, 2003; MACHADO-FILHO, 2008; RUFFINO-NETO, 1999;), sugerem uma política ineficiente que atinge os povos indígenas na atualidade (BRASIL, 2013).

Em relação às estruturas físicas é reconhecida a necessidade de investimentos nas edificações e manutenção das estruturas físicas para o atendimento aos indígenas nas aldeias. A esse respeito, profissionais denunciam dificuldades para a atenção básica à saúde dos indígenas nas comunidades. Sobre isso os atores elencam o modelo organizacional do subsistema de saúde indígena, citando o posto de saúde indígena e a EMSI, ressaltando que nem todas as comunidades indígenas têm esse aporte equânime e estrutural; para além dessa problemática, elencam outras dificuldades de cunho operacional enfrentadas no dia a dia das equipes, reafirmando a falta de subsídios para a realização das ações.

(...) existem unidades básicas de saúde, não em todas as aldeias, mas na maioria das aldeias. (GDII).

Então, assim não só com esse tema, mas com outros que a gente já se deparou aí para trabalhar, na saúde indígena, fazendo um trabalho de educação, né? Assim,

a gente recorre ao município só que daí, é muitas vezes o município também não dispõe daquele material, porque ele já não foi é vamos dizer assim, não faz parte do orçamento que programou pro município, né? então a gente, é não tem como é fornecer algo pra gente porque daí vai faltar pras UBS, isso que eu já entendi em algum momento que foi falado pra gente. Porque lá pelo DSEI, é, esse tipo de material praticamente nós não recebemos tanto, né? às vezes recebemos um cartazinho, que fala sobre a campanha X. É muito pouco, e assim (PEnf.2).

(...) outra fragilidade também é a questão de logística, a questão de recursos financeiros que a gente trabalha com uma demanda muito grande, em cima de todos os programas que a aldeia, a equipe, né? no caso tem que realizar, eh, por exemplo nós temos a demanda de combustível, que no início do mês todo dia primeiro entra a cota de combustível, e a cota ela é uma só, ela é determinada para os três estados, onde o DSEI Litoral Sul atende, então a equipe conseguiu realizar os seus atendimentos, e o seu trabalho, a sua demanda, até quase o final do mês. Chegou no final do mês às vezes a cota acaba, então, há aquele remanejamento de combustível, então, existe, como se fosse uma fragilidade nessa questão de logística também, de recurso financeiro, outra coisa, a demanda de trabalho da equipe é bem grande, porque, a equipe dentro de uma comunidade indígena, o trabalho é bem intenso, ele atende o indígena desde a concepção até a morte, então (PEnf.4).

(...) porque nós já carecemos de material, já falei, né? Então, é o desafio é grande. [O Senhor pode exemplificar, elencar?] Claro, a própria falta de, dos reagentes, enfim. A que você sabe, tem aquele teste tuberculínico rápido, né? e a última vez que a gente solicitou no município não tinha, então nós temos essa dificuldade, então é os desafios são muito grandes, a falta de material, a falta de um fluxo de raio x, a falta do BAAR, né? enfim. (PMed.1).

(...) [Em que lugar o Senhor realiza as consultas?] Numa casa, em baixo da árvore ou dentro do carro. (PMed.2).

Nós tava falando de posto de saúde, né? Mas tem aldeia que não tem estrutura, e quando tem, não tem manutenção, né? a coisa tá, é, a saúde indígena tá por um tris aí. [Tá, tá enfrentando crise?]. Crise! E, até os índios estão meio de orelha em pé, né?(...) Tem, tem todos, todos desafio, é, a necessidade de aumentar mais transporte, combustível, equipe multidisciplinar, treinamento e conhecer mais, né? (PTE3).

É a gente acompanha como eu disse, leva os medicamentos semanalmente, não é todos os dias, e lá oferece pra ele, né? E vai pesar vai acompanhar ele, né? E a família é complicado acompanhar, os a família junto lá é complicado, porque não consegue os exames, né? Mas o paciente em si a gente acompanha. [Não consegue os exames da família por que? Por que existe uma dificuldade de acesso aqui ?] É demora, é demora, demora no município, foi demorado, foi demorado, e a última família, foi muito tempo então. (PTE5).

Não somente no Brasil como também em outros países da América Latina, os obstáculos à efetivação da APS e garantia aos indígenas de acesso aos serviços de saúde são diversos. Para além de dificuldades estruturais soma-se falta apoio político em muitas regiões (NUÑETA, 2009; SANDES, et al., 2018).

O acesso longitudinal, as dificuldades de comunicação, materiais de educação em saúde inadequados ao contexto do indígena, escassez de dados epidemiológicos e das comunidades indígenas, dificuldades de logística e transporte são obstáculos evidenciados em vários cenários (CASTRO; SAVAGE; KAUFMAN, 2015; GIANELLA, 2016; PÉREZ; NAZAR; COVA, 2016). Para além dos entraves apontados, cita-se também constrangimento e medo do indígena frente a situações de discriminação e humilhação (GIANELLA, 2016). Apesar da expectativa da política de saúde indígena, obstáculos ainda persistem sugerindo a necessidade de estratégias singulares somados a financiamentos específicos para a saúde desses povos (SANDES, et al., 2018; MENDES et al., 2018). Sobre isso, a

expansão do cuidado biomédico e os esforços para alcançar as aldeias indígenas precisam estar estrategicamente aliados ao conhecimento sobre tais povos, de forma a realmente acolher a saúde indigenista e suas particularidades (SANDES, et al., 2018, p.7).

Nesta subcategoria, **os recursos orçamentários, materiais e a infraestrutura no controle da TB**, os depoentes denunciam diversos nós críticos que os impedem ou dificultam o avanço nas ações de controle da TB. Sobre isso, foram citadas as dificuldades impostas pela rotatividade e déficit de recursos humanos; a logística, distanciamento geográfico e dificuldades de mobilidades nesses territórios; estruturas precárias ou ausência de estrutura para os atendimentos; falta de materiais e sobrecarga de atribuições e ações previstas.

7.1.3. O território étnico e sócio-cultural da população indígena

7.1.3.1 Processos que interferem no controle da tuberculose na população indígena

Os conceitos de saúde e doença não têm a mesma representação para as todas as pessoas mesmo coabitando no mesmo território, esses conceitos são arraigados a partir da conjuntura social, política, econômica e dependem ainda da época e do lugar (SCILAR, 2007), por isso nem sempre as mudanças que julgamos necessárias e fundamentais para melhorar as condições de saúde e vida da coletividade ou do indivíduo quanto profissionais fazem sentido, são aceitas ou bem vindas por determinados grupos. No contexto do indígena nossas ações sem a valorização da cultura, costumes e hábitos de vida jamais vão

coincidir com os desejos desse coletivo porque possuem visão de mundo distinta (SABOIA, 2003). Um dos aspectos presentes na população indígena é a migração e mobilidade intensa que não se restringe aos limites territoriais nacionais, sendo intensificada nas áreas de fronteira, a exemplo, o fluxo migratório da tríplice fronteira (Brasil, Paraguai e Argentina). Essa conjuntura emerge e intensifica os desafios para o controle da TB e efetivação do TDO nos povos indígenas, somados aos desafios da transculturalidade e eficácia simbólica (crença na cura a partir da magia).

Então, é, a questão cultural é um fator forte, a migração intensa que o ocorre nesse território, principalmente no território de fronteira é um problema pro controle da tuberculose, pro tratamento ali, diretamente acompanhando, observado pela equipe, isso se configura em um problema!. A um migra, a um fluxo migratório grande do Brasil, Paraguai e Argentina. (GD11)

Olha, eu acredito que a questão cultural né? Da própria população, o fato de ser de terem como características serem nômades né? E dificultam um pouco essa o controle da tuberculose na nesse na população e até mesmo a cura no indivíduo. Porque eles são é sem fronteiras né? Então eles ultrapassam né? Por ser uma região de fronteira, ora eles estão aqui no Brasil, ora eles estão no Paraguai ou na Argentina e existe o programa, né? É de cada localidade né? É nos países, mas é adesão ao tratamento, já pelo fato dessa peregrinação que eles fazem, já dificulta, é uma das características, das características que dificultam esse controle na população. (GR3).

O problema que essas populações, elas são né? Elas mudam muito, as vezes estão aqui daqui a pouco vai para o Paraguai, daí vão para a Argentina, de lá vem pra cá né? Então, muitas vezes o acompanhamento, o acompanhamento um pouco mais difícil por causa dessa circulação que eles fazem com frequência. (...) Principalmente a imigração (...). Como já tem um protocolo bem extenso do Ministério da Saúde, seguindo aquele, o protocolo, a grande maioria das coisas funciona, as dificuldades, tem que buscar os contatos. Ah, mas os contatos tavam aqui, agora não tá mais, ele sumiu. Tem algumas dificuldades assim nesse sentido, como nas outras áreas também. E aldeia indígena por causa da falta de circulação entre eles, é um pouco mais difícil. (GM1).

((silêncio)). É as vezes a resistência que eles têm para aderir ao tratamento, a nossa dificuldade de descobrir se tem alguém lá dentro é essa parte de resistência deles. O que dificulta é a cultura deles, essa, essa, saí daqui e volta, essa circulação deles. Tanto pra indígena como pra outro que vai fazer tratamento, que eles tão mal, até a segunda dose eles estão bem, então querem parar por ali, a dificuldade de continuidade da medicação, do término do tratamento. (GM2).

Essa vida nômade né? Uma hora tá aqui, vai passear fica um mês numa aldeia, vem pra casa fica mais um mês aqui, vai para outra aldeia, e eu acho que nesse treinamento poderia envolver tanto até dentista, toda a equipe porque muitas vezes pode ser paciente que tá passando lá com a dentista, ela percebeu que ele tá tossiu bastante durante a, né? (PEnf.5).

(...) porque eles têm um monte de dificuldades, uma delas é de fazer o diagnóstico precoce do paciente, questão da coleta, de ter um agente de saúde

capacitado, que faça uma coleta satisfatória e tem uma população que é tá em constante migração, tem a população (...) carente numa situação socioeconômica muito baixo, e muitas vezes eles são chamados pra trabalhar é no campo, chamados pra trabalhar na maça. Por exemplo, plantação de maça, lá eles vão pro alojamento, fechado, com grande número de trabalhadores. O local ali pode tá disseminando e contraindo também tuberculose, e aí retornam [essa é uma realidade daqui, dessa região?] Sim, e retornam pra suas casas já com os sintomas (...)é até a questão do término do tratamento, as vezes tem um, eu já vi assim caso de pacientes que iniciava o tratamento mas interrompiam justamente por ter que é se deslocar pra outro Estado pra trabalhar, então eles é paravam de receber a medicação, porque o controle era feito em determinada cidade, ele não tinham mais acesso à medicação pra TB [ele parava por causa de acesso, o Senhor está falando da região aqui?] Isso era no Mato Grosso do Sul ((exemplo de limitantes do acesso ao tratamento)). (PMed.2

Os profissionais e gestores reconhecem que os indígenas são povos migratórios que buscam manter preservado os seus hábitos de vida e sua cultura, consideram ainda que esses hábitos influenciam e intensificam os desafios para o controle da tuberculose.

Bom... a questão da cultura, ela é um fator que influencia no controle da tuberculose né? O processo' saúde/doença da população indígena, o entendimento sobre o processo saúde/doença é diferente... é uma doença pra nós, pro branco uma doença ocidental provocada por um patógeno, pra eles pode ser uma doença espiritual. (GDI1).

E a tuberculose lá entre índios, é esses dois casos a gente vê muito assim, eles tosem, mas eles tosem também porque tem a fogueira dentro de casa, fumaça, então isso se confunde com é a o modo de vida deles, tá tossindo, tá tossindo, essa menina foi um caso, ela tossia, daí ela ia pra escola, tossia na escola, ela voltava, ela faltava muito a escola, até que ela ficou doente, acabou vindo pro Hospital e daí ela não tinha mais pulmão, entende! Então a tuberculose não aparece uma semana, duas, ela leva um tempo pra destruir dessa forma o pulmão. (GR1).

Então, é a cultura, é a forma deles compreender a doença, que aquilo é uma doença, a rotatividade deles, essa saída, a eu vou lá em tal, vou ficar tanto tempo lá, é, vem alguém de fora da Argentina e fica tanto tempo lá, aí vem alguém de fora da Argentina e fica tanto tempo aqui, vem vai, essa! Essa! Como é que eu posso explicar? Me fugiu a palavra agora, esse fluxo de? Meio nômade, né? Nômade, que eles são! E isso é da cultura né? Então a cultura, acho que é a palavra chave que influencia. GM3

Ressalta-se que as fronteiras étnico-culturais postas nas relações devem ser assimiladas como oportunidades de relacionar-se, contudo preservar a essência da cultura e identidade de determinados grupos (BARTH, 1998).

Nesse sentido, os indígenas sobrevivem a processos de aculturação principalmente no contexto da saúde, que a depender do processo de interculturação e transculturação dos profissionais, os quais podem viabilizar a manutenção dos tratamentos tradicionais desses

povos juntamente com conhecimento científico, fortalecendo ou enfraquecendo a eficácia simbólica (PELLON; VARGAS, 2010).

Sobre isso, a eficácia simbólica pode ser compreendida como a crença de que os símbolos compartilhados culturalmente efetuam mudanças no organismo, ou seja, a cura a partir da crença na magia (LÉVI –STRAUSS, 1975). Ressalta-se que algumas práticas culturais são simbolicamente eficazes, ou seja, produzem efeitos em termos de cura a partir de símbolos utilizados pelo Xamã. Um cuidado dado a esse fato é a essencialidade da crença.

No contexto da eficácia simbólica, é fundamental agregar três elementos chave: a crença do Xamã (feiticeiro) no seu poder de cura, a crença do doente de que o Xamã pode realizar a cura e a autoridade ao xamã conferida pela comunidade. O ritual por trás da eficácia simbólica é também conhecido como xamanismo, durante a cerimônia é atrelada uma reconstrução real ou teatral de fatos traumáticos a serem revividos para assim alcançar a cura, podendo ser também uma simples recriação mental (LÉVI –STRAUSS, 1975; RENSHAW, 2006; MOCELIN, 2010).

Já os movimentos migratórios são em muitos casos motivados não só pela cultura, modos e meios de viver, mas também por processos de produções da subsistência, condições de produção de renda para a sobrevivência.

(...) se bem que a população indígena ela não respeita muito território, então a gente vai ter que ter essa abordagem é, e o município sede que acaba atraindo mais essa população, que vem vender seus artesanatos e etc, é (cita um município), então isso também faz parte da nossa lista de problemas, mas a gente começou com a sensibilização. Então hoje não temos nada específico, não sei se há necessidade de uma forma de começar a fazer caixinhas no SUS, mas eu acho que essa é uma comunidade que a gente tem que olhar de forma diferente. (GR1).

*(...) Mas a gente como começou agora a pouco tempo na tuberculose, a gente vem caminhando né? Caminhando pra que a gente consiga chegar em todos os lugares, o município apesar de ser pequeno é um município espalhado, que tem quase metade da população na área rural. E os indígenas, nossa! **Eles estão na área rural também.** Então querendo ou não o trabalho de formiguinha, né? Então a gente tá começando, e a realidade da população indígena infelizmente ela é diferente da nossa né? A estruturação deles, a cultura deles, a vivência deles, é totalmente diferente da nossa! Que a gente tem que levar em consideração, apesar de muito da cultura é estar um pouquinho né? mais aberta, agente ainda tem dificuldades. (GM3).*

Os povos indígenas possuem vários modos de vida, alguns vivem completamente da floresta (pesca, caça, coleta de frutos) e do cultivo de plantas para o alimento e medicamentos, de maneira geral têm conexões espirituais muito profundas com a terra e

natureza (SURVIVAL, s/d). Mas existem também realidades em que os povos indígenas encontram-se confinados em terras regularizadas ou demarcadas próximas a centros urbanos.

Os povos indígenas residentes em terras regularizadas são parcialmente assistidos por programas sociais do governo e suprindo suas necessidades de maneira complementar através da agricultura de e venda de artesanatos (potes de cerâmica, redes, cestos de palha, adornos entre outros) (RAMOS, s/d).

As maiores dificuldades são enfrentadas pelos indígenas que sobrevivem nos contextos urbanos em instalações improvisadas (MARINHO; CALDAS; SANTOS, 2017), marginalizados e desprovidos da proteção social, ou seja, desamparados, visto que não há legislações em contextos urbanos para a assistência aos indígenas desaldeados (NASCIMENTO; VIEIRA, 2015).

Acerca das terras demarcadas ou delimitadas, o cenário atual é catastrófico, visto que os conflitos em torno das terras indígenas têm aumentado devido a movimentos de suspensão de demarcações, fato que intensificou as invasões (MODELLI, s/d) em um governo de confronto desvelado aos povos indígenas (SCHAVELZON; PITMAN, 2019).

Essa mobilidade e migração torna-se muito visível em cidades de médio e grande porte próximas das aldeias e também, de forma específica em áreas de fronteira, objeto desse estudo. Sobre isso, o estudo de Baines (2001) entende o processo migratório como subserviente e motivado pela falta de terras adequadas à sobrevivência desses povos, levando-os a busca de trabalho assalariado em cidades ou fazendas. Por outro lado, a presença do indígena nas cidades é motivo de grande estranheza e de discriminação por parte da população não indígena, a partir de diferentes estereótipos³⁸ internalizados. Devido à ideologia moderna de mundo estável e homogêneo, o indígena não encontra espaço nas cidades, para os “brancos” ele está fora de seu lugar (BHABHA, 1998; BAUMAN, 1998).

Ainda sobre a mobilidade que implica em movimentos migratórios e nomadismo, cabe aqui diferenciar os termos: nômade, migração e mobilidade com a intenção de clarificar os termos e evitar conotações equivocadas. Nesse sentido, a mobilidade se refere à *qualidade do que é móvel*, a migração se refere ao *ato ou efeito de migrar* ou seja, *ato de passar de um país ou região para outra*, já o termo *nômade implica mudança fixa de local*, ou seja, não têm local fixo de moradia, sendo o nomadismo uma prática comum dos povos originais (DICIONÁRIO PRIBERAM, 2008-2020; FERREIRA, 2010).

³⁸ Traícoeiros, primitivos, degenerados, sujo, impuro, agente poluidor (BAUMAN, 1998).

Existem muitas explicações e formas para o conceito de mobilidade, sobre isso, o termo permeia as concepções de mobilidade cotidiana, mobilidades social, residencial, do trabalho e mobilidade simbólica, sendo portanto as migrações e nomadismo caracterizadas como formas de mobilidade ou imobilismo (BALBIN, 2003). Interessante o fato de que todas as formas de mobilidades

(...) estão ligadas à divisão social e territorial do trabalho e aos modos de produção, que configuram o espaço – tanto social quanto territorial, em suas múltiplas escalas –, o que implica ao homem moderno o aprofundamento da vida de relações, inclusive com os objetos, que também se multiplicam e se tornam portáteis. Há, no movimento histórico, a emergência e a predominância do movimentar-se como um dos principais elementos de definição dos indivíduos e das sociedades (BALBIN, 2003, p. 23).

No contexto histórico, podemos observar que os povos nômades eram reconhecidos por não possuírem moradias fixas, sendo que a procura de novos lugares para se fixarem era motivada por questões de sobrevivência, estilo de vida que se adequava principalmente à disponibilidade de frutos e caças, onde a migração se relacionava à busca de melhor aporte de alimentos e condições de vida, fato possível de ser verificado na pré-história (QUEIROZ, 2012). No contexto do indígena, em especial na América Latina, podemos inferir que os processos de colonização e civilização dos territórios nos séculos anteriores, “resultou no confinamento ou desaparecimento das formas de vidas indígenas” (SCHAVELZON; PITMAN, 2019 p. 8).

No contexto da saúde, as características que interferem na atenção à TB e realização do TDO estão mais centralizadas na diversidade cultural e étnica expressa nos modos de vida dos indígenas, sendo amplamente citada nos discursos os processos migratórios e mobilidade cotidiana, as diferenças étnicas, hábitos de vida do indígena, vínculo entre os profissionais de saúde, cacique e comunidade indígena, como também a falta de documentos pessoais dos indígenas.

*Eu até, baseado no que a gente conversou sobre o nomadismo, né? Assim, o indígena mesmo ele tendo o **tratamento supervisionado, pode acontecer de, de repente a pessoa chega na casa dele, na residência dele pra fornecer a medicação, e ele não está! Ele ter saído, então tem que ter aquela procura daquela pessoa, então isso não é comum, isso não, é uma exceção na verdade à regra, mas pode acontecer, é, então tem essa, essa dificuldade às vezes, essa fragilidade nesse sentido, né? de o nomadismo, que pode ser uma dificuldade, é basicamente isso, né? Não vem assim, uma outra. Com diagnóstico nós não temos, recursos diagnósticos não, às vezes o que a gente tem é a dificuldade do entendimento dele da importância daquele diagnóstico e daquele tratamento, assim, as vezes eu posso chegar numa população, até porque nós temos culturas diferentes né? Eu posso chegar no Guarani, e a abordagem é de um jeito, no***

Kaigang, a abordagem já é de outra. Eu posso chegar com ele e dizer, porque até no nosso meio, nós, tem muita questão do estigma da doença, né? e aí ele pode dizer, não, eu não tenho essa doença! , ele pode até se sentir ofendido de eu tá suspeitando que ele tem essa determinada doença, né? então essa questão do convencimento, às vezes, pode acontecer, da gente ter essa dificuldade, **mas no momento que ele diagnosticado, que ele sabe que tem a doença, que aquele medicamento vai ser a cura pra ele, vai permitir a cura, eles têm uma adesão bem boa, assim, bem boa, não tem recusa nenhuma não.** (GD12)

Acho que não é controle né? É descontrole. ((risos)). Os mais vulneráveis né? É, isso é interessante porque **características que influenciam TB na população indígena, é a mesma que influencia na nossa, né? No comum né? (...)** É primeira é a questão da própria vida, das tradições, a cultura do índio, isso é uma situação. Não existia tuberculose entre eles, foi o contato com o branco que acabou levando, eles não têm essa memória imunológica, então eles são mais suscetíveis a tuberculose, e a tuberculose, ela quando inicia o tratamento o paciente se sente melhor, e ele abandona (...) Em relação a tuberculose no indígena, é primeiro que ele não tem essa memória, então ele é mais suscetível, segundo, é o fato dessa circulação deles possibilita que entre mais em contato, não só com o branco, mas com eles mesmos. (...) , a questão cultural de circular, isso faz parte do modo de viver deles, (...) sabe a gente tem que respeitar isso né? E daí o nômade tá tendo contato com o pessoal que pode ser que tenha um bacilo resistente, (GR1).

Então as características eu vejo que muita vezes, é aquela questão que até comentei da imunidade dele, ser mais deficiente, então é a questão da má alimentação deles, às vezes do alcoolismo, é eles ficam mais propensos à tuberculose, e também é... eles são diferentes do branco como eu falei né? Eles não vão vem procurar, a gente tem que ir atrás né? Fazer essa busca ativa, tá sempre mesmo supervisionando. (GM5).

O vínculo! Eu acho que não tem, né? Assim, (...) ainda mais pela questão cultural deles, né? E até religiosa né? **Eu acho que o vínculo é o principal fator deles estarem fazendo, potencializa sim, até pra eles estarem confiando né?** No profissional que tá indo lá. Porque eles tem bastante resistência e a gente também talvez não sabe chegar, não se preparou, nossa! de saber lidar, eu acho que os profissionais também estão despreparados pra lidar com a população, falando sinceramente eu não sei. (GM8).

Aí, essa aqui são vários, eu acho. Eu acho que são de todos os aspectos, de gestão, de equipe, **eu acho que a vulnerabilidade da população é um fator bem importante, a questão cultural religiosa dele também, que dá uma dificultada no nosso trabalho** sei lá se é dificulta a palavra que fala é uma barreira a ser quebrada não sei.(...) a questão da quantidade de profissional atuando, **acho que é muita sobrecarga pra pouco profissional**, então você não consegue dar uma atenção adequada, que deveria ter, até muita coisa acaba passando batido, a gente fica secando o gelo a gente fala aqui, a gente seca gelo, infelizmente nosso serviço é muito enxugar gelo. Eu acho que o despreparo dos profissionais não só pouco, o quantitativo, mas também a qualidade também, a gente deixa a desejar na assistência à população indígena, as vezes, eu vou falar por mim, que eu **não me sinto preparada para atender, eu não consigo, a comunicação com eles eu acho muito difícil, então não consigo passar o que eu preciso, eu acho que eles não entendem o que eu falo**, e não só em TB como em outras doenças .Então, eu não sei como resolver isso, (risos) e é uma coisa que me afligi muito falar em TB na população indígena. Ah eu começo a desesperar, porque eu não sei por onde começar, porque eu acho muito difícil o trabalho. Então, essa questão de eles irem e voltarem, irem e voltarem, também eles não tem paradeiro, a gente não consegue encontrar o problema as vezes quando a gente faz o diagnóstico já tá

muito avançado, tá quase indo a óbito, porque eles não falam, não falam que tá com tosse ou, né? Ficam, eles têm também a crença deles, então tipo de tratamento as vezes deles, tenta da se o jeito e quando cê vai vê já tá bem avançado, eu acho que são várias questões que envolve a população indígena, eu acho que é mais isso. (GM8.)

*Eles têm hábitos que muitas das vezes é a gente fica na dúvida, é... faz orientação por exemplo da fumaça, é uma característica que as vezes influencia, é não, distorce, como que eu posso falar é, mascara, mascara muito. No inverno, por exemplo, quando tem mais tosse é mascarado, porque todas as casas a maioria, 90% das **casas eles fazem fumaça dentro das casas para aquecer o ambiente, então, toda família às vezes tá com tosse.** Então gente vai lá, orienta tudo, mas eles levam, a isso, ((refere-se a fumaça)) acham que é isso, que não pode ser outra coisa em muitos casos. Isso acaba dificultando. **Uma facilidade que a gente tem é o vínculo com as pessoas e com as lideranças, e a ajuda da liderança nisso também,** por que às vezes o exame da tuberculose, mais qualquer outra coisa, dificuldade que a pessoa não quer não quer, a gente conversa com a liderança, cacique, e a gente consegue, consegue essa aceitação da pessoa. Então a facilidade é essa, o vínculo e o bom convívio com/boa relação com a liderança. (PEnf.1).*

*É essa população flutuante, né? Bem-dito. **Muitos se deslocam bastante, morando, se fixando por períodos curtos em aldeias e muito por passeio mesmo.** Passeio assim, não como a gente vai no nosso parente e fica um final de semana, eles ficam alguma semana, algum mês, mas não tá morando ali fixo, não se considera fixado ali, eles estão visitando só, e acontece muito. Depois pode ser que ele retorne ali uma semana, um mês depois, daí já interrompeu o tratamento e daí já viu, né? É são vários detalhes assim (...). É, justamente acho que a questão anterior que foi falado sobre **a vida social do indígena, cultural. Eles se reúnem muito, eles vivem muito próximos né? E quanto vão, quando vão fazer algum tipo de, vamos dizer, no artesanato, na dança, na parte espiritual, eles se reúnem muito né?** É então eles isso é potencial pra haver aí uma contaminação, né? Isso daí dificulta o nosso controle né? Partir do princípio que a gente tem que localizar, tem que investigar um e outro. A gente fica totalmente perdido, porque a gente não tem muita noção por onde que esse, essa pessoa que oferece um risco já passou né? Tanto internamente na aldeia, quanto nas aldeias vizinhas, porque a o indígena é muito é como é que vou dizer, né? Ele, ele visita muito né? **É a questão da falta de documento hoje ela é bem grande, pra nós a dificuldade é grande também,** então assim, infelizmente se a gente recebe hoje uma família de indígena, ou um ou outro, um casal, sem documentação a gente dá a nossa assistência a eles, fornece o medicamento básico, a consulta, consulta médica, o atendimento odontológico, mas quando ele vai ter que ir pra o município aí ele começa ter problema, porque daí **não tem a documentação, não consegue inserir no sistema, não consegue fazer o cartão SUS,** enfim, não tem como ele referir/mandar pra referência, fazer exames. (PEnf.2).*

***Além do alcoolismo, tem a questão da cultura, né? Também é a fragilidade deles, né? (...)** como eles saem muito fora da aldeia, e eles tem uma certa fragilidade, eles é mais propício a pegar essas doença, né? Eles saem, tem contato lá com o bacilo e acaba desenvolvendo, né? E tem a questão, é, da família, né? A família ser grande, aí tem esse, essa proximidade, né? dos muitos contato, de ter casos anteriores, né? na aldeia também. (PEnf.3).*

(...) no primeiro caso que eu tive, a gente tinha os testes de PPD, a gente fez em 15 comunicantes, porque nessa comunidade indígena tem esse diferencial, não é, o comunicante não é só a pessoa que mora dentro da casa, porque eles moram muito perto uma da outra, e eles são muito como é que eu vou dizer assim? Sociáveis entre eles se visitam muito, eles ficam então, praticamente grande

*público em redor ali tem que ser também testado, para ver se não adquiriu (...).
Ele é flutuante, nós chamamos de flutuante. Principalmente os Guaranis.
(PTE1)*

Os relacionamentos interculturais mostram-se desafiadores no cotidiano da saúde indígena. Nesse contexto, os problemas na interculturalidade estão fortemente relacionados na forma como os indígenas dialogam com a prática no modelo biomédico, valores, tecnologias; já por parte dos profissionais fica muito evidente os limites de acolhimento e de responsabilização e gerenciamento do cuidado desses indígenas, os quais são reconhecidos como barreiras às práticas realizadas.

No cenário atual, é inevitável assegurar o reconhecimento da igualdade de direitos e expressão cultural por meio da construção de políticas públicas (PELLON; VARGAS, 2010; SANDES et al., 2018). Contudo, tem sido observado que as iniciativas nessa vertente têm sido contaminadas pelas influências genuinamente “econômicas transnacionais que se sobrepõem em várias esferas da vida cotidiana àqueles indispensáveis à qualificação dos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde indígena” (PELLON; VARGAS, 2010, p. 1394). Esses interesses particulares ameaçam a reprodução física e cultural dos povos indígenas brasileiros, frente à urbanização desenfreada e industrialização em espaços geográficos indígenas (PELLON; VARGAS, 2010). Esses fatos sugerem contradições na política de saúde indígena do Brasil, visto que as “normativas não conseguiram promover, ainda, a consolidação de abordagens que valorizem a diversidade de interpretações e modos de intervenção na área da saúde segundo critérios de etnicidade e cultura” (PELLON; VARGAS, 2010, p. 1378). Infelizmente ainda vigora a neutralidade subserviente de ideologias universalizantes e homogeneizadoras da população brasileira (PELLON; VARGAS, 2010). Nesse sentido, entendemos que os profissionais e indígenas acabam sendo reféns de um modelo hegemônico de *saber e fazer* que não responde às demandas e necessidades de assistência à saúde dessa população em questão, denunciando incoerência e necessidades de pensar novos arranjos organizacionais na rede de assistência à saúde do indígena.

Pontua-se também a rotatividade e déficit de recursos humanos, a dificuldade de acesso e a busca por melhores condições de atendimento como resultado da fragilidade do sistema de saúde de outras regiões e países bem como as dificuldades no suporte institucional local.

A' um outro fator que influencia, é a rotatividade de profissionais na saúde indígena, é a gente tem uma rotatividade ((rápido)), ela não é alta, mas ela existe. (GDI1).

E a resistência das autoridades locais né? Porque tudo que você vai fazer você tem que ter a aprovação do conselho indígena, você tem que ter autorização do Cacique, e você tem que ter também qualquer ação que você for pensar dentro da reserva, tem que ser esses dois, essas duas autorizações, e você também tem a resistência por parte do Índio, na aceitação de cumprimento de horário, de normas estabelecidas. E a equipe também... uma grande rotatividade de funcionários, de médico, agora mesmo está sendo, vai ser trocado o médico, não sabemos ainda quem vem (...). (GM7).

Estima-se que embora tenha ocorrido melhorias nas políticas e na APS para os povos indígenas, ainda há muitas barreiras (SANDES et al., 2018, p. 6), sugerindo a necessidade de estratégias originais e investimentos específicos para a atenção à saúde dos povos originários. Considerando a rotatividade de profissionais como uma das barreiras mais citadas nos discursos desse estudo, cabe sumarizar que “a grande rotatividade nas equipes é outro fator que prejudica o processo de formação dos profissionais já inseridos no trabalho” (MARTINS, 2017, p. 27).

Outro ponto a ser considerado e amplamente discutido é a indissociabilidade do conhecimento biomédico do conhecimento étnico cultural desses grupos para a expansão do cuidado (SANDES et al., 2018). Contudo, no avanço das políticas públicas de saúde do indígena, os resultados alvejados são pouco perceptíveis; no escopo dos variados desafios para a efetivação do cuidado ao indígena encontra-se o desalinhamento entre os saberes tradicionais e os cuidados biomédicos (SANDES et al., 2018; MORAIS; SANTOS; VILELA, 2018). Embora sejam regulamentadas as EMSIs (), observa-se que conformações variadas das equipes e déficit de profissionais, principalmente a contratação e fixação de médicos nos diferentes cenários do território nacional (DIEHL; PELLEGRINI, MARINELLI et al., 2012; MARTINS, 2017).

Observou-se o desconhecimento de causa e da questão étnico racial, expressas no choque de valores entre os profissionais e indígenas elencados principalmente nos discursos dos gestores. Outro fato, trata-se da destituição da condição humana do indígena, a fragilidade no processo de comunicação e falta de informações, o que contrapõe a reciprocidade na atenção à TB, esses fatores interferem de maneira negativa na atenção à TB.

E o nosso desconhecimento em relação ao dia a dia do índio. A gente não entende. A nossa verdade não é a verdade deles. (GR1).

*Eu acho até assim, que o indígena não procura assistência de forma geral, ele tem dificuldades, dificuldades não, **ele tem essa, é não preocupação com a sua saúde em procurar o serviço na verdade, a gente percebe isso, eles deixam pra procurar já quanto tá em uma situação mais avançada, ou realmente, né? Não tem muita preocupação com a prevenção e com a promoção da sua saúde, né? E autocuidado é algo que a gente não percebe** assim que exista com eles, mas eu penso que nós enquanto coordenação, nós temos que fazer nossa parte, mesmo que eles não façam a deles.(...) As características que influenciam? A gente, eu vejo o socioeconômico né? Ter ou não ainda, né? **É, tem uma influência nesse sentido, a questão da condição econômica financeira né? Eu vejo que é falta ainda informação de que a doença tá aí né? E está aumentando cada vez mais, é uma despreocupação da população né? (GR2).***

*Então a gente tem trabalhado muito nessa questão, que a tuberculose é uma doença né que é tratável, que após o início do tratamento o paciente para de transmitir, mais que o diagnóstico ele é importante né? Então a gente percebia muito que os índios quando eles tinham os sintomas eles acabavam negando a **sintomatologia pelo medo do preconceito** do diagnóstico da tuberculose. Isso já tem mudado muito essas ações, as equipes têm trabalhado muito com isso pra diminuir esse preconceito. É algo difícil, né? Já é difícil com o branco, **com eles já tem uma cultura diferenciada, isso tem atrapalhado muito o diagnóstico da tuberculose.** Quando a gente fala da questão de tratamento é daí a gente encontra outras questões culturais, que alguns usam bebida alcoólica é a recomendação que existia de não pode usar nada de bebida alcoólica, então assim, eles/entre escolher o tratamento da tuberculose e escolher o uso da bebida alcoólica eles acabavam é utilizando a bebida alcoólica né? E hoje a gente tem mudado um pouquinho isso, mesmo sabendo que a bebida alcoólica vai atrapalhar o tratamento, mas é melhor ainda eles tratem do que deixar de tratar. Então, alguma, algumas estratégias a gente tem usado né? Principalmente para impedir que eles abandonem o tratamento né? já que além de tudo isso eles ainda são **nômades** né? Acabam trocando muito de aldeia e a gente acaba. (GR5).*

*E ele tem a questão da língua, né? Por exemplo, então existe esses pontos assim, dificulta né e quando consegue, tem que tem que mandar logo lá pra não perder a amostra. (...) Que existe alguns pontos que a gente tem dificuldade na hora da coleta, primeiro talvez ela não consiga produzir o catarro necessário, não consegue expelir, joga ele fora lá ou **pela questão da falta de entendimento de como realizar aquilo, a gente pode explicar 10 vezes pra, pro paciente, talvez eu não consiga assimilar direito/como tem que fazer. (PEnf.2)***

*Como já foi falado né? A visita domiciliar, a coleta do BK, vindo o diagnóstico já é coletado, já é feito o raio-x também, é realizada de todos os comunicantes da família também, para ver se não tem mais nem algum caso, e acho que é isso. **E a família muitas vezes não aceita.** Até na coleta do BK também, muitas vezes é difícil a família, porque eles falam que é muito difícil, é um exame que se você não tem o catarro né? Em si, é mais difícil você conseguir. Aí vai lá e coleta só saliva, depois tem que coletar de novo, aí eles já começam, eu já coletei duas vezes, de novo vô ter que coletar então, é mais difícil assim também, nessa parte também da coleta né? (PEnf.5).*

Os índios são fortes (PEnf.6).

Aparentemente o processo de adoecimento por tuberculose passou de um modelo segregacional, excludente e de estigmatização, para um processo de adoecimento naturalizado nos diferentes seguimentos da sociedade, o que levou a um processo de

banalização e naturalização do adoecimento; essa dificuldade pode estar atribuída ou relacionada à não compreensão da gravidade do agravo ou mesmo a questão da aceitação.

*É que a TB lá nos anos 60, 70, até o ano 90, ela era uma doença que trazia muita vergonha, né? Naquela época quem tinha TB ou hanseníase, era completamente banido da sociedade, e francamente era uma doença que resulta em cura. Hoje a TB ela é na minha opinião, umas das doenças corriqueiras da população. Que hoje você vê TB, né? Nos aidéticos, soropositivo e em várias classes da sociedade, e várias idades da sociedade, então se você for fazer uma pesquisa afundo, eu vejo que a doença ela teve um salto muito grande na questão de doença na população e essa doença.. a TB ela é uma doença tão antiga, milenar né? Vamos dizer, que ela vem trazendo cada vez mais o **desinteresse, pelos profissionais, eles deixaram de ter aquele interesse em/no paciente, no portador, né? positivo, porque se tornou uma doença muito comum, e, que, hoje mesmo o tratamento sendo feito à risca, né? ele ainda é visto como o tratamento normal e comum, que muitas vezes o próprio paciente não leva a sério tratamento, porque, não ele, não tem aquela, aquela restrição da sociedade. Então eu né? Que já tem um pouquinho mais de idade, vejo assim, que, é na época que era, que era taxado como uma doença muito ruim e muito vergonhosa para população, tinha-se mais resultados. Hoje essas, é uma das experiências que eu acho que se conversar com alguns médicos antigos, esses médicos que, que tem um pouco mais de caminho pela, pela vida epidemiológica, talvez eles concordem comigo, que a doença não foi curada, e ela foi transformada numa coisa natural, e eu acho que isso atrapalhou bastante na recuperação da saúde da população em si, porque hoje nós temos, a gente é sabedor que a gente tem muitos sintomáticos respiratórios, é jogando bacilos aí, pra quem tá chegando ao mundo, né? (GM7).***

Estudos corroboram com concepção do depoente sobre a banalização e naturalização do processo de adoecimento por TB. Sobre isso, tem se tornado comum a despreocupação e destituição da gravidade dessa doença a partir da banalização dos sintomas, sugerindo falta de conhecimento sobre a TB (HINO et al., 2012; CECILIO; TESTON; MARCON, 2017), outro fato são os entendimentos equivocados sobre aspectos básicos da doença, tais como o agente causal e o desfecho da TB, sendo possível evidenciar também o desconhecimento de que a TB é uma doença atual e permanente e que não atinge somente pessoas pobres (SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2004)

O discurso sugere uma concepção assimilacionista adotado nas políticas públicas pré-democrática do país (PELLON; VARGAS, 2010). À luz das contribuições de Sicsú et al. (2016), a proposta de intervenção educativa a partir do protocolo do MS tem se mostrado efetiva para a qualidade do diagnóstico da TB, sugerindo a necessidade de sensibilização dos profissionais de saúde e a incorporação do conhecimento significativo às pessoas em processo de diagnóstico.

A garantia e realização das atividades de cuidado e prevenção da tuberculose no indígena demanda um diferencial no aporte de recursos financeiros, humanos e

infraestrutura. Já a organização social do indígena e organização dos serviços de saúde para o indígena nas aldeias podem caracterizar potencialidades ou fragilidades na atenção à tuberculose no indígena conforme recortes.

*Essa é uma dificuldade que a gente ainda vai ter que correr muito para conseguir fazer com que o profissional realmente saiba que **o índio é uma pessoa igual a nós, apenas mora dentro de uma aldeia indígena**. Ele tem tantos os mesmos direito como também tem os deveres iguais aos branco, e **essa dificuldade de integridade a nossa, por causa da muita proteção, e que poderia ser um pouco mais aberto pra que a gente pudesse fazer as ações da gente bem melhor lá dentro da aldeia indígena, são empresas diferente, gestão diferente.** (GR4).*

É como você pode perceber tendo um paciente da área indígena a gente gasta duas, três vezes a mais, do que um paciente fora da reserva, então, a reserva indígena às vezes custa caro pros cofres públicos (risos). (GM7).

A equidade das ações pode ser citada aqui como a prova viva da garantia formal do acesso ao indígena dentro de suas especificidades pronunciada pela PNASPI (2012) (BRASIL, 2013; PERRUZO, 2016); essa complexa tarefa depende da discriminação positiva dos gestores, profissionais nos serviços de saúde no âmbito do SUS (PEREIRA, 2012; PERUZZO, 2016; RODRIGUES et al., 2015).

A interculturalidade é uma característica expressiva da saúde indígena, indissociável do cotidiano e práticas de assistenciais aos indígenas (MARTINS, 2017), num espaço de coexistência dual e interlocuções, ou seja, duas sociedades e dois sistemas de cura.

O simbolismo no mundo indígena e sua compreensão do processo de adoecimento são entendidos sob perspectivas diferentes pelos profissionais de saúde não indígenas e pelos indígenas.

*(...) Até entender que a é uma doença como a tuberculose tem que ser tratada com uma medicação, com antibióticos que são não que estão preconizados pra aquela doença, acho que, é como se fosse, seria esse uma característica, a **questão cultural**, eu acho que seria. Não sei se eu respondo essa questão! Mas, provavelmente a questão cultural de chegar, de adesão ao tratamento, né? Mais difícil, a questão familiar ali dentro, **eles convivem em comunidade, diferente da nossa realidade**. Então, eu acho que seriam essas as características que mais influencia. (GE1).*

*Eu, eu acho que a própria, as/a **própria diversidade cultural**, é uma das **características né?** Porque, é doença nossa, e uma doença que a gente levou pra eles né? Eles não conviviam no isolamento com esse tipo de agente biológico né? **Então pra eles é muito difícil dizer que uma coisa que eles não veem, um bicho invisível, vai trazer uma doença que pode levar ele a morte, né?** Muitas culturas têm esse entendimento, daí muitas vezes você vai lá, tentar identificar um sintomático respiratório, e eles dizem que eles não tão enquadrados dentro*

daqueles, né? De sintomáticos, não tenho essa tosse a tanto tempo, não tenho essa tosse que tá me emagrecendo, (...). (GD12).

*É eu acho que chegar também a essa população, é chegar na população indígena, depende muito também dessa questão, não só deles estarem sabendo que o nosso papel é o cuidado, né? Eles também têm que entender, então, tem que ser, eu acho que é uma via de mão dupla, né? **A gente tá pra cuidar, estamos aqui pra cuidar, pra fazer, né? E eles entendendo isso, eu acho que fica muito mais fácil também. Saber que é um direito dele também, de ser cuidado, de conseguir fazer um tratamento, então acho que que isso é importante, eles é entenderem ou conhecer que existe políticas, existe tratamento, existem pessoas que também estão pra eles, não é só, não são diferenciados nesse sentido são pessoas né? (GR1).***

*É, eu acredito que é isso (...) também essa relação entre os municípios né? E as pessoas que estão diretamente lá na comunidade fazendo né? **Dependendo de como for esse entrosamento, também pode ser um fator que favorece ou que prejudica, né? o tanto o diagnóstico, o tratamento e o controle da doença, mas acho que no geral é isso né? (GR5).***

É tem também a população Guaraní, que é uma população que hoje preserva também bastante a cultura, é tem alguns rituais, né? Que eles realizam dentro da casa de reza, compartilhamento de alguns utensílios, como cachimbo, entre eles, então essas são algumas características que as vezes influenciam. (PEnf.4).

*(silêncio) Ah, nós já fizemos (...) palestras né? Sobre o assunto, sobre outros assuntos também. Mas (...) **é muito complicado o entendimento deles né? E nós aqui eles têm, muitas vezes eles têm resistência para ouvir o que nós falamos, aí às vezes algum de fora vem, fala e eles conseguem é aceitar melhor. (PASB1).***

Outro fator muito relevante nas comunidades indígenas é a preservação e valorização da cultura e hábitos, como por exemplo, a pajelança, o tratamento natural e tradicional do indígena. Os discursos explicitam a notória valorização e respeito pela autoridade na figura do pajé e pajelança como primeira escolha de tratamento, deixando registrada a importância dada à pajelança e orientação do pajé para a associação do tratamento convencional biomédico ou não.

*Como eles não vem até a unidade, tem esse negócio da cultura envolvido, diferente de uma pessoa que busca a unidade de saúde, lá eles não buscam né? **Eles procuram fazer o tratamento a princípio com, né? É as formas culturais, tradicionais deles, pra depois procurarem o serviço, que a gente sabe, que é assim, então a gente vai fazer a busca deles. (GM3).***

*Então, é na verdade a população indígena exista algumas fragilidades, como o próprio indígena, né? Nós temos a questão cultural do indígena, que principalmente às vezes na etnia Guaraní, né? **Eles tem os pajés, e muitos deles preservam a cultura, então as vezes, quando ele adoecer, em vez dele reportar isso à equipe de saúde, muitas vezes ele é reportado ao pajé, da aldeia, ou até mesmo o pajé de outra aldeia, que no qual, eles vão querer que leve ele lá pra fazer uma consulta primeiro com o pajé, ou seja, fazer uma cura primeiro a espiritual, e as vezes isso demora um pouco pra chegar na equipe, então, ele***

procura o pajé, ele vai ver o que o pajé vai orientar ele primeiro, aí depois ele tá reportando isso a equipe, o AIS como ele é agente de saúde, e ele é indígena, ele respeita também essa questão do indígena, primeiro o pajé, depois a equipe de saúde, como temos indígenas também que acaba procurando a equipe de saúde.
(PEnf.4)

[E sobre a questão cultural? (...)] Eu acredito que influencia. Influencia sim, porque acaba as vezes eles têm uns sintomas e demora chegar até a gente, ficam lá vários dias, vários dias fazendo a pajelança né? Tentando tomar um remédio do mato, que não é nada ruim né? Mas precisa detectar primeiro a doença pra depois procurar fazer o remédio deles né? Eles também andam muito né? De um lugar pro outro né? As vezes foge da gente, foge do controle, estão aqui com o sintoma e partem pra outra aldeia e assim a gente acaba se perdendo né? E isso é difícil. [a questão da mobilidade] é, e tem também o país vizinho aí que é o Paraguai, eles partem pra lá e fica difícil ir lá buscar eles né?
(PTE5)

Observa-se aqui a expressão do contraste intercultural da concepção biomédica e tradicional indígena, colocando práticas diferentes em processo de interlocução. Esse fato também foi observado à luz da pesquisa: *política e intermedialidade no alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena*, dialogando sobre dois modelos de práticas de cuidado e cura distintos (NOVO, 2011) em disparidade de poder (MENDONÇA, 2005).

Para os indígenas existem as doenças de índio e a doença de branco. No caso da doença de índio, essas devem ser tratadas somente pelo curador, esse entendimento é embasado na concepção de que os médicos estariam inaptos para tratar esse tipo de doença de cunho espiritual. Já as doenças do branco, podem ser assistidas tanto pelo pajé quanto pelo médico (biomedicina) (LANGDON, 2004; 2005).

O sucesso das ações de controle da TB no indígena está fortemente relacionado às desigualdades e dificuldades quanto à acessibilidade aos serviços de saúde e formas de acolhimento (LEVINO; OLIVEIRA, 2007), como também relutância dos profissionais na adaptação aos modos de vida dos indígenas e modelo de organização dos serviços de saúde (RUBEL; GARRO, 1992). Embora os indígenas tenham um entendimento diferenciado do processo de adoecimento e tratamento, sua cultura não é obstativa para execução das ações de atenção e controle da TB preconizadas, visto que os indígenas têm interesse no atendimento biomédico, exames, vacinação e seguem o tratamento, sugerindo que a alta carga de TB nos indígenas pode estar mais relacionada “às inconsistências no atendimento das prioridades do modelo biomédico no nível local do que à cultura em si” (WELCH JUNIOR, J.; COIMBRA-JÚNIOR, 2011, p.193).

A saúde aponta distintos caminhos, diferentes percepções de dificuldades e limites na interação dos profissionais e dos indígenas, entretanto passível de diálogos (PEREIRA, 2012).

O contexto geral de intermedialidade aponta mesmo para a convivência de sistemas médicos distintos, originando sistemas médicos híbridos — um espaço de medicinas híbridas onde os agentes interagem na prática e na teoria. (...) não raro a interação ocorre numa conjuntura de conflitos, na qual os conhecimentos indígenas são considerados menos valiosos que a biomedicina e concebidos como obstáculo ao “desenvolvimento”. (...) os povos indígenas estão longe da passividade; ao contrário, num quadro de simultaneidade de tradições epistemológicas, incorporam artefatos e ideias e exercem agência social, construindo algo novo. O conhecimento indígena é dinâmico, criativo e sujeito às influências, perfazendo negociações e renegociações constantes entre as diferentes formas de saber médico. (PEREIRA, 2012, p. 531).

O desconhecimento do território sanitário, étnico-cultural e demandas das comunidades indígenas assistidos na APS contrapõem a eficácia simbólica e reciprocidade. Não se vislumbra estratégia diferencial por parte dos profissionais e gestores que seja resolutiva e equânime, que alcance as especificidades e necessidades do indígena, mas reconhece a existência dessa demanda e necessidade de inovações, viabilidade operacional, melhoria do acesso e equidade, da atenção diferenciada nesses espaços em situação de transculturação.

(...), mas eu não sei quais são etnias, não lembro quais são. Então assim, a gente não tem essa apropriação, nós não temos ainda, sabe assim essa apropriação. Em relação a tuberculose como nós temos tido esses casos, daí não são casos só de tuberculose, tratamento, é casos de óbito, é muito mais grave e a ideia é temos também um vínculo mais próximo com esse município (...).(GR1).

*Na verdade, quando existe necessidade de algum encaminhamento ou investigação não tem dificuldade, o problema é trazer, o que facilita mesmo é ter a unidade lá. Eles estão atentos, daí encaminha né? Senão eles, **tudo alegam, na cultura do índio é diferente, mas na maioria das vezes eles querem fazer só do jeito que eles querem né! Daí tem uma unidade lá que acompanha, convence, a fazer o tratamento, é mais fácil.** (GM1).*

*A estratégia principal é porque apesar de ser uma população pequena na aldeia aí, tem um posto de saúde só pra população, tem enfermagem lá, e eventualmente seria é vamos dizer seria, até adicionado ao posto de saúde do distrito lá, próximo, né? Mas não, eles têm na própria aldeia um. **Porque tem algumas diferenças com a população normal, com as condutas deles, os costumes deles.** Então, vamos dizer assim, **é a mesma estratégia, a mesma conduta das populações em gerais, só que é, vamos dizer, mais dificuldade de aplicar lá, por isso que tem uma estrutura só lá da aldeia.** (GM2).*

A situação de transculturação, a situação geográfica, a dinâmica do perfil epidemiológico são realidades vivenciadas na saúde indígena que nesses espaços étnico-culturais diferenciados justificam a atenção idealizada pela PNASPI (FUNASA, 2002).

a transculturação no campo da saúde surge pela introdução de um conjunto de princípios e práticas do sistema médico oficial em comunidades que vêm lidando com as questões de saúde-doença através de sistemas tradicionais de crenças e práticas de cura. A sobreposição destas duas medicinas envolve conflitos de compatibilização e aceitação tanto por parte dos receptores como dos executores das ações (CONFALONIERE, 1989, p. 443).

A concepção de assistência igualitária sem distinção e execução dos serviços diferenciados revela o desconhecimento de aspectos intrínsecos do ser indígena e conseqüentemente a não adoção das recomendações sobre as práticas diferenciadas de atenção à saúde dos indígenas (MOTA; NETO, 2018). Talvez esse modelo de assistência

esteja relacionado ao fato de que, embora a atenção diferenciada seja um princípio da PNASPI, não se dispõe de uma orientação oficial e formal que oriente os processos de gestão quanto à organização dos processos de trabalho nessa lógica (MOTA; NETO, 2018).

Ademais, existe uma rigidez na estrutura de gestão em relação à elaboração de mecanismos ou estratégias que articulem ou integrem os conhecimentos tradicionais e alopáticos (MOTA; NUNES, 2018). Isso sugere a necessidade de uma política de formação intercultural para gestores, profissionais entre outros, a fim de melhorar as condições de saúde dos povos indígenas (FERNÁNDEZ-JUÁREZ, 2010).

A diversidade geográfica é sinalizada quanto ao distanciamento geográfico e das dificuldades de logística em que alguns discursos se prendem à indisponibilidade de transporte para locomoção até as comunidades indígenas. Percebemos o embate diário das EMSI na atenção à saúde do indígena mediante os desafios aqui colocados, sendo o distanciamento geográfico amplamente reconhecido como desafiador à gestão e à operacionalização do processo de trabalho das equipes de saúde indígena, influenciando a negociação/pactuação com os serviços de diferentes localidades e realidades administrativas e gerenciais como também o acesso ao sistema de saúde e profissionais. Essa diversidade geográfica limita o acesso e qualidade da assistência à saúde dos usuários indígenas não só no contexto da APS, como também no nível secundário de assistência. A logística e distanciamento geográfico também interferem no processo de trabalho dos profissionais, limitando-os a priorizar algumas ações de saúde em detrimento a outras. Nesses casos é importante citar que a prioridade nem sempre é o controle da tuberculose.

Éhh, como desafio, como fragilidade, eu posso falar de, do fato do distrito, ele ultrapassar todas fronteiras dos Estados né? A gente acaba, por exemplo, se eu tenho populações dentro do estado de São Paulo, que são outras políticas diferentes do Paraná, diferente do Rio de Janeiro né? Então, de certo modo é uma fragilidade. O próprio fato da gente tá distrito aqui, em Curitiba, e ter acompanhar nessas equipes lá no Rio de Janeiro né? Lá em Angra, lá em Parati, lá em Maricá é uma fragilidade né? Pra gente tá tendo uma supervisão maior né? Um apoio matricial maior dessas equipes. Éhh, i a outra coisa também, é a questão de algumas populações também, eu já falei antes, mais eu acho que cabe aqui também, estar inserida dentro do município de pouca estrutura, é, porque te município que graças a Deus são poucos, né? Que as vezes a gente tem que tá, é, tendo que pactuar, mensalmente uma cota de BK pra aquela, então assim, eu posso até citar no dedo porque são poucas, mas de qualquer forma, é uma fragilidade né? Porque se dentro daquele município não tem uma estrutura adequada pra que eu possa seguir o meu plano de ação, o meu plano de busca né? Acaba, acaba que eu, tenho que viabilizando, o dificultando né? Que esse trabalho seja realizado. (GDI2).

O tratamento dela alguma coisa assim ela, pode também tá com esse olhar clínico sabendo que pode encaminhar pra ser coletado o BK, alguma coisa assim. E essa questão da distância também das aldeias, é muito difícil! (PEnf.5)

Eu acho que os nossos desafios, não só da tuberculose né? Dá TB indígena, como trabalhar com essa, com a aldeia, é esse distanciamento que hoje a gente tá conseguindo diminuir, entre a nossa equipe aqui do município com a equipe local da aldeia. Porque a aldeia, ela fica longe daqui, né? Então você ((rápido)), não tem esse vínculo diário que a gente tem aqui no dia a dia. Então, uns dos desafios então, é a gente se aproximar um pouco mais, e tá compreendendo o que tá sendo realizado lá, isso a gente já conseguiu, e recentemente tivemos um surto de coqueluche (rápido), no final do ano passado, então a gente tinha que trabalhar junto, mais, por muito tempo, assim, a aldeia era uma coisa distante, né? Da nossa realidade, então a gente precisou estreitar, era, era tanto um desafio, como uma fragilidade. (GM5).

Essas dificuldades são comuns no contexto da saúde indígena em vários cenários do território brasileiro. No contexto da enfermagem, Martinelli (2012) reforça os vários desafios para a atenção ao indígena, para além do distanciamento geográfico, condições insatisfatórias para a operacionalização das ações, em outras regiões brasileiras.

A capacitação para as equipes ocorre de maneira verticalizada sem periodicidade distinta, são geralmente treinamentos formais externos para capacitação técnico-profissional focados em atualização da política, mudanças de processos relacionados a protocolos para os profissionais das bases operacionais e sobre aspectos da política de atenção à TB. Esse modo como tem sido organizado e realizado as capacitações parece estar deixando uma lacuna entre a necessidade local e as informações recebidas.

As iniciativas voltadas a capacitações e treinamentos dos profissionais com foco nas especificidades da população indígena ocorrem de maneira pontual para as equipes multidisciplinares de saúde indígena, não aparecendo nos discursos nenhuma iniciativa dessa magnitude voltada aos demais profissionais que atuam em outros espaços indiretamente ou diretamente na saúde dos indígenas. Os profissionais de maneira geral apontam a necessidade de capacitação para o manejo da TB na população indígena, ordenamento do fluxo e manejo da TB multirresistente.

Conforme surgir novas demandas, surge as demandas, é... algum novo protocolo né? De medicação, de tudo, então é repassado né? Conforme a necessidade. (GE1)

São realizadas reuniões periódicas pra transferência dessas informações dos diferentes níveis né? Assim como a gente recebe é... do Ministério da Saúde né? A gente tem multiplicado essas informações pros outros níveis de atenção, mas não há uma periodicidade né? É... estabelecida conforme surgir novas demandas. (GE2)

Mas qual é a possibilidade deles saírem, ou o pessoal se capacitar, ou se reciclar? Então, eu acho que esse aí é um entrave também, além daquilo que falei do próprio indígena, da própria população, ou da comunidade não ter a resistência que nós temos, porque a gente já tem contato com a tuberculose há muito tempo né? (GR1).

(...) eu acho que poderia ter uns treinamento um pouco mais aprofundados, né? Isso pra equipe indígena, porque o indígena o diferencial, é você conseguir fazer com que o indígena, vamos dizer colabore com a coleta. Que muitas vezes ele até em si, é ele' não quer descobrir que tá doente entende? Já aconteceu né? As pessoas falam para mim, não mas eu não vou fazer esse exame porque daí eu vou descobrir que eu tô doente então assim, acho que deveria de ter é uma capacitação, é assim, maior dos profissionais de saúde, em relação à abordagem do indígena porque o indígena é diferente do que a população é normal, né? Assim normal quer dizer, não é essa palavra que eu devo usar, né? Porque o índio não é anormal né? Mas, ele é diferente, a cultura dele é diferente. Então acho que nessa questão de TB, é claro que nós da equipe de saúde, a gente sempre faz é também rodas de conversa, com eles e tudo e tal, mas de repente, faltaria ainda umas formações mais sucedida. (PTE1).

A capacitação é reconhecida como fundamental no contexto da saúde, pois propicia o respeito às práticas tradicionais de saúde e o entendimento recíproco das diferenças culturais entre os povos. Os profissionais que compõem as EMSIs devem ser empoderados e providos de conhecimentos antropológicos e culturais por parte do órgão responsável pela saúde indígena, a partir de palestras, cursos e qualificações para assim viabilizar a assistência de qualidade com respeito às etnias (BRASIL, 2007; PONTES; STAUFFER; GARNELO, 2012). Sobre isso, na saúde indígena a formação e educação permanente de trabalhadores é uma diretriz da PNASPI,

que se apresenta atrasada e inconclusa na agenda oficial. Partindo das proposições intersetoriais dos Ministérios da Saúde e da Educação direcionadas à formação em saúde, destacamos o caso da atenção à saúde indígena, apontando que as iniciativas oficiais na área ainda necessitam incorporar o conceito de educação permanente, que é um potente instrumento para o favorecimento do diálogo intercultural e orientação das práticas sanitárias (DIEHL; PELLEGRINI, 2014, p. 8).

Sugere um descompasso velado entre as proposta da PNASPI e SESAI, sobre isso, aparentemente a SESAI mantém problemas de gestão, especialmente recursos humanos com propostas de atenção integral em alusão à atenção diferenciada (DIEHL; PELLEGRINI, 2014), o que na prática acaba se constituindo como um sistema de atenção

simplificada (MALTA; SANTOS, 2003), somado ao conceito polissêmico de integralidade (TESSER; LUZ, 2008), em que nem sempre é possível visualizar a diretriz de integralidade no cuidado e equidade (MALACARNE et al., 2011; MORAIS; SANTOS; VILELA, 2018; SILVA et al., 2016).

No contexto dos profissionais, observa-se escassez de estudos sobre profissionais não indígenas, sendo importante sublinhar que os trabalhadores não indígenas também não são priorizados nas ações e documentos oficiais (DIEHL; PELLEGRINI, 2014), fato esse que corrobora com achados nesse estudo na temática capacitação, suporte e apoio institucional.

Tá bem vago na verdade, precisaria bem mais, porque a coisas vão evoluindo e a gente precisa também saber o fluxo né? Mas, poderia ser um pouco melhor. É por reuniões que a gente faz, a regional faz uma reunião, a gente vai lá pra discutir algum caso, alguma coisa que tem específico né? Talvez não serve muito pra tirar nossas dúvidas lá né? Que a gente tá vivenciando, agora no caso é resistência né? Muito mais além só da resistência da medicação né? Um apoio maior. Mais é específico pra aquilo, e a gente acaba ficando sem saber o resultado de outras coisas. (GM2)

Segundo Diehl e Pellegrini (2014, p. 870), os estudos que discorrem sobre as vivências dos profissionais de saúde em contextos indígenas,

revelam de um lado as limitações da formação biomédica e de outro indicam que para atuação em contextos indígenas, os processos formativos (sejam eles na graduação ou na educação em serviço) não têm uma fórmula pronta ou única, necessitando elaborações para além das disciplinas clássicas no campo da saúde.

É sabido que os valores e experiências influenciam as relações entre os profissionais e usuários no contexto da saúde, enaltecendo a importância das relações intersubjetivas passíveis de formação de vínculo. Na dimensão dialógica os profissionais contribuem a partir de seus conhecimentos para implementação prática de ações de saúde mediante a apreensão das necessidades (MATOS, 2004). Nesse sentido a educação permanente/capacitações são oportunidades de cooperação e de diálogo entre a gestão, entre os profissionais, entre os serviços, e podem potencializar as diferentes áreas compenetrando e ampliando o potencial dos sistemas a fim de viabilizar a solução qualificada dos problemas identificados/sinalizados por esses sujeitos do processo (DIEHL; PELLEGRINI, 2014).

Segundo estudiosos, a educação permanente em saúde alicerça as práticas profissionais e organização do trabalho nos serviços de saúde. Para o sucesso nesse processo é essencial ancorar-se nos referenciais da aprendizagem significativa e das possíveis contribuições da conjuntura “saber e ensinar”, em que essas ações devem ser

integrantes da prática cotidiana dos profissionais de saúde impulsionando mudanças (STROSCHEIN; ZOCHE, 2011).

O processo formativo no ensino superior sugere que a inclusão de indígenas nessa modalidade de ensino, tem transcorrido em meios e espaços que favorece a aculturação.

Esse grupo aqui de (cita o nome do município), teve uma aluna que fez medicina aqui na UNIOESTE, ela também eles têm cotas também, eles não precisam fazer vestibular nada, porque eles têm direito, teve uma outra aluna que não conseguia progredir, essa conseguiu e se formou. Mas daí o que aconteceu? Ela, (...) disse “não professor eu não vou mais voltar pra aldeia porque lá não tem nada eu vou pra (cita o município)”, daí ela começo a namorar um menino não sei né, ela morava lá (pros lados do (cita o município)Então nem isso a gente consegue estabelecer o vínculo, eles têm uma outra visão, uma outra experiência de vida, ela fez uma outra opção mas não necessariamente ela voltou pra aldeia, então quem entendia dos costumes e poderia ajudar também não ficou ali, e é difícil você enraizar essas pessoas, muito difícil! (GRI).

Mesmo com o advento das cotas e inclusão do indígena, uma pequena parcela de indígenas têm conseguido acessar o ensino superior. Considerando que o ingresso se conforma em dois principais mecanismos, as discussões em torno dos mecanismos de ingresso, permanência e inserção no mercado de trabalho denuncia o grande desafio enfrentado por esses grupos, posto a necessidade de reavaliação dessa política pública (PAULA, 2013) e auto reflexão das universidades (BERGAMASCHI; DOEBBER; BRITO, 2018).

Existe um paradigma dominante na universidade em torno dos conhecimentos, visto que na perspectiva do indígena ele não ocorre de mão dupla, o indígena nesse espaço é levado a aprender os importantes conhecimentos da universidade como se nada tivesse a ensinar, a universidade é tida como detentora dos conhecimentos. As relações *na* e *com* esse modelo de universidade representam desafios ao seu pertencimento acadêmico e principalmente étnico-comunitário (duplo pertencimento) (PAULA, 2013).

O estudante indígena enfrenta uma espécie de buraco perverso de estrangeirice, na medida em que compete a ele mesmo o esforço, às vezes hercúleo, de convencer a aldeia e a família às quais continua pertencendo e também à universidade de que não é um estudante comum (AMARAL; FARIA, 2012, p. 830).

Nesse contexto, durante a jornada acadêmica os índios são acusados pela sua comunidade de abandonarem suas famílias e são convidados pela comunidade não indígena a voltarem para a sua origem. Não existe uma garantia de que o indígena retornará para sua comunidade após o término de seu curso (FLORES, 2007).

Neste bloco discursivo: **processos que interferem no controle da tuberculose**, as principais características e processos enunciados pelos depoentes foram: as especificidades étnicas, culturais e epidemiológicas; mobilidade regional e transfronteiriça; ausência de proteção social; a condição humana e de vida do indígena (hábitos, migração regional e transfronteiriça, aglomerações, pobreza, desnutrição), como também as especificidades do cuidado de saúde na população indígena e a situação de transculturação vivenciada pelos indígenas e profissionais de saúde.

7.1.3.2 As equipes de saúde no controle da tuberculose

Os discursos sugerem que o trabalho em saúde é um ato produtivo que demanda o funcionalismo estrutural guiado por um modelo de assistência e de vigilância em saúde com detalhamentos em seus microprocessos.

(...) as equipes são compostas por equipe de Atenção Primária, composta por médico, dentista, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes indígenas de saúde. Estes, estão responsáveis pra execução de todas as políticas e os programas de saúde do ministério, especificamente em relação a tuberculose, assim como outros problemas que estão desenvolvidos, atividades de prevenção, controle, tratamento no âmbito da Atenção Primária. (GD11).

(...) geralmente uma equipe ela é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente indígena de saúde, agente indígena de saneamento, dentista e auxiliar de saúde bucal. (GD12).

(...) a gente tem um, é feito dessa forma nossa constituição das equipes, só que aqui a equipe da epidemia é um profissional e a vigilância (...) é feita por um veterinário, uma médica veterinária, é pelos, um coordenador das ações de combate a dengue, hoje pela ações de endemias e por um vigilante sanitário, né? Então eles têm uma equipe maior, e tem os ACEs, digamos também junto ali, que hoje a gente tá trabalhando muitas outras doenças também, que são por vetores ou por animais, né? Que são as que tá voltando aí, as zoonoses, (...) (GM5).

Mediante as características e necessidades da população indígena, acredita-se que a lógica funcionalista não traz retorno positivo para a atenção à saúde indígena. Existe a necessidade de democratizar e reduzir a hierarquização do trabalho em saúde a partir da constituição de espaços coletivos compartilhados (CAMPOS, 2013; PEDUZZI, 2002).

O diálogo e o compartilhamento de saberes provocam reflexão entre os trabalhadores, principalmente quando há um esforço contínuo de alguns membros da equipe interdisciplinar, em um exemplo de atividade humana autoconsciente favorecendo a superação do trabalho alienado. Porém, a existência desses espaços

democráticos compartilhados por sujeitos em diferentes graus de alienação e autoconsciência não basta para provocar essa superação (TERRA; CAMPOS, 2019, p. 14).

Contudo o modelo clínico de atenção é velado nos discursos, sendo possível apreender as nuances hegemônicas do modelo biomédico focado na forma de tratamento alopático conforme o recorte.

Então, igual te falei terça e quinta é atendimento médico, o médico tem que atender 4 aldeia na terça de manhã, e quatro aldeia na quinta de manhã, mas não tá conseguindo porque a população aumentou entendeu! E não tem como você fazer um atendimento em 4 aldeia das 8 ao meio dia, então aqui é uma realidade bem diferente! As vezes tem medicação no carro que a gente leva na caixa, ou as medicações que não tem ali eles vêm na farmácia pra tá buscando. (PEnf.6).

Sobre isso, clarifica-se que o modelo clínico geralmente representado pela hegemonia médica ainda é muito presente no cotidiano dos serviços de saúde trazendo implicações na organização dos serviços e na atuação dos profissionais no trabalho em saúde. Tal modelo tem desprezado a visão holística e coletiva, pautando-se na fragmentação e recuperação do indivíduo. Assim, o profissional assume determinada lógica no campo operacional onde a totalidade do processo não é tida como fundamental tornando-se tarefeiro sem a percepção da totalidade das ações e processo.

A enfermagem, por sua vez, acaba sendo refém desse modelo e se ajustando ao fazer focado no cumprimento das tarefas executando atividades em sua maioria complementares ao fazer médico (ALMEIDA et al., 1991; LIMA e ALMEIDA, 1999; PAI et al., 2006; PIRES, 2008), embora na APS a enfermagem tem mais autonomia, principalmente no planejamento e desenvolvimento das ações de gestão ou supervisão para a assistência nos diferentes ciclos de vida (BRASIL, 2011, PRZENYCZKA, 2012; RIBEIRO, 2015).

No contexto das equipes de saúde indígena e de vigilância em saúde, observa-se aspectos da composição multiprofissional e atribuições específicas de cada equipe de trabalho e categoria profissional, com diferentes vivências quantitativas e qualitativas no campo de saúde indígena.

Bem, é aqui, eu trabalho já na saúde indígena né? Embora eu tenha colocado seis anos, eu coloquei seis anos dentro do que eu tô fazendo agora, né? Mais assim, estou na saúde indígena trinta e sete anos. (...) eu já tenho assim uma experiência de longas datas, mesmo como nível técnico, que eu já trabalhei

como nível médio nas aldeias, (...) a gente sabe que a incidência dentro das populações indígenas geralmente é bem maior do que na população geral, as vezes ela é o dobro até, (...) (GD12).

*Mas pra você falar isso, que (...) as nossas ações, nossos serviços não atingi meta de pesquisar o sintomático respiratório na população, a gente resolveu fazer essa sensibilização, vai ser o de novo, **estou a 34 anos trabalhando aqui, já participei de “N” capacitações**, vamos continuar, agora (...) vamos continuar, (...) é a responsável regional pelo agravo da tuberculose e a gente vai continuar tendo essa necessidade. (GR1).*

*Como eu disse apesar de ser uma população pequena e varia bastante, a Unidade que vai tratar só deles, desses profissionais que vêm todas informações. **Tem a enfermeira, tem o médico, tem né? Inclusive os agentes de saúde que são da própria população.** (GM1).*

***Trabalho na vigilância aproximadamente uns 15 anos.** Geralmente funciona assim, então, **tem um postinho, lá tem enfermeiro, médico três vezes por semana**, qualquer caso referente a epidemiologia eles encaminham pra nós, era assim que funcionava. Mesmo assim funcionava, né? **Mas mudou o médico algumas vezes, depende da logística aí da prefeitura né?** Então até por isso tava perguntando pro rapaz se tava, doutor (X) que tava atendendo lá. (GM1).*

Entretanto, é reconhecido pelos depoentes que o trabalho de um deve se organizar junto ao do outro, em que a diversidade de papéis é a regra, e deve ser de domínio de todos. A precarização desses arranjos organizativos podem representar desafios a serem superados pelas equipes de trabalho no controle da tuberculose nesses cenários.

*O que a gente vai, a gente tá orientando, e a técnica de lá, fazer a busca ativa, né? Até mesmo que **tem o agente de saúde que são deles mesmo ali da aldeia né?** Então **facilita um pouco de chegar até aos familiares né?** As pessoas lá né? (GM2).*

*Exemplo, a gente tem hoje um: grande problema dentro das populações indígenas são as doenças né? As infecções sexualmente transmissíveis, e as vezes a gente deixa de pensar um pouquinho tuberculose. **Mas eu acredito que a questão da, dessa constituição da equipe ela é muito bem formada, desde de quem tá lá pertinho do paciente até quem cuida do programa na nível municipal ou regional.** (...) Então na equipe, hoje na equipe do (município) a gente tem um enfermeiro e um técnico, que a gente trabalha muito unido hoje, graças até pelas redes sociais (ri), pela distância né? Também pelo WhatsApp, mas tem o AIS que é o agente comunitário indígena deles, (...) que faz mais essa comunicação com eles por causa mais da linguagem deles, e da cultura e a forma deles aborda o índio né? mais ou menos isso (...). (GM5).*

Entendemos que os profissionais atribuem significados desejados ao trabalho em equipe na saúde que corresponde mais ao ideal de equipe integração do que equipe agrupamento, sugerindo a valorização do trabalho integrado, dada a complexidade da saúde indígena. O trabalho em equipe agrupamento atende a lógica de intervenções mais técnicas

e fragmentação das ações as quais são percebidas a partir da justaposição de ações e agrupamento dos atores; já a equipe integração visa a articulação das ações e integração dos atores (MACHADO et al., 2007; PEDUZZI, 2001). Nesse sentido, o trabalho em equipe na área da saúde para além do planejamento e divisão de tarefas, implica compartilhar, cooperar, colaborar e interagir democraticamente com foco na integração dos diferentes atores, saberes, práticas, interesses e necessidades (RIBEIRO, PIRES; BLANK, 2004).

Dada a complexidade do trabalho em equipe justifica-se a necessidade de capacitação para o pleno desenvolvimento das competências interpessoais e profissionais no grupo de trabalho (NAVARRO; GUIMARAES; GARANHANI, 2013).

O trabalho em saúde é fruto da ação do trabalhador coletivo que considera a interdisciplinaridade, multidisciplinaridade e corresponsabilidade desses pares no processo assistencial. Trata-se de um trabalho coletivo, em que o trabalhador sempre depende das relações e trocas no trabalho, independentemente da sua formação ou profissão.

(...) nossa organização aqui dentro, o aumento de profissionais na epidemiologia pra que a gente possa tá saindo da nossa comunidade e indo pra, abrindo as portas das unidades, de todas nossas unidades, principalmente da indígena, pra que eles têm todo nosso conhecimento também. (GM4).

As diferentes atribuições são interdependentes para o sucesso de cuidado holístico. Nesse sentido, os discursos apresentam aspectos do cotidiano das equipes, composição multiprofissional das equipes, as demandas de cuidado, o saber e o fazer dos profissionais, relações hierárquicas no processo de trabalho e as potencialidades do trabalho em equipe. Entende-se que existe o reconhecimento de que o trabalho multiprofissional propicia, por vezes, a integração entre saberes e conhecimentos advindos das diferentes categorias profissionais, o que possibilitaria a interdisciplinaridade e interprofissionalidade e autonomia dos profissionais.

Tá, eu acho que posso então citar um pouco as potencialidades, mas eu citaria a equipe multiprofissional preparada pra lidar com as especificidades da população indígena, é uma equipe específica né? É uma equipe que só trabalha dentro da aldeia para os indígenas. Acho que isso é uma potencialidade que ajuda muito no trato, na relação, no vínculo, e na possibilidade maior do paciente aderir ao tratamento e ser curado da doença, de todas as doenças né? Isso é uma potencialidade. (...) a participação ativa ali do agente indígena de saúde que é o elo entre a comunidade e a equipe né? É aquele que ajuda no convencimento do paciente pra fazer o tratamento, que faz a tradução muitas vezes pra aquelas pessoas que não, que não falam, não entendem bem o português, eu vejo essas duas potencialidades como fundamentais aí no controle da tuberculose. (GDI1).

O agente indígena de saúde que é um indígena daquela população compor essa equipe, também, a gente pode considerar uma potencialidade, né? Pelo fato dele ser uma pessoa indígena que convive naquela comunidade, que, que conhece os hábitos né? Ele pode ter uma agente né ali, que vai contribuir pra que aquela equipe consiga chegar mais na/nesses indígenas, ter o poder maior de convencimento né? Pra que ele possa tá aderindo (..) a fazer a busca, fazer o tratamento né? (GDI2).

Estabelecimentos de parcerias né? É, porque sozinhos não damos conta. Então acredito que a potencialidade faz/acontece quando as pessoas propõem a fazer, acho que as pessoas é que fazem a diferença, né? Então se as pessoas estão dispostas e sensíveis às situações, (..) dispostas a trabalhar é possível fazer acontecer, e ter a comunicação fluida entre todos os pontos de atenção, em toda rede de atenção, né? Pra que o paciente não se perca nesse caminho, seja ele indígena ou não, né? (...) acho que as pessoas são os principais potenciais que temos. (GE2).

E na verdade assim, a questão da, que trabalhar uma equipe multi assim é bem... é bem é desafiador, assim, pra todo mundo (...). Acho que cada um com o seu conhecimento, mas assim, em equipe rende mais. Assim quando você olha pra grandeza do ser humano, nunca uma profissão vai da conta sozinha, (...). (GR8).

Essas potencialidades, assim, o que eu vejo, que há ainda um comprometimento de alguns membros da equipe indígena né? A gente tem um comprometimento de alguns membros, mas demanda de muita burocracia né? Então a gente sabe também eles não podem fazer tudo sozinho né? Então as vezes a gente tem empenho de alguns e não empenho de outros né? Seria uma das questões. (GM6).

As potencialidades! Então seria que, de a equipe ela tem essa adesão do paciente, desde o início, né? Até o final do tratamento, então começa dentro da aldeia e finaliza com a cura né? Então a equipe de saúde dentro da aldeia, é a porta de entrada e a porta final pra que isso seja garantido, então, iniciou o tratamento, terminou o tratamento, realizaram os exames pra confirmatório né? Se curado ou não, então do início até o final. (PEnf.4).

Então, o principal, agente auxilia a equipe no controle da tuberculose, é o agente de saúde mesmo, porque é ele que está vivendo entre a população, ele que está acompanhando a questão das queixas do paciente é, dos sintomáticos e ele repassa toda essa informação pra equipe. (PMed.2).

Observamos que paradoxalmente os trabalhadores têm sido “apontados como potenciais sujeitos de” mudança e de reformulação das atuais práticas de saúde e deveriam ser valorizados; no entanto, vários discursos denunciam dificuldades relacionadas ao déficit de recursos humanos, rotatividade e precariedade de recursos para a prática assistencial.

Estudos apontam queixas frequentes de falta de valorização profissional e apoio institucional nos ambientes de trabalho, essas queixas geralmente se remetem à sobrecarga de atribuições e deveres, às condições estruturais inadequadas para o trabalho em saúde,

falta de valorização e reconhecimento entre outros (MACHADO et al., 2007; NAVARRO, GUIMARAES; GARANHANI, 2013).

O reconhecimento e valorização dos profissionais é fator primordial para motivação, satisfação do profissional e estabelecimento de relações saudáveis no ambiente de trabalho, visto que ambos podem afetar consideravelmente a harmonia e estabilidade profissional. (LOPES, 2005; FADEL et al., 2008; NAVARRO, GUIMARAES; GARANHANI, 2013).

Em alguns cenários observa-se uma dificuldade de se perceber como parte do todo, do coletivo de trabalho. Essa percepção exteriorizada interpreta o comprometimento profissional como passivo e determinado pelas condições de trabalho, padronizações, controles e meios oferecidos aos profissionais na prática assistencial, vinculado mais ao financeiro do que ao conteúdo humano.

Mesmo com a facilidade de disseminação da informação, o desapego emocional e de possíveis conteúdos humanos transcende perspectivas sociais. Intensifica-se a exigência de um trabalhador mais reflexivo e criativo num cenário de precarização de condições de trabalho e relações, o que inviabiliza/dificulta as redes de solidariedade entre os diferentes pontos de atendimento ao indígena adoecido por TB. Nessa ordem impera o individualismo em detrimento da solidariedade e construção de projetos coletivos de saúde. O sentimento de impotência e ressentimento mediante as barreiras estruturais, sociais, individuais e institucionais, podem provocar sofrimentos decorrentes da incoerência entre as ações a serem realizadas e as convicções das pessoas e os fazeres efetivados.

*Existe, existe porque o seguinte, **todo o local tem profissionais e profissionais né?** As vezes você pega um colega de trabalho da nossa equipe: dentro da aldeia e dentro do município, que realmente ele vai chegar lá disseminar ou seja, descentralizar o tratamento desse paciente. Não só para o paciente, mas também para equipe dele, mas nós também temos dificuldade do profissional pegar o estudo, pegar todo o jeito de trabalhar e chegar lá e não repassar, que não é objetivo do programa. (GR4).*

*(...) as equipes de atenção, tanto nossa quanto da aldeia, eu vejo que hoje tá **muíto mais comprometida**, ah, desenvolver ações né? Pro combate de outras doenças, e até a redução da tuberculose. E com a população lá, talvez até como eu não convivo, talvez possa até, tá errada né? (...). (GM5).*

(...) a enfermeira, por exemplo, ela chega, ela não tem um esparadrapo pra mandar a técnica fazer curativo, ou uma gaze, ou uma tesoura para cortar para esterilizar, não tem, não tem o que fazer, então ela acaba cumprindo horário para ir embora. As vezes falta uma caneta para fazer uma anotação, ou leva de casa ou ela não trabalha, entendeu? Então junta a falta de subsidio de trabalho, de material mesmo, com que acaba desmotivando o profissional, que daí o

profissional acaba se tornando aquele profissional de 30 dias. Tô trabalhando pra receber meu salário e ir pra casa, vai de manhã e vem a tarde, e, acaba não se comprometendo. Fazem! É feito! São feitas as atividades, são feitas as vacinas, é feito, mais, não tem como, a comunidade é longe da sede, aí das unidades disponível, aí ela não vai andar 5, 6 km atrás de uma criança que não vacinou né? E daí os AIS indígenas também acabam sendo a particularidade da (inaudível) e falta de interesse. (GM7).

Então, eu coloquei aqui alguns pontos, que seria a rotatividade de profissionais na aldeia indígena, o comprometimento da equipe com a população indígena, a busca ativa de casos novos, e uma: e as unidade de referência, tanto para atendimento especializado, quanto pra exames mais específico, (GM6).

Essa realidade pode induzir os profissionais a se sentirem vitimados pelo próprio sistema de saúde, o que sugere também a possibilidade de que

os profissionais sintam-se também limitados para lidar com problemas sociais graves e com raízes tão profundas, e que naquele momento do atendimento estão representados, o que pode vir a transformar-se, ao longo do tempo, em forte sentimento de acomodação e tendência ao automatismo no lidar com o outro (MACEDO, 2007, p. 36).

Para além dos desafios enfrentados pelas equipes na saúde indígena, Martins (2017), expõe contradições entre as percepções dos profissionais e suas alusões sobre o trabalho na saúde indígena. Sobre isso, os profissionais trazem consigo experiências prévias do campo profissional e também expectativas no novo trabalho. Nesse sentido o trabalho em terra indígena é uma especificidade não habitual, é algo novo e induz os profissionais a imaginários a respeito desses povos carregando e reproduzindo os pensamentos sociais no qual está inserido (MARTINS, 2017).

Por vezes prevalece a visão estereotipada do índio puro, inocente, ignorante, reforçada historicamente desde o período colonial, constituindo um impasse à percepção desses povos como históricos e autônomos (LIMA, 1995; GOMES, 2012). No trabalho em saúde, esse fato compromete e implica nas atitudes dos profissionais frente às situações do cotidiano no contexto da saúde indígena (SILVA, 2013).

Considerando que a maioria dos participantes desse estudo são enfermeiros é importante mencionar que esses profissionais assumem uma atitude particular na assistência ao indígena. Sobre isso, acredita-se que devido ao contato contínuo desses com os indígenas, suas práticas acabam compenetradas pela lógica tutelar (SILVA, 2014).

Em contrapartida, os motivos que levam o profissional a trabalhar na saúde indígena são variados; entretanto, podem sugerir uma relação mais subjetiva o plano pessoal ou

profissional. Sobre isso, esses espaços podem oferecer mais do que uma oportunidade de emprego com remuneração superior ao esperado na região, de maneira comum à própria diferença tem se mostrado como atrativo à esses profissionais, tendo em vista os desafios e limites pessoais e profissionais a serem superados e a oportunidades de conhecer (MARTINS, 2017).

A insatisfação dos profissionais e o sentimento de impotência estão relacionados a fatores principalmente estruturais que dificultam a atenção e controle da TB na população indígena. Atribui como desafios e fragilidades do sistema nos micros e macroprocessos, aspectos da gestão dos recursos e os arranjos institucionais. Esses fatores centralizam-se na precarização das condições de trabalho, sobrecarga de trabalho, rotatividade dos profissionais, distanciamento geográfico e logístico, os quais interferem no processo de trabalho e também na vida desses profissionais. Isso aponta para a necessidade de melhor estrutura física, garantia da disponibilidade de materiais e insumos, a redução na sobrecarga de trabalho, fortalecimento dos vínculos trabalhistas seguros, valorização profissional entre outros.

A equipe eu acredito, que deveria ser constituída: por uma equipe multidisciplinar, né? Em todos os níveis né? Seja estadual municipal, regional e municipal, porém o que a gente vivencia no momento é um desfalque de pessoal né? É o que a gente vê, é o profissional de enfermagem atuando ali né? mais diretamente, nessas em todos os níveis, em relação a vigilância em saúde né? Não esquecendo de outros né? Que a gente sabe de outros, de outras realidades onde têm profissionais que nem (...) que não tem a sua formação específica na área de saúde, mas, mais está atuando na vigilância. (GR3).

(...) a gente não conseguiu treinar ninguém, devido uma desestruturação do nosso serviço aqui, tá. Nós viemos de uma desestruturação que está se arrastando, (risos) e nós estamos ficando em três, né? (GM3).

Bom reforçando a questão de, ainda de equipe, eu acho que o recurso humano deveria ser assim melhorado nesse sentido nas equipes, porque hoje a gente faz tudo, tudo que é que se tem de programa com pouca gente né? Então, acaba sendo até superficializado esse olhar pra TB, e se a gente foca muito na TB nós não tratamos das DSTs, se a gente foca na DST, podemos esquecer lá no hiperdia, então a gente corre atrás assim, de certa forma do prejuízo né? (...) é assim por questões claro de logística, de recurso humano, de enfim né? De estrutura né? E talvez a gente não precisa, tem aldeias que falta carro, o principal motivo, principal queixa na aldeia que falta carro. Pra nós a gente tem o carro, então nossa queixa, já não é mais o carro, é outra coisa que poderia né? Ser mais prioridade, e hoje a gente vê que nós temos uma falta, assim, de pessoal mesmo, de recurso humano pra podê trabalhar melhor, especificamente cada com cada tema que a gente tem né? e hoje a gente, praticamente executa os programas de saúde, dentro da área de saúde pública né? (...). (PEnf.2).

Os desafios com os recursos são reativados, podendo o profissional se deparar com estruturas de trabalho boas e organizadas ou não a depender da localidade em que esse profissional desempenha suas atribuições (MARTINS, 2017). Principalmente o trabalho do enfermeiro emergido nesse campo é elencado como diferente e difícil, sendo exigidas e indispensáveis as habilidades técnicas e pessoais e lhe conferido maior autonomia profissional e responsabilidade (MARTINS, 2017); entretanto denuncia-se a permanência de um trabalho fragmentado com distanciamento entre quem planeja e quem executa as ações, conformando a divisão técnica e social do trabalho.

Nesses lugares o trabalho em equipe é essencial, não existe espaço para equipe agrupamento. Sobre isso, o trabalho em equipe se constrói a partir da relação de trabalho e interação, está condicionado a relacionamentos interpessoais saudáveis, comunicação dialógica, integração e articulação das práticas dos profissionais (PEDUZZI, 2001).

O modelo de organização do trabalho na APS das comunidades indígenas para a atenção à TB prioriza a eficácia simbólica e processo de comunicação entre os profissionais e usuários dos serviços. Notadamente as equipes de saúde indígena têm a sua atuação delimitada por uma lista de atribuições e/ou itinerários pautada num modelo de assistência medicalizante e verticalizada com foco na produtividade.

*Pra não haver discriminação né? De ambas as partes eu acho, **nem do profissional de saúde discriminar um indígena, quanto do indígena discriminar o profissional que quer oferecer um tratamento né? Adequado pra situação dele.** (GE2).*

Ah, é uma população delimitada, né? Delimitada não, quantificada né? que a gente sabe que ela tá ali né? Mais não sei se o vínculo, a gente tem o acesso fácil. O agente indígena de saúde ajuda, se é do meio deles e equipe específica para aquela área, melhora o acesso. (GM3).

*A gente sempre procura o agente indígena de saúde, ou até mesmo uma pessoa da liderança, ou alguém que tem uma melhor conversação com deles né? Passando do português pro Guarani, através do Guarani, **pra eles entenderem bem como que é feita a coleta, como que tem que fazer, pra ter uma qualidade na coleta, (...).** (PEnf.2).*

Então, igual te falei terça e quinta é atendimento médico, o médico tem que atender 4 aldeia na terça de manhã, e quatro aldeia na quinta de manhã, mas não tá conseguindo porque a população aumentou entendeu! E não tem como você fazer um atendimento em 4 aldeia das 8 ao meio dia, então aqui é uma realidade bem diferente! As vezes tem medicação no carro que a gente leva na caixa, ou as medicações que não tem ali eles vêm na farmácia pra tá buscando. (PEnf.6).

É evidente a concepção da atenção diferenciada ao público indígena no modelo de organização dos serviços e na composição de EMSI (BRASIL, 2002), o que busca atender às diferentes maneiras de organização dos povos indígenas; existe portanto, um respaldo das concepções dos indígenas na saúde indígena, já a saúde indigenista se constitui de conhecimentos científicos ocidentais direcionados aos indígenas a partir de ações de programáticas de saúde. (BRASIL, 1999a; GRUPIONI; VIDAL; FISCHMANN, 2001).

No contexto operacional, nota-se a compreensão do processo saúde/doença e eficácia simbólica. Salienta-se a necessidade de intervenção a partir da realidade local, com ênfase no ambiente social, cultural, ambiental e distanciamento geográfico, dos quais emergem as condições de vida da população em foco, influenciam nas condições e recursos e tecnologias necessárias para a operacionalidade da assistência e o estabelecimento de relações congruentes com foco na resolubilidade da assistência.

*Pode ser que não lembramos agora, mas existe vários, que compromete esse acompanhamento, compromete o tratamento ou a qualidade dele né? **Pode ser que tá ocorrendo o tratamento, mas a gente não pode dá certeza que realmente está com a qualidade que deveria, a gente confia no agente saúde confia que a paciente tá tomando aquele comprimido, a gente confia que ela tá se cuidando vamos dizer assim, de certa forma pra não tá visitando, pra não fazer as visitas ali, enquanto tá né numa situação que pode tá transmitido. A gente confia né? (PEnf.2)***

*É que aqui por ser uma equipe volante, uma equipe pequena, e o número de aldeias ser grande, de 8 aldeias, então o atendimento é feito semanal” assim de consulta médica, e o restante da equipe faz o atendimento é diário né? semanal. **[Para Senhor é mais, daí seria quanto ((aldeias))?] Treze ((13)) P: [E para restante da equipe?] Oito ((8)).[E essa equipe são quantos profissionais?] Uma enfermeira e duas técnicas [Em que lugar o Senhor realiza as consultas?] Numa casa, em baixo da árvore ou dentro do carro. (PMed.2).***

O confronto entre Planejamento e Avaliação em Saúde parece servir à expansão gerencialista, no contexto de reformas da gestão pública baseadas quase que exclusivamente no desempenho. No entanto, importa resgatar o que essas duas importantes subáreas e respectivos acúmulos teóricos e metodológicos têm a contribuir no contexto de precarização das relações e dinâmicas de trabalho e do próprio setor Saúde na atualidade (FURTADO et al., 2018, p. 9).

As dificuldades e desafios enfrentados pelos profissionais são atribuídas à alta rotatividade dos profissionais influenciada pela gestão de RH e gestão da política do subsistema e da rede geral, a desestruturação das equipes de trabalho, a necessidade de capacitação/treinamentos para o controle da tuberculose de maneira geral e também focalizadas no indígena, como também a sobrecarga e precarização do trabalho.

Bom, o que a gente tem visto, é, por conta da rotatividade da equipe ha sempre a necessidade de atualização e capacitação né? E tão quando com a descentralização são muito mais equipes e muito mais profissionais envolvidos no controle da TB né? (GE2).

(...) bom, eu acho o seguinte, nós temos como tava falando antes, temos profissionais e profissionais. Têm profissionais que você passou a orientação, realmente ele desenvolve que é um abençoado de bem, mas tem sempre tem aquele que tem essas dificuldades de descentralizar o tratamento e de acompanhar o paciente, mas a gente não temos o que reclamar em termos de coordenação municipal, tem sempre a dificuldade porque nós temos muita troca de profissional. (GR4).

E RH também, muita mudança de profissional, as vezes ele com aquele conhecimento, capacitado/já se capacitou e de repente tira ele e põe daí (inaudível), é lógico que ele vai levar o conhecimento junto, mais ali, acho que no momento ali, cê sabe, fica bem complicado. É lógico que ele vai ser útil lá, mas eu acho que ele tinha que ser ali. É um baque. (...) Tem municípios que a gente já teve situações onde a cada 6 meses era um coordenador diferente então a pessoa entrava, não sabia nada daquele assunto, tinha que aprender tudo, quando tava começando a pegar mudava de novo, mas hoje graças: né (...). Igual agora, nós estamos sem coordenador né? tava aqui a menina saiu, pra quem que eu vou pedir socorro? Aqui! Fazer a aproximação né (...). (GR7).

Isso, mas a questão lá, nossa! Principalmente as referências né? Assim em (município) mesmo, o doutor (Fulano) sabia tudo e era maravilhoso, aí de repente tiraram ele daqui botaram aqui! (gesticula com as mãos os lugares) no lugar onde ele nem (...). Sim, então tem isso e daí a questão além da sobrecarga essa rotatividade mesmo, assim mesmo, assim nossa! Daí a gente vê em todas as áreas mesmo. (...) porque assim olha como a gente vem trabalhando e eles vão vivenciando, eu acho que tem um crescer. Claro que eles vão levar esse conhecimento pra outros locais né? Aí de repente troca, e dá uma quebrada. A gente vê nessa troca desses médicos todos, eu queria que você visse o quanto que subiu a mortalidade infantil e fetal. Por exemplo questão de internamentos. (GR8).

A Regional de Saúde, ela vem até a pedido nosso, ela vem é, é, vendo a preocupação que a gente tem em capacitar, até porque nossas equipes, elas têm uma rotatividade grande. (GM4).

Então, eu coloquei aqui alguns pontos, que seria a rotatividade de profissionais na aldeia indígena, o comprometimento da equipe com a população indígena, a busca ativa de casos novos, e uma: e as unidade de referência, tanto para atendimento especializado, quanto pra exames mais específico, (...). (GME).

E a questão de recursos humanos e financeiros, como que?

É muito pouco, em questão de recursos humanos, é: os recursos humanos é falho hoje, em todas os ramos, em todos os locais, porque a gente poderia fazer um trabalho muito melhor, se nós tivéssemos pelo menos um profissional a mais, trabalhando na equipe. (...) o AIS, ele é um agente indígena de saúde, ele sabe vamos dizer assim é transfalar na linguagem deles, a gente explica pra ele, ele explica pro paciente, né? Em Guarani. Mas ele não tem um conhecimento de

*causa, então assim, seria muito importante, eu acho que nesse sentido o recurso, que se tivesse mais profissionais trabalhando dentro das áreas indígenas, é: ficaria mais, ficaria acompanhando mais de perto toda população, então recursos humanos em si, a pergunta em si né? **O recursos humanos é falho sim, falta. (PTE1).***

As dificuldades voltadas aos recursos humanos e más condições de trabalho são reconhecidas pela gestão municipal, regionais e profissionais. Observa-se que se principalmente a rotatividade se repete em vários fragmentos como desafiador para a atuação na saúde indígena e sucesso das ações. Foi observado em outros cenários que as influências das más condições de trabalho, falta de estrutura física e recursos humanos, ainda é uma realidade em vários cenários; somando-se a isso, as dificuldades com distanciamento geográfico e de acesso físico podem resultar em rotatividade (MARTINELLI, 2012; TEIXEIRA et al., 2014; SILVA et al., 2015). Outro fato são as formas de contratação e a aceitação do profissional pelo indígena (MARTINELLI et al., 2012).

*E essas pessoas que atuam lá, mesmo médico etc., tem cê veja, esse grupo aqui de Nova Laranjeiras teve uma aluna que fez medicina, aqui na UNIOESTE, ela também eles têm cotas também, eles não precisam fazer vestibular nada, porque eles têm direito, teve uma outra aluna que não conseguia progredir, essa conseguiu e se formou. Mas daí o que aconteceu? Ela, meu marido da: da aula mais pra frente né? Mais pro final do curso, disse “não professor eu não vou mais voltar pra aldeia porque lá não tem nada eu vou pra Curitiba”, daí ela começo a namorar um menino não sei né? Ela morava lá (pros lados de Curitiba). Então nem isso a gente consegue estabelecer o vínculo, ele (inaudível) eles têm uma outra: visão, uma outra: experiência de vida, **ela fez uma outra opção, mas não necessariamente ela voltou pra aldeia, então quem entendia dos costumes e poderia ajudar também não ficou ali, e é difícil você enraizar essas pessoas, muito difícil! (GR1).***

*E a questão das equipes muito reduzidas eu acho que é uma fragilidade grande mesmo, que é um assunto que tá todo mundo sobrecarregado, tô falando da Atenção Primária, mas aí quando a gente olha pra vigilância é a mesma coisa né? Acho que isso é uma fragilidade imensa assim pro profissional, muito sobrecarregado e isso é geral. (...) **[Sobre concurso para os profissionais?] Sim! Segura por um pouco, mas não tanto, porque também aí a gente vê salários baixos que o profissional/o profissional vai procurando outra oportunidade, assim com todo o direito. E grandes profissionais excelentes, só com todo o direito de procurar né? E ganhar mais claro, nossa! E eu acho que o principal é isso, a gente daí não podemos falar que é falta de recurso, mas também tem a gestão muito política partidária, eu acho que isso fragiliza também, também. Muito a gestão que não é profissionalizada, isso a gente vive aqui dentro da regional né? Então assim, mas a gente consegue sabe, dominar o negócio, mas os municípios sofrem muito, é assim. O gestor lá que é o motorista, que fica carregando paciente pra cima e pra baixo, e a equipe lá abandonada, sabe?***

Então, acho que esse fragiliza um bocado também, porque as equipes precisa ter apoio né? Respaldo do gestor precisa né? Que mais? (GR8).

*Então, eu acho assim, a gente é passinho de formiga eu falo a descentralização, porque eles já tão bem acarretado, **uma sobrecarga de trabalho bem grande, todas as equipes eu falo, inclusive o Sesai né?(...)** Eu acho que **uma dificuldade grande é a quantidade de população e o número de funcionários**, por que eles também estão bem sobrecarregados de atividades. Então, assim, eles tentam na medida do possível fazer a atividade que é que a gente solicita, né? (GM8).*

*Eu acho que um dos desafios seria a longidade das aldeias né? **As aldeias são todas longe né? Assim algumas de difícil acesso**, então acho que seria um dos desafios da equipe para chegar até a aldeia. **Uma fragilidade seria assim, a questão da falta de treinamento pras equipes né? De sinais e sintomas de tuberculose**. E outra fragilidade seria o alcoolismo, tabagismo. (PEnf.3).*

*(...) **as vezes, algumas equipes acabam ficando mesmo, sobrecarregadas em cima de tantos programas e o atendimento da população, e também a realizada em loco**, isso, não que seja um problema, mas é uma fragilidade porque acaba as vezes, a demanda da equipe se tornando, é... um pouco sobrecarregada em cima disso, então acaba, acumulando programas, acumulando trabalho, e as vezes a equipe acaba, pela demanda, pelo recurso humanos as vezes não ser o suficiente, acaba tendo um pouco de problema. (PEnf.4).*

*É eu não diria esquecer, eu diria que vamos, assim! Não se encaixaria no tempo hábil, (...) porque **a gente tem o tempo horário de trabalho, então o horário de trabalho da nossa não é não é condizente com as atividades que deve ser registradas e efetuadas dentro da saúde indígena**. Se você é colocar cronologicamente, no relógio, tal atividade, todas as que se deve realizar dentro da aldeia, em atenção à TB, a atenção da saúde da mulher, em acompanhamento nutricional, etc e tal, hiperdia, tá! Tudo! Não encaixa, não fecha horário pela quantidade de profissional então assim, poderia ser fazer um trabalho muito melhor, talvez (...). (PTE1).*

Observa-se que foi reforçado pelos entrevistados o déficit de profissionais médicos e o embate e consequências que a rotatividade tem representado para o controle da TB e a concepção hegemônica dessa categoria profissional frente ao demais profissionais na perspectiva dos gestores. Na forma como os discursos aparecem, o termo médico sempre é o primeiro citado seguido da categoria profissional correspondente ao entrevistado, na maioria dos casos a enfermagem. Lógica interessante merecedora de destaque nas discussões, já que na especificidade da saúde indígena em termos qualitativos e quantitativos o enfermeiro assume um papel fundamental e complexo na operacionalização das ações de assistência à saúde, coordenação das equipes de saúde, monitoramento e informação em saúde, conforme evidenciam os estudos: *o trabalho do enfermeiro na Saúde*

Indígena: desenvolvendo competências para a atuação no contexto intercultural (MARTINS, 2017) e *assistência à população indígena: dificuldades encontradas por enfermeiros* (MARINELLI et al., 2012).

A enfermagem é uma classe que tem mantido esforços para prover assistência aos povos indígenas, estando na linha de frente na superação dos diferentes desafios impostos pela interculturalidade nas diferentes etnias, distanciamento geográfico e condições adversas de trabalho (MARINELLI, 2012).

Sobre a rotatividade e demanda de profissionais médicos, os recortes contribuem com o posicionamento de gestores na perspectiva do PMM e reflexos das formas de contratação.

*Daí o próprio ministério não colabora né? Acho que, por exemplo o Mais Médico, eu acho assim, que foi uma grande, é uma grande ação, só que são contratos de três anos, quando eles começaram aprender tudo... **Agora a gente teve 57 médicos que foram embora e vieram tudo novos, tudo uns nenenzinhos recém formados, que merece toda oportunidade, claro que sim, mas completamente cru, nunca atenderam, aí você recomeça tudo de novo. Pensa, aí como que eles vão conseguir reconhecer por exemplo o sintomático. Nossa gente! É, eu acho que é muito sofrido, assim, mas ao mesmo tempo faz parte do movimento humano né? Eles sempre têm que tá, sabe. [Uns vai, outros vem!] (GR8).***

*Então a gente teria que ter mais intermédio da população, porque a força tarefa foi em si legal, mas ela tem consequências, tem tipo reação e reações né? Então essas consequências não existiram frente disso, **devido a contratos com os funcionários, as mudanças de funcionários, e a gente ainda não conseguiu atribuir a, descartar a doença nesses reatores fortes pra gente fazer pode fazer as quimioprofilaxias (GM6).***

*E a equipe também (...), **uma grande rotatividade de funcionários, de médico, agora mesmo está sendo, vai ser trocado o médico, não sabemos ainda quem vem, quando vem, porque vence o contrato dia 20 né? No próximo dia 20, da médica que está lá na clínica geral né? E daí a gente não sabe como que é a formalização do novo contrato. Então a gente não sabe quando que, a reserva vai contar com o médico atendendo lá, (...)** (GM7).*

Nesse sentido, entendemos que a depender das formas de contratação, o vínculo empregatício pode se traduzir em potencialidades ou fragilidades na continuidade das ações de atenção à saúde nas comunidades indígenas e na política de qualificação dos profissionais da saúde indígena; esse assertiva alinha-se aos achados de Chaves, Cardoso e Almeida (2006) no sentido de que um dos pontos favoráveis à execução das ações de saúde indígena foi o fato da maioria dos profissionais da EMSI serem concursados ou com contratados sob o regime estatutário.

Os discursos sugerem que as formas de contratação não governamental, vínculos empregatícios temporários ou ainda regidos pela Consolidação de Leis do Trabalho (CLT) têm impactado negativamente na continuidade das ações de saúde. Uma estratégia interessante para amenizar as dificuldades impostas pelo vínculo temporário utilizada em Angra dos Reis foi a previsão de “mecanismos locais de recontração desses profissionais com base em convênio específico entre a Prefeitura e o Conselho Municipal de Associações de Moradores, pagos com repasse de recursos do MS, a fim de prevenir entraves burocráticos para a manutenção desse quadro técnico” (CHAVES; CARDOSO; ALMEIDA, 2006)

Em relação à disposição de profissionais médicos, algumas iniciativas governamentais têm recebido incentivos para sua efetivação. A título de exemplo, citamos aqui o Programa Mais Médicos (PMM) que também teve médicos alocados em territórios indígenas (SILVA et al., 2015; COATES; MARCHITO; VITTOY, 2016; FONTÃO; PEREIRA, 2017).

Cabe ressaltar que no ano de 2019 evidenciamos determinada desestruturação do PMM; nesse sentido a Atenção Básica esteve à beira de um colapso devido à deserção de médicos brasileiros que vieram substituir vagas anteriormente ocupadas por médicos cubanos do Programa. O fato da medicina no Brasil ainda ser uma profissão elitizada, o país encontra dificuldades de empregar médicos em regiões pouco estruturadas, inóspitas ou ainda regiões mais periféricas e distantes do Brasil; essa falta de reposição de profissionais médicos tem causado interferências na atenção a saúde da população, principalmente em regiões mais carentes (VILAS-BOAS, [2020]).

Na saúde indígena o PMM têm contribuído nos atendimentos médicos em comunidades indígenas nos 34 DSEIs desde 2015 com algumas iniciativas em 2013 (BRASIL, s/d). Esse programa atendeu de maneira emergencial a provisão da demanda de profissionais médicos ampliando a cobertura de atendimentos médicos em áreas indígenas, entretanto as limitações temporais do PMM e o modelo de atenção diferenciado e articulado de saberes representam um grande desafio a ser superado pelo SasiSUS (FONTÃO; PEREIRA, 2017). Em síntese, a “implementação do PMM e a presença de médicos cubanos permitiram avanços na (PNASPI) com resultados mesmo em curto prazo, restando desafios de ordem cultural, da integralidade em saúde e da sua sustentabilidade” (SCHWEICKARDT et al., 2020, p. 1). Entretanto, no início de novembro de 2018, a situação se tornou crítica com o fim da cooperação entre a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Cuba no PMM, visto que a saúde indígena perdeu 81% do contingente de

médicos. “Um déficit real de 301, do total de 372 médicos que atendiam a população indígena no Brasil”. Em síntese, com menos médicos, a saúde indígena permaneceu deficitária após término das inscrições dos médicos brasileiros com 63 vagas não preenchidas, o que afeta consideravelmente os atendimentos médicos nos DSEIs (CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO, 2018).

Neste bloco discursivo: **as equipes de saúde no controle da tuberculose**, os depoentes abordam a composição das equipes alinhadas aos pressupostos da PNASPI, elencaram a importância do trabalho em equipe multiprofissional do tipo integração; entretanto, vislumbra-se ainda a hierarquia e hegemonia de determinada categoria profissional que media os processos de trabalho. Os profissionais reconhecem avanços no contexto da saúde indígena mais ainda mantém um imaginário de superação dos desafios, fragilidades e dificuldades encontrados no atual cenário. Sobre as dificuldades elencaram os desafios enfrentado pelas EMSI no quesito recursos humanos, materiais e infraestrutura para o atendimento na APS e controle da TB nesses cenários e a necessidade de capacitação e treinamentos.

7.1.3.3 Vulnerabilidade e o controle da tuberculose

Segundo o PNCT a população indígena é reconhecida como um grupo vulnerável que apresenta risco elevado de adoecer por TB (BRASIL, 2019). Sobre isso, os registros denunciam que a Tb representa uma herança histórica e um dos maiores infortúnios da população indígena, que levou a altas taxas de morbimortalidade além de outras doenças que historicamente foram registradas a partir do processo de colonização do Estado brasileiro (RUFFINO-NETO, 1999; ESCOBAR et al., 2001; NGUYEN, 2003; BASTA et al 2004; MACHADO-FILHO, 2008; Walker; Hill, 2015; LONGHI, 2013), provavelmente adquiridas pelo contato com colonizadores europeus e ou de povos escravizados do continente africano (GUEDES et al., 2018). Do ponto de vista da história das políticas de atenção a saúde da população indígena compartilhava a ausência de proteção social e consequentemente a falta de acesso aos serviços de saúde (COSTA, 1987; NUTELS, 1968; 1967; 1962; 1961; 1960; 1950).

Outro aspecto a considerar trata do alinhamento de estudos que evidenciam as desigualdades, iniquidade e inequidades na saúde com a alta carga de TB expressas nesses

povos (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007; SANTOS et al., 2008; MELO et al., 2012; CRODA et al., 2012; MALACARNE et al., 2018).

Os profissionais reconhecem a população indígena a partir de sua vulnerabilidade, referenciadas pelas normatizações do PNCT.

O manual esse de controle da tuberculose que veio agora em 2018, ele coloca a população indígena como população vulnerável, e daí dentro deste manual existe um capítulo falando dessa população, (...). (GE1).

(...) porque é uma população de reconhecida vulnerabilidade, então é tratada como uma população vulnerável e que merece uma atenção especial, (...). (GE2).

Nós procuramos abordar a questão das populações vulneráveis, e entre elas os indígenas, então sempre estamos falando sobre a atenção, o olhar diferenciado que todos os profissionais deve ter com essa população (...). (GE2).

Com essas ressalvas né? do manual mesmo que onde que tem essas populações é existe né? o atendimento específicos a populações vulneráveis e a população indígena ela é caracterizada como uma população vulnerável, então essa articulação ela é realizada é com a Atenção Primária né? nível de Atenção Primária, no nível municipal, regional e estadual né? (GR8).

Segundo os discursos, os profissionais e gestores reconhecem o risco dos indígenas em adoecer por TB, atribuindo características individuais e de segregação social desses povos indígenas, fato que corrobora com Lacerda et al. (2014) ao afirmar que os indígenas são mais vulneráveis em adoecer por TB do que outras raças. Nesse contexto, as condições de vida são basilares, já que a TB ainda é uma doença que estabelece forte relação com as condições de vida das pessoas e as condições de vida dos indígenas têm deixado este grupo mais propenso à ocorrência de tuberculose (PEDRO, OLIVEIRA, 2013; BASTA et al., 2013). Por isso, a redução das desigualdades socioeconômicas, a vigilância epidemiológica, o diagnóstico precoce, o tratamento adequado e a adequação dos programas de controle da TB às realidades locais são fundamentais para a redução da mortalidade e morbidade por TB (PEDRO; OLIVEIRA, 2013).

Na medida do possível é inserida dentro do fluxo de atenção à pessoa com TB, mas é entendido a vulnerabilidade e especificidade da pessoa que tem a, que é indígena, né? no caso(...). (GE2).

As ações que a gente faz na, que tem algumas campanhas que a gente faz, né? de tuberculose, de combate a tuberculose, diretamente na aldeia indígena, por eles terem mais, é baixa imunidade deles, porque eles se alimentam com mais dificuldade, a própria condição da etnia deles, eles as vezes tem alguns problemas com alcoolismo, então são todos problemas que desfavorecem as condições do indígena na tuberculose. Então a como nós temos assim um olhar mais diferenciado com aldeia nesse sentido, que tem algumas doenças que eles tem mais suscetibilidade mesmo (...). (GM5).

Então a enfermagem em si, até a gente comentou que esse ano, a gente quer fazer mais periódico, mais pelo menos a cada 60 dias, os coordenadores dos ESFs convidados da aldeia indígena, quem coordena é a enfermeira que é responsável por sempre tá em reuniões, não só para TB, mas demais assuntos, né? pertinente aos demais agravos, mais a TB é uma das que a gente sempre bate em cima para novas coletas, para aumentar o número de suspeição da TB, devido que também, a gente sabe que lá a proporção deles ter TB é 3 vezes ou 10 vezes maior, acho que 3 indígenas e prisioneiros são 10, né? Então a gente bate muito (...) (GM6).

Então, a busca ativa, visita domiciliar (...) busca ativa nos comunicantes, naqueles que ou até aqueles que já tiveram tuberculose, quem sabe naquela família também, né? Então procurando nesses. Aos que são de risco também, né? esses que vivem mais para fora da aldeia, né? Digamos assim, que tão vivendo lá fora, também é cuidado com esses que tem problema de alcoolismo, ver que tá com emagrecimento alguma coisa assim, já é realizado a coleta, né? (PEnf.5).

À luz da etimologia, o termo vulnerabilidade trata da conexão entre os vocábulos *vulnerare* que significa prejudicar, lesar, ferir (JANCZURA, 2012; MORAIS, 2010; ALMEIDA, 2010; PEREIRA JÚNIOR, s/d; NEVES, 2006; TEDESCO, 2008), e *bilis* que significa suscetível a (PEREIRA JÚNIOR, s/d), ambas se originaram do latim. Nesse sentido, segundo as reflexões de Carmo e Guizardi (2018, p.1), a vulnerabilidade é um termo “conceitualmente impreciso, (que) amplia a compreensão dos múltiplos fatores que fragilizam os sujeitos no exercício da sua cidadania.”; entretanto confere alinhamento à matriz discursiva da bioética, como uma condição humana (MORAIS, 2010) que expressa necessidade de ajuda; outro fato é o sentido de perigo ou ainda ser ou estar exposto a possíveis danos consequentes de uma fragilidade de cunho individual (MORAIS, 2010; CORRÊA, 2010).

O reconhecimento das potencialidades dos cidadãos como sujeitos de direitos e a necessidade de se descortinar as implicações estruturais que os colocam em situação de vulnerabilidade, requerendo organização para a exigência ao poder público de acesso mais igualitário a oportunidades, fazem parte de uma conduta que pressupõe esforço constante (GUIZARDI; 2018, p. 9).

Outro aspecto que devemos considerar são os contextos de injustiça social e desigualdades que os indígenas vivenciam (GARNELO et al., 2003), fato que os tornam suscetíveis a riscos de adoecimento (MONTENEGRO; STEPHENS, 2006; BARRETO; CARMO, 2007; CARDOSO et al., 2011). Sobre isso, reconhecidamente cabe refletir sobre os princípios do SUS, principalmente a equidade (BRASIL, 1990), e a diretriz de diferenciação na diferença postulado pela PNANPI (BRASIL, 2002), que no caso dos povos originários ainda não se efetivaram.

Os discursos trazem algumas peculiaridades e afirmações que se contrapõem à perspectiva da justiça social, que se contrapõe à ideia da igualdade. Há que se considerar que os indígenas, dado as suas características de inserção no contexto social, político, econômico e de modo de vida, não podem ser considerados tal qual a população em geral, tendo em vista que se situam em processo de marginalização frente às políticas de proteção social e de assistência à saúde; assim, devem ser considerados como desiguais na dimensão individual, social e programática da vulnerabilidade. Os discursos apontam para o desconhecimento de causa e da questão étnico racial.

Então o, a busca, a forma de abordagem, é igual para todos os pacientes de tuberculose. A gente até tem o conhecimento que é uma população de risco, porém a gente ainda não fez nada específico para essa população. Então, é por esse pouco tempo, a gente ainda não pensou, nem até conversamos com o profissional que está lá hoje, em estar buscando, né? fazendo essa busca de sintomáticos, que a gente tá pensando em incentivar na Atenção Primária do município, pra tá fazendo lá também. Porque lá, é uma população que tem uma gestão diferenciada da nossa, né? apesar dela tá inserida no contexto, é existe uma cultura diferente da nossa, né? Então, a gente vai ter que olhar diferente para eles (...). (GM3).

Essa perspectiva pode ser evidenciada em estudos sobre a política indigenista e de atenção à saúde dos povos indígenas, a partir de dados históricos e reflexões dentro de um contexto de profundas desigualdades e iniquidades, tais como: pobreza, desnutrição falta de acesso aos serviços de saúde, baixa escolaridade, baixa renda, elevada taxa de mortalidade e morbidade por doenças infecciosas e parasitárias, as quais em síntese denunciam serviços de saúde deficientes e ou condições socioeconômicas desfavoráveis (COSTA, 1987; BASTA et al., 2006; OLIVEIRA, 2010; BASTA et al., 2013; BRASIL, 2014; OLIVEIRA; ROSA, 2014; CASTRO; SAVAGE; KAUFMAN, 2015; DIEHL; LANGDON, 2015; BRASIL, 2016; MALACARNE et al., 2016; MORAIS; SANTOS; VILELA, 2018).

A perspectiva da vulnerabilidade, quando associada ao adoecimento da TB no indígena, é reconhecida nos diferentes cenários e relações. A esse respeito os profissionais tecem afirmativas baseadas em informações e experiências vivenciadas.

Sempre que temos a oportunidade de capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde e dos serviços, né? nós procuramos abordar a questão das populações vulneráveis, e entre elas os indígenas, então sempre estamos falando sobre a atenção o olhar diferenciado que todos os profissionais deve ter com essa população. desencadear as ações,(...). (GE2).

(...) a TB é uma das que a gente sempre bate em cima para novas coletas, para aumentar o número de suspeição da TB, devido que também, a gente sabe que lá a proporção deles ter TB é 3 vezes ou 10 vezes maior, acho que 3 indígenas e

prisioneiros são 10, né? Então a gente bate muito em cima, são um dos nossos maiores coletadores ainda de baciloscopia (...). (GM6).

Os processos de destituição de direitos fundamentais reafirmados pela iniquidade social, exclusão e discriminação, desvela a ausência de proteção social, da autonomia e transferência da responsabilidade sobre o processo de adoecimento ao indivíduo. Salienta a necessidade de inserção social dos fragilizados privados da potência de agir por mecanismos de dominação e manipulação (MENDES et al., 2018; DIEHL; PELLEGRINI, 2014; LANGDON; DIEHL, 2007; DIEHL; LANGDON, 2015).

E também é nós, como, né? trabalhando com a tuberculose nos participamos dos comitês, né? comitês de população em situação de rua, população em privada de liberdade, e essas populações que são vulneráveis estão dentro de um determinado comitê, que também chegam a nós, então é dentro desses comitês, que são apresentados algumas dificuldades ou algumas situações que são nos passado, e assim a gente também acaba por e ter mais conhecimento, e assim voltar nosso olhar pra população indígena, né? (...). (GE1).

*Sim, sim, há dificuldade com o diagnóstico, e depois com o diagnóstico, há dificuldade do tratamento, não só pela circulação, porque o medicamento ele é muito ruim de tomar. Se você comparar pacientes de hanseníase e tuberculose, eu já trabalhei com os dois, **o paciente da tuberculose é um paciente ruim, ruim** porque ele tem outros problemas de saúde junto, é alcoolista tá! é diabético é pessoa que não é diferente, é uma questão assim. Engraçado, **você trabalhar com tuberculose é frustrante porque tem abandono, tem dificuldade em examinar todos os contatos, é muito isso de uma forma geral, eu imagino uma população que é flutuante, eu sei que eles têm a aldeia, eles têm a referência, mas eles circulam bastante, eles têm esse hábito, né? faz parte da vida deles.** (GR1).*

*Eu acho que outra questão também, que a gente tem enfrentado é questão da desnutrição, que tem e que na verdade tem esse cuidado, não sei assim o município que você está pesquisando, Guaira como que tá, mas Diamante foi feito um programa especial de nutrição, **porque eles são uma população bem desnutrida, então talvez isso poderia influenciar na questão, porque uma pessoa que tá fraquinha, mal alimentada, meus Deus! mas talvez não sei, eu acho que isso também, sei lá! por ele ser indígena? Ou por ele não ter acesso ao alimento? É, ele não ter acesso ao alimento!** (GR8).*

*É muito difícil, e a saúde do índio tá cada vez pior, não só a saúde geral assim, estado de doença, mas sim, estado psicossocial. Nossa! Psicossocial o índio está muito doente. **Eu vejo assim, uma decadência muito grande, muito grande na questão dos índios da área indígena.** (...) esses dias, **queimou a bomba do poço e ficaram 40 e poucos dias sem água tratada, então, né? nesse verão...** É casos de diarreia, né? enfim, é desumano, junta tudo isso, **a falta de assistência por parte do governo federal, vamos dizer, que é que tá a coordenação, é fez uma regionalização e não cumpriu** (...). (GM7).*

(...) mesmo que ele seja um índio, né? Mas ele é humano, é tem as mesma dificuldades, né? é uma das populações vulneráveis, né? É o índio, é o índio tem seus problemas que as vezes não tá relacionado nem com eles, né? é outras

peças de é outras peças de fora, enfim, mas nós não temo não temo nada pra reclamar ou aumentar nem acrescentar, tá. (GM9).

Eu acho que a questão social fragiliza, a questão da pobreza fragiliza muito no nosso país, aí a população indígena, aí eu concordo que é uma população realmente muito empobrecida mesmo, acho que isso fragiliza bastante o cuidado, porque acho que a pobreza agrava tudo na vida de uma pessoa (...) (GR8).

É assim, não sei se seria o caso da nossa paciente hoje, que ela é aquela citei que temo histórico anterior de tratamento pra TB, porém, não temos comprovação de registro, mas segundo informação dela e do marido, ela já fez um tratamento por problema no pulmão, então ela deduz que seja. Então ela fez o tratamento dela aqui em 2017, só que ela aparentemente, ela é debilitada, ela é bem emagrecida, é uma pessoa que hoje tá, tem aproximadamente 37/38 anos, eu acredito que o peso dela hoje não seja maior que 40 quilos, né? Tá também por culturalmente ela faz benzimentos, ela é uma pajé, né? então ela faz muito uso de fumaça de cachimbo, de cigarro, né? tradicional. Então ela tá em constante é digamos assim ela tá com aquele aspecto de doente sempre, né? apesar do tratamento ter sido feito, ela ter repetido os exames de escarro, raio-x do tórax, tomografia, ela tem assim uma sequela bem grande, né? então ela tem hoje, eu acredito que se houvesse uma diferença ela seria uma paciente, que poderia está sendo encaminhada, né? pra melhorar, mais a qualidade de vida. (PEnf.2).

Como eles saem muito fora da aldeia, e eles tem uma certa fragilidade, eles é mais propício a pegar essas doença, né?, eles saem, tem contato lá com o bacilo e acaba desenvolvendo, né? (PEnf.3).

Tem uma população que, é, tá em constante migração, tem a população é, carente numa situação socioeconômica muito baixo, e muitas vezes eles são chamados pra trabalhar é no campo, chamados pra trabalhar na maça por exemplo, plantação de maça, lá eles vão pro alojamento, fechado, com grande número de trabalhadores. O local ali pode tá disseminando e contraindo também tuberculose, e aí retornam [essa é uma realidade daqui, dessa região?] Sim, e retornam pra suas casas já com os sintomas [já adoecidos né!] Uhum, é até a questão do do término do tratamento, as vezes tem um, eu já vi assim caso de pacientes que iniciava o tratamento mas interrompiam justamente por ter que é se deslocar pra outro estado pra trabalhar, então eles é paravam de receber a medicação, porque o o controle era feito em determinada cidade, ele não tinham mais acesso à medicação pra TB [ele parava por causa de acesso, o senhor está falando da região aqui?] Isso era no mato grosso do sul ((exemplo de limitantes do acesso ao tratamento)). (PMed.2).

Vale ressaltar que um dos avanços na atenção do indígena, foi a criação da PNASPI e da EMSI, sobretudo a manutenção dessas equipes nos territórios indígenas. Mas, infelizmente, essa não é a realidade de todas as comunidades indígenas nas regiões de estudo, que acabam sendo assistidas a partir da metodologia de equipes volantes, conforme citado no quadro legal da história da saúde indígena. Isso pode estar relacionado à dificuldade de efetivação e consolidação da PNASPI (2002) e APS (MENDES et al., 2018; BRASIL, 2002; SANDES et al., 2018), evidenciados no cotidiano das equipes de saúde

como a falta de infraestrutura, falta de recursos humanos, rotatividade desses profissionais (SANTOS et al., 2016; COATES; MARCHITO; VITTOY, 2016; DIEHL; LANGDON, 2015; CARDOSO, 2014), “a falta de treinamento introdutório ao iniciar um trabalho com o indígena; dificuldade de comunicação; barreiras geográficas; aceitação do profissional por parte do indígena e condições de trabalho não satisfatórias” (MARINELLI et al., 2012, p. 1).

As dificuldades elas existem aí nesse itinerário terapêutico, mais, as equipes estão de certa forma preparada pra enfrenta, né? pra lidar com essas especificidades culturais, com a vulnerabilidade social, com a dificuldade da língua, do entendimento, então, pra isso as equipes utilizam uma série de iniciativas, de tecnologias simples que podem ajudar nesse, nesse sentido (...). (GD11).

Então, assim, eles tentam na medida do possível fazer a atividade que é que a gente solicita, né? até porque as vezes é meio chato, né? ficar pedindo prá trazer, né? a população aqui as vezes pra consultar. Então eles não têm uma equipe, é difícil, as vezes eles têm dificuldade no transporte, que acaba a gasolina, combustível, não tem como trazer quando a gente agenda não tem que levar para (nome do município) ou encaminha indígena eles não tem como levar, ou o indígena não tem dinheiro para ficar lá o dia inteiro pra consulta, então, são algumas dificuldades que existem, então a questão indígena é bem pesado pra trabalhar, porque assim, bem pesado. Eu acho, que um desabafo, né? (GM8).

Por outro lado, procuramos esclarecer aqui a maneira com que essas equipes têm lidado com as especificidades do indígena no contexto étnico cultural e em situação de vulnerabilidade individual, social e programática. Sobre isso, a situação de vulnerabilidade é reconhecida, seu caráter multifatorial e o sentimento de impotência do profissional frente determinadas circunstâncias.

Então, a TB não são a questão, não só no indígena, mas, como na população em geral é uma das acho, que das doenças mais difíceis de tratamento, pra acompanhamento, porque a gente percebe que TB é sempre uma doença mais de uma população vulnerável, ou é de drogadição, ou é alcoolismo, é população de rua, ou é indígena. Sempre uma população difícil de acesso, e de difícil manejo, então a TB não só na questão indígena, eu acho bem difícil tá lidando com ela, até por, pela dificuldade que vem da parte social dos doentes de TB. E assim, eu acho que é uma... que é um desafio pro profissional (...). (GM8).

(...) como a gente tem, que foi citado nas fragilidades, nos temos hoje, muitos indígenas que vivem nas cidades, que vivem dentro da, saem da sua determinada aldeia, vão morar nos municípios, esses encaminhamentos às vezes, existe algumas dificuldades. Então, até então ele tá inserido na sociedade comum, né? Hoje o indígena faz parte, do programa, faz parte inteiramente do SUS, então, ele é um cidadão comum, ele deve ser atendido aonde ele for, é um direito. Então, acho bem importante que esse tema seja mesmo explicado, porque, até mesmo, pras outras populações tarem, vendo um pouquinho da realidade da

saúde indígena, dentro desses, das comunidades indígenas. Porque muita gente as vezes tem um olhar diferenciado em cima do indígena, né? Ai, ele é indígena! Mas por trás daquele indígena, o que tem por trás daquele indígena? Da onde ele vem? Como ele vive? De que forma que ele mora? Como que ele faz com a sua sobrevivência? Então, é bem importante. E o tema da tuberculose hoje é bastante preocupante, assim como vem atrás de outras doenças. (PEnf.4).

A moradia deles no inverno é muito ruim, né? Então é difícil alimentação, né? alimentação é um ponto muito... é o paciente que tá lá, que nós tivemos lá com tuberculose, é difícil ele não podia trabalhar, ele não tinha ninguém por ele, como que ele ia se alimentar, né? pra pode melhorar sendo que ele ficou com 32kg, né?, então é também muito difícil, pensar você vai lá toda semana levar o remédio, mais você não tá levando alimento pra ele, né?. (PTE5).

Segundo Oliveira e Rosa (2014) o desenvolvimento do capitalismo e incapacidade das políticas públicas de assegurar ao indígena as condições de cidadão de direito no plano jurídico e executivo tem afetado negativamente a qualidade de vida dos indígenas e práticas profissionais; nesse contexto, ainda presenciamos situações de deterioração e pauperização da saúde indígena. “Acredita-se que, enquanto não se reduzir a pobreza, as desigualdades nos indicadores em saúde permanecerão” (BASTA et al., 2013, p. 854), e essa realidade vivenciada na prática profissional pode levar os profissionais a sentimentos de impotência e limitação para contornar os desafios impostos pelo problemas sociais (MACEDO, 2007).

Nesta subcategoria, **vulnerabilidade e o controle da tuberculose**, os sujeitos reconhecem o indígena em sua vulnerabilidade individual, social e programática e caráter multifatorial. Salienta-se iniquidade social, exclusão e discriminação, denunciando a ausência de proteção social aos povos indígenas. Outro fato é o choque intercultural entre profissionais e indígenas, que sugere aprofundamento nas questões culturais e em processos de capacitação e treinamentos não somente às EMSIs, mas também aos profissionais que em algum ponto da rede irá assistir esse público.

7.1.4 Limitações do Estudo

Dentre as limitações deste estudo sinaliza-se a participação somente de profissionais não indígenas. Acredita-se que a participação de profissionais indígenas seria um diferencial nesse estudo, já que o AIS é reconhecido como ator fundamental para as ações de controle da TB e soma-se ao fato dele e dos demais profissionais indígenas (enfermeiros, técnicos de enfermagem) não estarem emergidos em processo de transculturação.

Uma limitação percebida em relação aos procedimentos metodológicos da pesquisa se refere ao fato de que as pessoas acessadas pela metodologia adotada, “são aquelas mais

visíveis na população”, conforme Albuquerque (2009a, p. 22), compatível, essa constatação, com o propósito de dar voz às lideranças das localidades e demais atores envolvidos (indígenas, trabalhadores e gestores).

7.1.5 Implicações para a Pesquisa e Prática de Enfermagem

Essa pesquisa contribui consideravelmente para a prática assistencial da enfermagem nos contextos indígenas a partir de diferentes contribuições dos participantes sobre a TP em sua fase de explanação e manutenção, o que possibilitou o reconhecimento das realidades locais e diferentes estratégias e organização dos serviços para a atenção à TB nesses povos. Vale ressaltar que nesse estudo a enfermagem reafirmou o seu protagonismo nos serviços de saúde, tanto na gestão quanto na prática assistencial, principalmente na figura do enfermeiro.

Sobre isso, o enfermeiro mostrou desempenhar papel fundamental na TP, tanto em sua fase introdutória no contexto local quanto na manutenção desta, a partir do pensar e fazer, sobretudo nas ações educativas, troca de conhecimento, persuasão, tomada de decisão nos contextos estudados, fatos que podem ser conferidos na análise dos discursos.

Em relação à Pesquisa, esse estudo traz contribuições substanciais de cunho social e de proteção social, visto que evidencia a invisibilidade dos povos indígenas quanto cidadãos de direito nos espaços sociais, dado as imensas dificuldades desses povos acessarem os mecanismos públicos, fato traduzido pelas vulnerabilidades citadas pelos respondentes. Esses fatos sinalizam a urgência de medidas e estratégias equânimes no contexto da atenção à TB no indígena nesses cenários. Essas reflexões podem alcançar gestores e profissionais apontando diferentes caminhos e possibilidades para o alcance de uma assistência efetiva. Sobre isso, acredita-se que o primeiro passo seria a aceitação da diferença em detrimento às tentativas de aculturação desses povos; essa aceitação nos possibilita pensar diferentes formas de atenção à TB agregando valores a esses povos a partir de estratégias pontuais de acordo com as necessidades individuais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transferência da política de controle da tuberculose na população indígena a partir da perspectiva dos gestores e profissionais das equipes de saúde revelou que os indígenas se encontram imersos em um contexto social, político e econômico adverso, e em especial ainda pouco compreendido. Embora formalmente os indígenas estejam assegurados por meio uma legislação específica e por arranjos institucionais que buscam articular uma rede de proteção, assistência e garantias de direitos, eles continuam invisíveis em muitos espaços, marcados pela vulnerabilidade, pobreza e desprovidos de linhas de oportunidades que possam garantir equidade e justiça social a essa população.

A imersão nessa temática permitiu compreender a importância da transferência da política da tuberculose e sua relação com a questão social, intercultural e de gestão dos serviços. Nesse sentido, a magnitude e infortúnio da tuberculose na população indígena evidencia a importância em fornecer subsídios para quem faz e avalia a política e seu processo de transferência do nível central ao nível local principalmente em contextos fronteiriços. Entende-se que a permanência da tuberculose tem se mantido como um agravo de destaque no contexto indígena com alta carga de doenças com dificuldades de atenção diferenciada, e carece de pensar estratégias, principalmente de acompanhamento e tratamento focalizados na cultura e modos de vida dessas populações, para além disso garantir um diagnóstico rápido e preciso.

Sabe-se que a Política de Saúde Indígena agregou contribuições exponenciais no âmbito geral, mas precisa avançar na superação dos desafios para o alcance de uma atenção alinhada aos princípios do SUS, e para isso, necessita de um alinhamento da governança para a integração entre os serviços e ações de saúde em cenários singulares, sugerindo a importância da superação de processos de trabalho fragmentados, maior aproximação entre os coordenadores e gestores dos sistemas e entre os sistemas, articulação e integração do SasiSUS e Rede SUS, além de investimentos na educação permanente. Apesar do reconhecimento dos gestores e dos profissionais como potenciais agentes de mudança e em especial do protagonismo da enfermagem no controle da tuberculose, há um paradoxo presente nos diferentes cenários da pesquisa, dado ao déficit de recursos humanos nas equipes gestoras e de saúde, baixos investimentos em educação permanente e infraestrutura. É preciso destacar ainda que um dos grandes dilemas presentes ao longo da análise dos dados é a fragilidade quanto à manutenção dos recursos humanos,

especialmente no que se refere à estabilidade no trabalho, uma vez que se identificou que a precarização das relações trabalhistas parece ser uma das questões que mais preocupa os gestores e profissionais da saúde. Essa precarização eleva as incertezas quanto à manutenção e expansão das políticas de um modo geral e em específico do controle da tuberculose.

Entende-se que o movimento das políticas vem sendo impulsionado pelo processo de descentralização dos serviços de saúde e é de suma importância quando consideramos as suas implicações para o controle da TB, uma vez que esse princípio ainda não se efetivou em todas regiões de estudo, portanto um desafio a ser enfrentado pelos gestores e pelos profissionais que atuam em áreas estratégicas como a vigilância epidemiológica, devido à coerência entre as atribuições e responsabilidades a serem desenvolvidas no âmbito local e o processo de operacionalização centralizado, fato que dificulta a articulação intrasetorial e intersetorial, praticamente ausente dos discursos dos depoentes.

Considera-se a distritalização e as EMSIs um ganho exponencial e potencial na saúde indígena, mas para melhorar o cenário em termos de qualidade sugere-se avançar nas fronteiras da invisibilidade e da interculturalidade. Sobre isso, considera-se essencial fortalecer a autonomia, preservar a identidade e cultura dos indígenas, investir na capacitação e treinamentos dos profissionais nessa especificidade e em estratégias de fazer saúde com foco nas diferenças e não em ideologias igualitárias, mas que vislumbrem os modos de vida, cultura, visão de mundo e as reais necessidades dessas populações mediante um planejamento estratégico que abrange desde o nível central até o local.

Em síntese, o controle da TB nos povos indígenas não se processa de forma caritativa, é uma ação necessária devido à sua alta transmissibilidade na população de maneira geral. Para além do fato da alta transmissibilidade, o controle da TB na população indígena agrega valores humanos porque diminui a mortalidade, o adoecimento e aumenta o potencial de vida e potencializa os valores sociais dos povos originários aqui no Brasil, visto que essa população se qualifica como vulnerável e precisa ser agregada. Mesmo sendo desafiador, é fundamental respeito à cultura e controle da doença nesses povos, como também nos sensibilizarmos que diferenças nos enriquecem, o respeito pelo diferente nos fortalece e o cuidado os preserva.

Assim, o contexto fronteiriço requer melhor compreensão das especificidades regionais, modo de organização social e dos aspectos de determinam a vida das populações indígenas, permeados por um ambiente intercultural e de vulnerabilidades. É preciso repensar a transferência das políticas de proteção social e de saúde, e em especial é preciso

combater a discriminação negativa sobre os indígenas que culturalmente vem sendo construída na sociedade.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS³⁹

- ALBUQUERQUE, E. M. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de doenças transmissíveis em populações organizadas em redes complexas**. 2009. 99 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- ALMANSA, M. A. **Assessorias de comunicação**. Tradução de Andreia Athaydes. São Caetano do Sul. São Paulo: Difusão, 2010.
- ALMEIDA, L. D. Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 18, p. 537-548, 2010.
- ALMEIDA, M. C. P.; MELLO, D. F.; NEVES, L. A. S. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva: rede básica de saúde em Ribeirão Preto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 44, n. 2, p. 64-75, 1991.
- ALVES, M. A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998.
- ALVES, R. A. *et al*. Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 650-657, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 abr. 2020.
- AMARAL, W. R. **As trajetórias dos estudantes indígenas nas Universidades Estaduais do Paraná: sujeitos e pertencimentos**. 2010. 594 f. Tese (Doutorado em Educação) – Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná,. Curitiba, Paraná, 2010.
- AMARANTE, J. M.; COSTA, V. L. A. A tuberculose nas comunidades indígenas brasileiras na virada do século. **Boletim de Pneumologia. Sanitária**,. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 5- 12. dez., 2000.
- ANDRADE, R. L. P. *et al*. Diagnóstico da tuberculose: atenção básica ou pronto atendimento? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1149-1158, dDezc. 2013.
- ARAKAWA, T. *et al*. Tuberculosis control program in the municipal context: performance evaluation. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo , v. 51, n. 23, p. 1-9, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100218&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2020.

³⁹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

ARAÚJO, Z. *et al.* Avaliação dos biomarcadores imunes transcricionais no sangue periférico de indígenas Warao associados à infecção por *Mycobacterium tuberculosis*. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, DF, v. 52, e20180516, p. 1-10, 2019.

ARAÚJO, Z. *et al.* Concordância entre o polimorfismo do gene IFN γ +874 A / T e a expressão do interferon- γ em um ambiente indígena endêmico da TB. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, DF, v. 50, n. 2, p. 199-207, 2017. Disponível em: <<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85019905953&doi=10.1590%2f0037-8682-0398-2016&partnerID=40&md5=8fb059bcdc165829b7b000d3572e8629>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

ARAÚJO, Z. *et al.* Comparison of serological responses in two diferente populations with pulmonary tuberculosis. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 102, n. 7, p. 661-667, nov. 2008.

ARAÚJO, Z. *et al.* The effect of Bacille Calmette-Guérin vaccine on tuberculin reactivity in indigenous children from communities with high prevalence of tuberculosis. **Vaccine**, Amsterdam, Elsevier. n. 26, p. 5575–5581, 2008.

ASSUNÇÃO, A. A; BRITO, J. (orgs.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Fiocruz,; 2011. 216 p.

ATLAS do desenvolvimento humano no Brasil 2013. Brasília, DF: PNUD: FJP: IPEA, 2013. 96 p.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde pública: perspectivas e desafios**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.117-139.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz,; 2003. p. 117-139.

AYRES, J. R. C. M.. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 mar. 2020.

BAINES, S.. G. As chamadas “aldeias urbanas” ou índios na cidade. **Revista Brasil Indígena**, [s. l.], v. 2, n. 7, p. 15-17, nov./dez. 2001.

BALBIM, R. **Práticas espaciais e informatização do espaço da circulação: mobilidade cotidiana em São Paulo**. 2003. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed, 70, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1979.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Ed. [s. n.], 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Presses Universitaires de France, 1977.

BARRETO, M.; CARMO, E. H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, a [online]. v. 12, p. 1179-1790, 2007. Suplemento 0. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700003&lng=en&nrm=iso ., Acesso em: 20 mar. 2020.

BARTH, F. **Grupos étnicos e suas fronteiras**. São Paulo: Unesp, 1998.

BASTA, P. C. *et al.* Aspectos epidemiológicos da tuberculose na população indígena Suruí, Amazônia, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 37, n. 4, p. 338-342, ago. 2004.

BASTA, P. C. *et al.* Desigualdades sociais e tuberculose: análise segundo raça/cor, Mato Grosso do Sul. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 854-864, 2013.

BASTA, P. C. *et al.* Estudo clínico-radiológico de crianças e adolescentes indígenas Suruí, Região Amazônica. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, v. 43, n. 6, nov./dec. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822010000600024. Acesso em: 20 mar. 2020.

BASTA, P. C. *et al.* Estudo clínico-radiológico de crianças e adolescentes indígenas Suruí, Região Amazônica. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 43, n. 6, p. 719-722, dez. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822010000600024. Acesso em: 12 dia mês fev.. Ano 2019.

BASTA, P. C.; ORELLANA, J. D. Y.; ARANTES, R. **Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil**: notas sobre agravos relacionados. In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. (org.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC: / SECADI, 2012. p. 60-107. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf. Acesso em: 10 mar. 2020.

BAUER, M. W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M.; GASKELL, G. (org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 189-217.

BAUMANN, Z. **O mal estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BELO, E. N. *et al.* Tuberculose nos municípios amazonenses da fronteira Brasil-Colômbia-Peru-Venezuela: situação epidemiológica e fatores associados ao abandono. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 34, n. 5, p. 321-329, nov. 2013.

BELO, E. N. et al. Tuberculose nos municípios amazonenses da fronteira Brasil-Colômbia-Peru-Venezuela: situação epidemiológica e fatores associados ao abandono. **Rev Panam Salud Publica**, Washington , v. 34, n. 5, p. 321-329, nov. 2013.

BELO, E. N. *et al.* Tuberculose nos municípios amazonenses da fronteira Brasil-Colômbia-Peru-Venezuela: situação epidemiológica e fatores associados ao abandono. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, Washington, DC, v. 34, n. 5, p. 321–329,. Brasil, nov. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2013.v34n5/321-329/pt>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

BELTRÃO, J.; OLIVEIRA, A. Povos indígenas e cidadania: inscrições constitucionais como marcadores sociais da diferença na América Latina. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 53, n. 2, 10 ago. 2012.

BERGAMASCHI, M. A.; DOEBBER, M. B.; BRITO, P. O. Estudantes indígenas em universidades brasileiras: um estudo das políticas de acesso e permanência. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**. Brasília, DF, v. 99, n. 251, p. 37-53, jan. 2018.

BHABHA, H. K. **O local da cultura**. Belo Horizonte: UFMG, 1998., p. 73.

BIERNACKI, P.; WALDORF, D. Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. **Sociological Methods & Research**, Newbury Park, v.10, n. ° 2, p. 141-163, nov. 1981.

BISPO JUNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cadernos de. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, e00108116, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000905010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2020.

BISSELL, K.; LEE, K.; FREEMAN, R. Analysing policy transfer: perspectives for operational research. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v.15, n. 9, p. 1140–1148, 2011.

BÓIA, M. N. *et al.* Tuberculose e parasitismo intestinal em população indígena na Amazônia brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 176-178, 2009.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n.19, p. 20-28, 2002.

BORGHI, C. M. S. O.; OLIVEIRA, R. M.; SEVALHO, G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 869-897, dez. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000300869&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 mar. 2020.

BRAGA, J. U.; HERRERO, M. B.; CUELLAR, C. M. Transmissão da tuberculose na tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina. **Cadernos de. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1271-1280, jul. 2011.

BRANDÃO, H. H. N. **Introdução a análise do discurso**. 3 ed. Campinas, SP: UNICAMP, 2012.

BRASIL CHANNEL. **Uma viagem pelo Brasil na web: Paraná (PR): municípios da mesoregião Oeste Paranaense**. Mapa de 1999. Mapa 1999. Disponível em: <<https://www.brasilchannel.com.br/municipios/index.asp?nome=Paran%C3%A1®iao=Oeste>>. Acesso em: 08 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002**. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília, DF, 31 de jan. 2002. p. 11. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/grupos-de-trabalho/gt-saude/docs/docs_legislacao/portaria_254_2002.pdf/view>. Acesso em: 13 mar. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Contêm as emendas constitucionais posteriores. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 3.156, 27 de agosto de 1999**. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). 1999b.

BRASIL. **Decreto nº 5.051, de 19 de abril de 2004**. Promulga a Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho - OIT sobre Povos Indígenas e Tribais. 2004.

BRASIL. Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Litoral Sul. Secretaria Estadual de Saúde do Indígena. **O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no estado do Paraná**. Paraná. 2017b.

BRASIL. Funasa. **II Conferência nacional de saúde para os povos indígenas**: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Funasa. **I Conferência nacional de proteção à saúde do índio**: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Lei Arouca**: a FUNASA nos 10 anos de Saúde Indígena /Fundação Nacional de Saúde. Brasília, DF: FUNASA, 2009a. 112 p.

BRASIL. Governo Federal. **Programa Mais Médicos**. Notícias: Programa leva mais atendimento à saúde dos povos indígenas. 2015s/d. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/noticias/41-campanha-de-vacinacao-contr-a-gripe-comeca-dia-22>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

BRASIL. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013**. Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2013. 96 p.

BRASIL. **Lei nº 6.634, 2 de maio de 1979**. Dispõe sobre a Faixa de Fronteira, altera o decreto-lei nº 1.135, de 3 de dezembro de 1970, e dá outras providências. 1979.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes curriculares - nacionais do cursos de graduação**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12991>. Acesso em: 25 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Comissão de Permanente para o Desenvolvimento e a Integração da Faixa de Fronteira. **A faixa de fronteira: dados e informações sobre a faixa de fronteira**. Brasília, DF: CDIF, 2017.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. **Faixa de Fronteira: programa de promoção do desenvolvimento da faixa de fronteira – PDF**. Brasília, DF: Secretaria de Programas Regionais, 2009b.; Seção 1:1.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. **Proposta de reestruturação do programa de desenvolvimento da faixa de fronteira: bases de uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira**. Brasília, DF: Ministério da Integração, 2005.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Fundação Nacional Do Índio - FUNAI. **Índios do Brasil**. [2020]. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/quem-sao><<http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/quem-sao>>. Acesso em: 13 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Fundação Nacional Do Índio – FUNAI. **Nossas ações: política indigenista**. [2020]. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/index.php/nossas-acoes/politica-indigenista?limitstart=0#>>. Acesso em: 13 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça. Fundação Nacional do Índio - FUNAI. **Proteção e promoção dos direitos dos povos indígenas: PPA 2016-2019**. Brasília, -DF: FUNAI, , 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, DF: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM**. Em 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor Saúde e de outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Nacional De Saúde. **Inquérito nacional de saúde e nutrição dos povos indígenas**. Relatório final: análise dos dados. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria 254/2002. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2002, 31, jan. 2002.; Seção 1. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_254_2002.pdfhttp://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. (1990). **Abc do SUS**: doutrinas e princípios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf. Acesso em: 27 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. **Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990**: Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Relatório final. Coletânea de textos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/trabalhador/pdf/coletanea_textos_econf.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 44, n. 2, p. 13, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 43, mar. 2012. Especial Tuberculose. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/texto/4471/787/Boletim-Epidemiologico.html>. Acesso em: 8 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508/11**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Nota Técnica do DESF**. Disponível em:<<https://sisaps.saude.gov.br/notatecnica/frmListaMunic.php>>. Acesso em: 26 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde **Política Nacional de Atenção à Saúde bucal Indígena**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde 2002. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. O controle da tuberculose na população indígena. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 44, n. 13, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Perspectivas brasileiras para o fim da tuberculose como problema de saúde pública. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 47, n. 13, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N.º 1163/GM, de 14 de setembro de 1999**. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências. Brasília. 1999c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. 186 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série E - Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Tuberculose: atividades de controle e manual de procedimentos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: Especial Tuberculose**, v. 43, mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis . – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. 364 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. 364 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de informação de agravos de notificação (Sinan): normas e rotinas**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 68 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. **Brasil livre da Tuberculose: plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública**. ed. 1. Brasília, - DF: Ministério da Saúde, 2017. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena-SIASI**. 2010 a. Disponível em:

<http://www.FUNASA.gov.br/internet/desai/sistemaSiasiDemografiaIndigena.asp>. Acesso em: 01 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Sistema de informação de agravos de notificação**. 2019. Disponível em: <<https://esic.cgu.gov.br/sistema/site/index.aspx>>. Acesso em: 14 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Tuberculose, população indígena e determinantes sociais. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 45, n. 18, p. 1-13, 2014.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999**. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Brasília, DF, 1999a

BRASIL. **Resolução CNS/CNEP Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BR)**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2019.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Revista da . Faculdade. Nacional de. Salud Pública**, Medellín, v. 31, p. 13-27, 2013b. , Supplement 1.

BREILH, J. **La iInequidad y la pPerspectiva de los sin pPoder**: construcción de lo social y del género. Cuerpos, diferencias y desigualdades,. Bogotá: , Utópica Ediciones, 1998. Disponível em: < <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3555/1/Breilh%2c%20J-CON-190-La%20inequidad.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

BREILH, J. Las tres ‘S’ de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación de la vida y de la salud. *In*: NOGUEIRA, R. P. (org.). **Determinação social da saúde e rReforma sSanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 87-125.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica**: ciência emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial, Buenos Aires, 2003.

BREILH, J.; GRANDA., E. **Investigação de saúde na sociedade**: guia pedagógico sobre sobre o novo enfoque do método epidemiológico. São Paulo: Instituto de Saúde, 1986. 213 p.

BROWN, G. W. Norm diffusion and health system strengthening: tThe persistent relevance of national leadership in global health governance. **Review of International Studies**, Cambridge, v. 40, p. 877–896, 2014.

CAMACHO, T. S. **Teorias de transferências de políticas públicas**: um estudo crítico e ilustrado com o caso da transferência do Bolsa escola para o Equador. 2011. 118 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Econômico) - Departamento de Economia,, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, 2011.

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas as organizações. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, São João del-Rei Minas Gerais,; v. 6 n. 2, p. 179-191, 2013.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde, **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. *In*: CAMPOS, G. W. S, et al. (orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec,; 2009. p. 41-80.

CAMPOS, G. W. S. **Um método de análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 mar. 2020.

CAMPOS, K. F. C.; SENA, R. R.; SILVA, K. L. Educação permanente nos serviços de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20160317, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400801&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 mar. 2020.

CANGUILHEM G. **O normal e o patológico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 1995.

CARDOSO, A. M. **Doença respiratória aguda em indígenas Guarani no Sul e Sudeste do Brasil**. 2010. 259 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

CARDOSO, A. M. et al. Mortality among guarani indians in Southeastern and Southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 222-236, 2011. Supplement. 2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001400010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 mar. 2020.

CARDOSO, M. D. Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. *In*: LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. D. **Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: UFSC, 2015, p. 83–106.

CARDOSO, M. D. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. **Cadernos de Saude Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 860–6, 2014.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, e00101417, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000303001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 mar. 2020.

CARNEIRO JUNIOR, N. *et al.* A construção da equidade no acesso às políticas públicas: uma experiência de articulação intersetorial e interinstitucional na área central do município de São Paulo. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 95-104, jan. 2000. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6350>. Acesso em: 20 mar. 2020.

CARVALHO, A. L. M.; OLIVEIRA, A. L. B. S.; GUIMARÃES, S. S. Caracterização epidemiológica das populações indígenas e do Subsistema de Saúde Indígena do Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Boletim Informativo Geum**, Teresina, v. 5, n. 3, p. 72-78 jul./set., 2014.

CASTRO, A.; SAVAGE, V.; KAUFMAN, H. Assessing equitable care for Indigenous and Afrodescendant women in Latin America. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 38, n. 2, p. 96–109, 2015.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v. 24, n. 1, p. 13-18, 2014.

CEBES. Central Brasileira de Estabelecimentos de Saúde. **Espigão Alto do Iguaçu - PR - Clínicas e Consultórios em Espigão Alto do Iguaçu - PR**. 2014-2020c. Disponível em: <https://cebes.com.br/medico/pr/espigao-alto-do-iguacu/>. Acesso em: 20 mar. 2020.

CEBES. Central Brasileira de Estabelecimentos de Saúde. **Pin Rio da Cobras. Nova Laranjeiras - PR - Unidade de Atenção A Saúde Indígena**. 2014-2020a. Disponível em: <https://cebes.com.br/pin-rio-das-cobras-2742993/>. Acesso em: 20 mar. 2020.

CEBES. Central Brasileira de Estabelecimentos de Saúde. **Unidade de Saúde Ava Guarani - Santa Rosa do Ocoi - São Miguel do Iguaçu - PR - Unidade de Atenção A Saúde Indígena**. 2014-2020b. Disponível em: <https://cebes.com.br/unidade-de-saude-ava-guarani-2587483/>. Acesso em: 20 mar. 2020.

CECILIO, H. P. M.; TESTON, E. F.; MARCON, S. S. Acesso ao diagnóstico de tuberculose sob a ótica dos profissionais de saúde. **Texto contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 3, e0230014, 2017.

CECILIO, L. C. O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 315-329, 1999.

CLIFF, J.; WALT, G.; NHATAVE, I. What's in a name? Policy transfer in Mozambique: DOTS for tuberculosis and syndromic management for sexually transmitted infections. **Journal of Public Health Policy**, Londres, v. 25, n. 1, p. 38-55, 2004.

COATES, A. R.; MARCHITO, S. D. P, VITTOY, B. Indigenous child health in Brazil: the evaluation of impacts as a human rights issue. **Health Human Rights**, Boston, v. 18, n. 1, p. 221–234, 2016.

COELHO-JUNIOR, F. A.; BORGES-ANDRADE, J. Uso do conceito de aprendizagem em estudos relacionados ao trabalho e organizações. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 18, n.40, p. 221-234, 2008.

COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 855-859, abr. 2014.

COIMBRA JÚNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdades: Algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 125-132, 2000.

COLVIN, C. J. *et al.* Global-to-local policy transfer in the introduction of new molecular tuberculosis diagnostics in South Africa. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v. 19, n. 11, p. 1326–1338, 2015.

CONFALONIERI, U. E. C. A assistência médico-sanitária. *In*: CONFALONIERI, U. E. C. *et al.* (org.). **Saúde de populações indígenas: uma introdução para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública: Fundação Oswaldo Cruz, 1993. p. 1-39.

CONFALONIERI, U. E. C. O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, out./dez. 1989.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. **A política de atenção à saúde indígena no Brasil**: breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas. [S. l.]: CIMI, 2013.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. **Menos médicos**: saúde indígena permanece deficitária após fim do prazo de inscrição dos médicos brasileiros. 19 dez. 2018. Disponível em: <https://cimi.org.br/2018/12/menos-medicos-saude-indigena-permanece-deficitaria-apos-fim-do-prazo-de-inscricao-dos-medicos-brasileiros/>. Acesso em: 20 mar. 2020.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* Intégration des soins: dimensions et mise-en-oeuvre. **Ruptures, re’ue transdisciplinaire ell sante**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 38–52, 2001.

CONTERNO, S. F. R.; LOPES, R. E. Inovações do século passado: origens dos referenciais pedagógicos na formação profissional em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 3, p. 503-523, set./dez. 2013.

CORIOLO-MARINUS, M. W. L. *et al.* Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1356-1369, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401356&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 mar. 2020.

CORRÊA, C. S. **Violência urbana e vulnerabilidades**: o discurso dos jovens e as notícias de jornais. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

COSTA, D. C. Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 388-401, dez. 1987. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1987000400003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 mar. 2020.

CRODA, M. G. *et al.* Tuberculosis control in a highly endemic indigenous community in Brazil. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, London, v. 106, n. 4, p. 223–229, abr. 2012.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. *In*: MINAYO, M. C. (org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

CUNHA, E. A. T. *et al.* Incidence and transmission patterns of tuberculosis among indigenous populations in Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 109, n. 1, p. 108-113, fev., 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02762014000100108&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 mar. 2020.

CUNHA, N. V. *et al.* Estrutura, organização e processos de trabalho no controle da tuberculose em municípios do estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 251-264, fev. 2015.

CUNHA, N. V.; CAVALCANTI, M. L.; COSTA, A. J. L. Diagnóstico situacional da descentralização do controle da tuberculose para a Estratégia de Saúde da Família em Jardim Catarina- São Gonçalo (RJ), 2010. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 177–187, 2012.

DICIONÁRIO PRIBERAM. **Dicionário Priberam da língua portuguesa**. 2020. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/>. Acesso em: 20 mar. 2020.

DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J.; SCOPEL, D. R. P. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 819-831, 2012.

DIEHL, E. E.; PELLEGRINI, M. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 867-74, 2014

DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J. Transformações na Atenção à Saúde Indígena: tensões e negociações em um contexto indígena brasileiro. **Universitas Humanística**, Bogotá, v. 80, p. 213-236, 2015.

DOLOWITZ, D. P.; MARSH, D. Policy transfer: a framework for comparative analysis. *In*: MINOGUE, M; POLIDANO, C.; HULME, D. (ed.). **Beyond the new public management**. Northampton: Edward Elgar, 1998.

DOLOWITZ, D; MARSH, D. Learning from Abroad: the role of policy transfer in contemporary policy-making. **Governance**, Hoboken, v. 13, n. 1, p. 5–24, Jan. 2000.

DOLOWITZ, D; MARSH, D. Who learns what from whom: a review of the policy transfer literature. **Política Studies**, Hoboken, v. 44, n. 2, p. 343-357, 1996.

DR. JAIME BREILH. Determinación social de la salud. Hacia una salud colectiva eficiente. [S. l.: s. n.], 2013. 1 vídeo (7 min 53 s). Publicado pelo canal Punto de Partida. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=wBT_NpB-vew. Acesso em: 20 mar. 2020

ECHEVERRIA, R. **Ontología del lenguaje**. Santiago: Dolmen, 2003.

ENCONTRO DA PÓS-GRADUAÇÃO DE FOZ DO IGUAÇU, 1., 2016, Foz do Iguaçu. **Anais** [...]. Foz do Iguaçu: UNIOESTE, 2016. Disponível em: <https://midas.unioeste.br/sgev/eventos/primaverauniversitaria>. Acesso em: 20 mar. 2020

ERTHAL, R. M. C. O suicídio Tikúna no Alto Solimões: uma expressão de conflitos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 299-311, 2001.

ESCOBAR, A. L. *et al.* Tuberculose em populações indígenas de Rondônia, Amazônia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 285-298, mar. 2001.

EVANS, M.; DAVIES, J. Understanding policy transfer: a multi-level, multi-disciplinary perspective. **Public Administration**, Hoboken, v. 77, n. 2, p. 361-385, 1999.

EVANS, M. At the interface between theory and practice – policy transfer and lesson-drawing. **Public Administration**, Hoboken, v. 84, n. 2, p. 479-515, 2006.

EVANS, M. New directions in the study of policy transfer. **Journal of Policy Studies**, Abingdon, v. 30, n. 3, p. 237-241, 2010

EVANS, R. G.; STODDART, G. L. Producing health, consuming health care. **Social Science and Medicine**, Amsterdam, v. 31, n. 12, p. 1347-1363, 1990.

FADEL, C. B.; CARVALHO, M. L.; ARCIERI, R. M.; SALIBA, N. A.; GARDIN, C. A. S. Interesse e satisfação profissional de quem atua em equipes do Programa Saúde da Família no noroeste paulista. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 64-70, 2008.

FERNANDES, C. A. **Análise do discurso**: reflexões introdutórias. São Carlos: Claraluz, 2008.

FERNÁNDEZ-JUÁREZ, G. Sumak Kawsay: retos y paradojas de la salud intercultural. In: RODRIGUEZ, L.; NUÑEZ, E. **Salud, interculturalidad y derechos**: claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir. Quito: Ministerio de Salud Pública, 2010. p. 17-52.

FERRAZ, A. F.; VALENTE, J. G. Aspectos epidemiológicos da tuberculose em Mato Grosso do Sul. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 255-266, jan./mar. 2014.

FERREIRA, A. B. H. **Mini Aurélio**: o dicionário da língua portuguesa. 8 ed. rev. atual. Curitiba: Positivo, 2010. 960 p.

FERREIRA, L. O. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 203-219, mar. 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702013000100011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 mar. 2020.

FERREIRA, L. O. **Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras**. In: LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. D. Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. p. 217-246.

FERREIRA, L. O. **Medicinas indígenas e as políticas da tradição: entre discursos oficiais e vozes indígenas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

FERREIRA, T. F. et al. Tendência da tuberculose em indígenas no Brasil no período de 2011-2017. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, fev. 2019. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/tendencia-da-tuberculose-em-indigenas-no-brasil-no-periodo-de-20112017/17110?id=17110>. Acesso em: 10 mar. 2020.

FITCHETT, J. R.; VALLECILLO, A. J.; ESPITIA, C. Tuberculosis transmission across the United States–Mexico border. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, DC, v. 29, n. 1, p. 57-60, 2011.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. São Paulo: Artmed, 2009.

FLORES, L. Ação afirmativa e direitos culturais diferenciados: as demandas indígenas pelo ensino superior. In: LIMA, A. C. S.; BARROSO-HOFFMANN, M. (org.). **Seminário desafios para uma educação superior para os povos indígenas no Brasil: políticas públicas de ação afirmativa e direitos culturais diferenciados**. Rio de Janeiro: Museu Nacional, Laced, 2007.

FOLLÉR, M. L. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (org.). **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre a antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Antropologia, 2004. p. 129-148.

FONTAO, M. A. B.; PEREIRA, E. L. Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. **Interface**, Botucatu, v. 21, p. 1169-1180, 2017. Suplemento 1.

FORTUNA, C. M. *et al.* Movements of permanent health education triggered by the training of facilitators. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 411-420, abr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200025&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 mar. 2020

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FREIRE, P. **Cartas a Cristina: reflexões sobre minha vida e minha práxis**. 2. ed. São Paulo: UNESP. 2003.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 56. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014. 253 p.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Lei Arouca**: a FUNASA nos 10 anos de Saúde Indígena. Brasília, DF: FUNASA, 2009. .

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília, DF: FUNASA, 2002. 40 p.

FURLAN, M. C. R.; OLIVEIRA, S. P.; MARCON, S. S. Fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose no estado do Paraná. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, p. 108-114. 2012. Número especial 1. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_17.pdf. Acesso em: 10 jun. 2019.

FURTADO, J. P. *et al.* Planejamento e avaliação em saúde: entre antagonismo e colaboração. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, e00087917, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000705004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 8 mar. 2020

FURTER, P. **Educação permanente e desenvolvimento cultural**. Petrópolis: Vozes, 1974. 222 p.

GADAMER, H. G. **Entrevista a P Forget e J Le Rider**. Filosofias – Entrevistas do Le Monde. São Paulo: Ática, 1990. p. 213-221.

GARBOIS, J. A.; SODRE, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000100063&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 mar. 2020.

GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. *In*: GARNELO, L.; PONTES, A. L. (org.). **Saúde Indígena**: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012. p. 18-59. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf. Acesso em: 20 mar 2020

GARNELO, L.; BRANDAO, L. C.; LEVINO, A. Dimensões e potencialidades dos sistemas de informação geográfica na Saúde Indígena. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 634-640, ago. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000400018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 mar. 2020.

GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L. C. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

GELBCKE, F. L.; MATOS, E.; SALLUM, N. C. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. **Tempus - Acta de Saúde Coletiva**. Brasília, DF, v. 6, n. 4, p. 31-39, 2012.

GIANELLA, C. *et al.* TB in vulnerable populations: the case of an indigenous community in the Peruvian Amazon. **Health Humain Rights**, Boston, v.18, n. 1, p. 55–68, 2016.

GIOVANELLA L, *et al.* Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/353669>. Acesso em: 20 mar. 2020.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 251-266, 2007. Suplemento 2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 abr. 2020.

GOMES, M. P. **Os índios e o Brasil: passado, presente e futuro**. São Paulo: Contexto, 2019. 293 p.

GONZALES, R. I. *et al.* Desempenho de serviços de saúde no tratamento diretamente observado no domicílio para controle da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 628-634, dez. 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000400003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 mar. 2020.

GRUPIONI, L. D. B.; VIDAL, L. B.; FISCHMANN, R. (orgs.). **Povos indígenas e tolerância: construindo práticas de respeito e solidariedade**. São Paulo: EDUSP, 2001.

GUEDES, L. *et al.* Tuberculosis in post-contact Native Americans of Brazil: Paleopathological and paleogenetic evidence from the Tenetehara-Guajajara. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 13, n. 9, p. 1-17, 2018. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0202394>. Acesso em: 23 de mar. 2020.

GUERRA, T. M. S.; COSTA, M. D. H. Formação profissional da equipe multiprofissional em saúde: a compreensão da intersectorialidade no contexto do SUS. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 454- 469, ago./dez. 2017.

GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 45-51, 2007.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. Proceso de trabajo y educacion permanente de personal de la salud: reorientacion y tendencias em America Latina. **Educación Médica y Salud**, Washington, DC, v. 24, n. 2, p. 136-204, 1990.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 331-336, 2004. Suplemento 2.

HERRERO, M. B.; RAMOS, S.; ARROSSI, S. Determinants of non adherence to tuberculosis treatment in Argentina: barriers related to access to treatment. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 287-298, abr.-jun. 2015.

HINO, P. *et al.* As exigências de saúde e vulnerabilidades de pessoas com tuberculose segundo as dimensões de acesso, vínculo e adesão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, p. 1656-1660, 2011. Suplemento 2.

HINO, P. *et al.* Necessidades em saúde segundo percepções de pessoas com tuberculose pulmonar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1438-1445, dez. 2012 .

IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 11 set. 2014.

IBGE. **Divisão regional do Brasil**. 2017. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Lista_de_mesorregi%C3%B5es_e_microrregi%C3%B5es_do_Paran%C3%A1#cite_note-IBGE_1989-1. Acesso em: 21 mar. 2020.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**: aglomerados sub-normais Informações territoriais. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 251p.

IBGE. Paraná. **Projeção da população, 2017**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

IBGE. **Os indígenas no censo demográfico 2010**: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf. Acesso 3 abr. 2016.

IDE, C. A. C.; CHAVES, E. C. A questão da determinação do processo saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 163-167, abr. 1990. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v24n1/0080-6234-reeusp-24-1-163.pdf>. Acesso em 20 mar. 2020.

INAZAWA, F. K.; BAPTISTA, S. G. Modelo conceitual de comunicação da informação para estudos de interação informacional baseado em competências conversacionais em serviço de referência. **Perspectivas em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 169-184, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-99362012000100010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 mar. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSO. **Censo Nacional de poblacion, hogares y viviendas 2010**. 2012. Disponível em: http://www.indec.mecon.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=21&id_tema_3=99. Acesso em: 18 jun. 2015.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. **Povos indígenas do Brasil, 2006–2010**. 2011. Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/index.php/acervo/livros/povos-indigenas-no-brasil-2006-2010>. Acesso em: 3 abr. 2015.

INTERNATIONAL WORK GROUP FOR INDIGENOUS AFFAIRS. **The indigenous world 2015**. Copenhagen, Denmark: Cæcilie Mikkelsen, 2015. 569 p.

IPARDES. **Perfil avançado dos municípios. Publicações. Paraná**. Governo do estado do Paraná. Disponível em: http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=29. Acesso em: 26 mar. 2020.

IPARDES. **Caderno estatístico município de Cascavel**. Curitiba: IPARDES, 2018. 44p.

IPARDES. **Caderno estatístico município de Cascavel**. Curitiba: IPARDES, 2020c. 50 p.

IPARDES. **Caderno estatístico município de Foz do Iguaçu**. Curitiba: IPARDES, 2020b. 50 p.

IPARDES. **Caderno estatístico município de Guarapuava**. Curitiba: IPARDES, 2020a. 50 p.

IPARDES. **Caderno estatístico município de Toledo**. Curitiba: IPARDES, 2020d. 50 p.

JANCZURA, R. Risco ou vulnerabilidade social? **Textos Contextos**, Porto Alegre, n. 11, p. 301-308, 2012.

JESUS, M. C. P. *et al.* O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no Programa Saúde da Família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 54-61, jan./mar. 2008.

JULMAN, R. *et al.* Tuberculosis y micosis sistémicas en indígenas del Municipio Cedeño, Estado Bolívar, Venezuela. **Medicina Interna**, Caracas, v. 29, n. 1 p. 62-67, 2013. Disponível em: http://svmi.web.ve/wh/revista/v29_N1.pdf. Acesso em: 20 mar. 2020.

KETEMA, K. H. *et al.* Does decentralisation of tuberculosis care influence treatment outcomes. The case of Oromia Region, Ethiopia. **Public Health Action**, Paris, v. 4, n. 4, p. 13- 17, 2014.

KOSEK, M.; BERN, C.; GUERRANT, R. The global burden of diarrhoeal disease as estimated from studies published between 1992 and 2000. **Bulletin of World Health Organization**, Geneva, n. 81, p. 197-204, 2003.

LACERDA, S. N. B. *et al.* Individual and social vulnerabilities upon acquiring tuberculosis: a literature systematic review. **Journal of International Archives of Medicine**, São Paulo, v. 7, p. 35, jan. 2014. Disponível em: https://repositorio.usp.br/bitstream/handle/BDPI/47946/13038_2013_Article_256.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 10 ago. 2019.

LACHI, T.; NAKAYAMA, M. Aspectos radiológicos da tuberculose pulmonar em indígenas de Dourados, MS, Brasil. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 275-281, out. 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842015000500275&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 mar. 2020.

LANA, F. C. F. Saúde, doença e condições de vida. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 10, n. 2, p. 105, jan./mar. 2006. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/392>. Acesso em: 16 de mar. 2020.

LANGDON, E. J. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. *In*: BARUZZI, R. G.; JUNQUEIRA, C. (org.). **Parque Indígena do Xingu. Saúde, cultura e história**. São Paulo: Terra Virgem, 2005.

LANGDON, E. J. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. *In*: LANGDON, E.; GARNELO, L. (org.). **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa: Associação Brasileira de Antropologia, 2004. p. 33-51.

LANGDON, E. J. *et al.* A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2637-2646, dez. 2006.

LANGDON, E. J. Medicina tradicional: reflexões antropológicas sobre atenção diferenciada. *In*: HAVERROTH, M. (org.). **Etnobiologia e saúde dos povos indígenas**. Recife: NUPEEA, 2013, p. 15-35.

LANGDON, E. J. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas em Saúde Indígena. *In*: LANGDON, E. J.; GRISOTTI, M. **Políticas públicas: reflexões antropológicas**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2016. p. 17-41.

LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. D. **Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. p. 107-144.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 19-36, ago. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 mar. 2020.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. **Revista Latino Americana de Salud**, [s. l.], v. 2, n. 7, p. 25, 1982. Disponível em: https://uniasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_online_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf. Acesso em: 26 mar. 2020.

LEATT, P.; PINK, G.; GUERRIERE, M. Towards a canadian model of integrated healthcare. **Healthcare Papers**, Toronto, v. 1, p. 13-55, 2000.

LEVINO, A.; OLIVEIRA, R. M. Tuberculose na população indígena de São Gabriel da Cachoeira, Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1728-1732, jul. 2007.

LÉVI-STRAUSS, C. O feiticeiro e sua magia. *In*: **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

LIMA, M. A. D. S.; ALMEIDA, M. C. P. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, p. 86–101, 1999.

LIMA, S. A. V.; ALBUQUERQUE, P. C.; WENCESLAU, L. D. Educação permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 425-441, maio/ago. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v12n2/a12v12n2.pdf> . Acesso em: 20 mar. 2020.

LONGHI, R. M. P. *et al.* Genetic polymorphism and immune response to tuberculosis in indigenous populations: a brief review. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases: an official publication of the Brazilian Society of Infectious Diseases**, Salvador, v. 17, n. 3, p. 363–368, 2013.

LOPES, A. L. Processo de grupo e formas de cuidado. **Revista da Sociedade Brasileira de Dinâmica Grupos**, Porto Alegre, n. 2, p. 87-95, 2005.

LOUREIRO, R. B. *et al.* Acesso ao diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde do município de Vitória, ES, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1233-1244, abr. 2014.

LUNARDI, R.; SANTOS, R.V.; COIMBRA-JUNIOR, C. E. A. Morbidade hospitalar de indígenas Xavante, Mato Grosso, Brasil (2000-2002). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 441-452, dez. 2007.

MACEDO, P. C. M. Desafios atuais no trabalho multiprofissional em saúde. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 33-41, dez. 2007.

MACHADO, L. O. Estado, territorialidade, redes. Cidades-gêmeas na zona de fronteira sul-americana. *In*: SILVEIRA, M. L. (org.). **Continente em chamus**: globalização e território na América Latina. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. p. 243-284.

MACHADO, L. O. Limites, fronteiras, redes. *In*: STROHAECKER, T.; DAMIANI, A.; SCHÄFFER, N. (org.). **Fronteiras e espaço global**. Porto Alegre: AGB, 1998. p. 41-49.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, abr. 2007 .

MACHADO, M. H.; XIMENES–NETO, F. R. G. Gestão, da educação e do trabalho em saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1971-1980, 2018.

MACHADO-FILHO, A. C. Incidência da tuberculose em indígenas do município de São Gabriel da Cachoeira, AM. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 41, n. 3, p. 243-246, jun. 2008.

MAES, M. *et al.* Influence of Bacille Calmette-Guérin on tuberculin skin testing in venezuelan amerindians in high tuberculosis burden areas. **Journal of Infection in**

Developing Countries, Viale Porto Torres, v. 8, n. 2, p. 176-183, 2014. Disponível em: <https://www.jidc.org/index.php/journal/article/view/24518627/1000>. Acesso em: 20 mar. 2020.

MAGALHÃES, R.; BURTLANDY, L.; SENNA, M. C. M. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1415-1421, 2007.

MALACARNE, J. “**Tuberculose na população indígena de Rondônia**: caracterização do acesso aos serviços de saúde e diagnóstico situacional entre os Wari’ da aldeia Igarapé Ribeirão”. 2013. 128 f. Dissertação (Mestrado em Ciências, na área de Epidemiologia em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

MALACARNE, J. *et al.* Acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis entre pueblos indígenas del Estado de Rondônia, Amazonía Brasileña, entre 2009 y 2011: un estudio transversal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 28, n. 3, p. 1-8, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222019000300302&lang=pt. Acesso em: 20 mar. 2020.

MALACARNE, J. *et al.* Desempenho de testes para o diagnóstico de tuberculose pulmonar em populações indígenas no Brasil: a contribuição do Teste Rápido Molecular. **Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia**, Brasília, DF, v. 45, n. 2, p. 1-7, Disponível em: https://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_artigo.asp?id=2973. Acesso em: 20 mar. 2020.

MALACARNE, J. *et al.* Prevalence and factors associated with latent tuberculosis infection in an indigenous population in the Brazilian Amazon. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 49, n. 4, p. 456-464, jul./ago. 2016.

MALTA, D. C. *et al.* Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 6, n. 4, p. 233-244, out./dez. 2007.

MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. O Programa de Saúde da Família (PSF) e os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 13, p. 251-259, 2003.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARÉS, C. **O renascer dos povos indígenas para o Direito**. Curitiba: Juruá, 2009.

MARINELLI, N. P. *et al.* Assistência à população indígena: dificuldades encontradas por enfermeiros. **Revista Univap**, São José dos Campos, v. 18, n. 32, dez. 2012.

MARINHO, G. L.; CALDAS, A. D. R.; SANTOS, R. V. Indígenas residentes em domicílios "improvisados" segundo o Censo Demográfico 2010. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 79-102, jan. 2017. Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000100079&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 abr. 2020.

MARQUES, A. M. C. *et al.* Tuberculose em indígenas menores de 15 anos, no Estado de Mato Grosso do Sul. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 43, n. 6, p. 700-704, dez. 2010.

MARQUES, A. M. C.; CUNHA, R. V. A medicação assistida e os índices de cura de tuberculose e de abandono de tratamento na população indígena Guaraní-Kaiwá no Município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1405-1411, 2003.

MARQUES, M. *et al.* Magnitude da tuberculose pulmonar na população fronteiriça de Mato Grosso do Sul (Brasil), Paraguai e Bolívia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2631-2642, dez. 2014.

MARSIGLIA, R. M. G.; SILVEIRA, C.; CARNEIRO JUNIOR, N. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. **Saude e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 69-76, ago. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 mar. 2020.

MARTINS, J. C. L. **O trabalho do enfermeiro na Saúde Indígena**: desenvolvendo competências para a atuação no contexto intercultural. 2017. 174 f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, out. 2004.

MELO, G.; SANTOS, R. M.; TREZZA, M. C. S. F. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 58, n. 3, p. 290-295, maio/jun. 2005.

MELO, P. E. *et al.* Distribuição espacial e temporal da tuberculose em indígenas e não indígenas de Rondônia, Amazônia Ocidental, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 267-280, fev. 2012.

MENDES, A. M. *et al.* O desafio da Atenção Primária na Saúde Indígena no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, DC, v. 42, n. e184, p. 1-6, 2018.

MENDES, A. M. *et al.* Situação epidemiológica da tuberculose no Rio Grande do Sul: uma análise com base nos dados do Sinan entre 2003 e 2012 com foco nos povos indígenas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 658-669, set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000300658&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 mar. 2020.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011. 549 p.

MENDES, G. R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

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.

MENENDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 mar. 2020.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface – Botucatu**, v. 9, n. 16, p. 161-77, fev. 2005.

MINAS GERAIS (Estado). **Implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde: redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2008. (Guia do tutor/facilitador).

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 32. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 33. ed. São Paulo: Vozes, 2013.

MITANO, F. **Discursos e produção de sentidos: experiência da transferência da política do tratamento diretamente observado de curta duração para o controle da tuberculose em Moçambique – África**. 2016. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

MOCELIN, D. G. Lévi-Strauss: eficácia simbólica, interação social e xamanismo. *In*: MOCELIN, D. G. **Blog fato sociológico**. Porto Alegre, 15 out. 2010. Disponível em: <http://fatosociologico.blogspot.com.br/2010/10/levi-strauss-eficacia-simbolica.html>. Acesso em: 26 abr. 2016.

MODELLI, L. FUNAI edita medida que permite ocupação e venda de terras indígenas sem homologação. *In*: **Povos indígenas no Brasil: notícias**. [S. l.], 27 abr. 2020. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Not%C3%ADcias?id=205874>. Acesso em: 27 abr. 2020.

MONTENEGRO, R. A.; STEPHENS, C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. **The Lancet**, Oxford, v. 367, p. 859-869, 2006.

MONTORO, T. Retratos da comunicação em saúde: desafios e perspectivas. **Interface**, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 442-451, 2008.

MORAIS, I. M. Vulnerabilidade do doente versus autonomia individual. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, p. 331-336, 2010. Suplemento 2.

MORAIS, R. V.; SANTOS, E. O. ; VILELA, R. Q. B. Os povos originários e a saúde: revisão integrativa da busca por saúde das populações originárias no Brasil. **Atas - Investigação Qualitativa em Saúde**, Fortaleza, v. 1, p. 936-947, 2018. Trabalho apresentado no 7º Congresso Ibero-americano em Investigação Qualitativa, 2018, [Fortaleza]. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1865>. Acesso em: 30 mar 2020.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I. B. Educação em saúde. *In*: PEREIRA, B. I. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2008. p. 155-161.

MOTA, S. E. C.; NUNES, M. Por uma atenção diferenciada e menos desigual: o caso do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 11-25, jan. 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000100011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 mar. 2020.

MOUTINHO, C. B. *et al.* Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 253-272, ago. 2014.

MOZZATO, R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. **RAC**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 731-747, 2011.

MÜLLER NETO, J. S. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 31, p. 54-67, 1991.

NACIONES UNIDAS. Conferencia Mundial sobre los Pueblos Indígenas. **Derechos de los pueblos indígenas**. [S. l.: s. n.], 2014.

NARVAI, P. C. *et al.* Práticas de saúde pública. *In*: **Saúde pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 269-297.

NASCIMENTO, A. C.; VIEIRA, C. M. N.. O índio e o espaço urbano: breves considerações sobre o contexto indígena na cidade Cordis. **História: cidade, esporte e lazer**, São Paulo, n. 14, p. 118-136, jan./jun. 2015.

NAVARRO, A. S. S.; GUIMARAES R. L. S.; GARANHANI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 61-68, jan./mar. 2013.

NEVES, M. P. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. **Revista Brasileira de Bioética**, Brasília, DF, v. 2, p. 157-72, 2006.

NGUYEN, D. *et al.* Tuberculosis in the Inuit community of Quebec, Canada. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, New York, v. 168, n. 11, p. 1353-1357, 2003. Disponível em: <http://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.200307-910OC#.VaChnvknUiI>. Acesso em: 20 jun. 2015.

NÓBREGA, R. G. *et al.* A busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose, no cenário indígena potiguara, Paraíba, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1169-1176, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000600018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 mar. 2020.

NOGUEIRA, L. M. V. *et al.* Therapeutic itineraries and explanations for tuberculosis: an indigenous perspective. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 96, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100274&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 mar. 2020.

NOGUEIRA, R. P. (org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010.

NOGUEIRA, R. P. Determinantes, determinação e determinismo sociais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 397-406, set./dez. 2009.

NOVO, M. P. Política e intermedialidade no alto Xingu: do modelo à prática de atenção à Saúde Indígena. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1362-1370, 2011.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. *In*: CAMPOS, G. W. S. et al. (org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 19-40.

NUREÑA, C. R. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, DC, v. 26, n. 4, p. 368-376, 2009.

NUTELS, N. Medicina problems of newly contacted indian groups. **Biomedical Challenges Presented by the American Indian**. Washington, DC, n. 165, p. 48-56, 1968.

NUTELS, N. *et al.* Atividades do SUSA em 18 aldeamentos de índios do Sul de Mato Grosso. **Revista do SNT**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 41, set. 1967.

NUTELS, N. Plano para uma campanha de defesa do índio brasileiro contra a tuberculose. **Revista Brasileira de Tuberculose**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 139, p. 3-28, jan./fev. 1952. Separata.

NUTELS, N. SUSA - 1959. Resumo das Atividades durante o ano passado, Rio de Janeiro, Serviço Nacional da Tuberculose, 1960. **Revista do SNT**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 27, p. 27-35, 1960. Separata.

NUTELS, N. SUSA - 1961. Resumo das Atividades. **Revista do SNT**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 631, p. 645-647, 1962

NUTELS, N.; DUARTE, L. V. SUSA - 1960. Cadastro tuberculínico na área indígena. **Revista do SNT**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 19, p. 259-270, set. 1961.

OGDEN, J.; WALT, G.; LUSH, L. The politics of 'branding' in policy transfer: the case of DOTS for tuberculosis control. **Social Science & Medicine**, New York, v. 57, n. 1, p. 179-188, jul. 2003..

O OLIVEIRA, D. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, out./dez. 2008.

OLIVEIRA, L. S. S. O agente indígena de saúde do Parque Indígena do Xingu: perspectivas de formação e trabalho. In: BARUZZI, R.; JUNQUEIRA, C. (org.). **Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo: Terra Virgem, 2005. p. 247-57.

OLIVEIRA, N. *et al.* Tuberculosis among the Xavante Indians of the Brazilian Amazon: an epidemiological and ethnographic assessment. **Annals of Human Biology**, London, v. 37, n. 5, p. 643-57, set./out. 2009.

OLIVEIRA, N. R. C. (org.). **Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2015.

OLIVEIRA, R. C. C. *et al.* Discursos de gestores sobre a política do tratamento diretamente observado para tuberculose. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 68, n. 6, p. 1069-1077, dez. 2015.

OLIVEIRA, R. C. C. *et al.* Discursos de gestores sobre informação e conhecimento relacionado ao Tratamento Diretamente Observado da tuberculose. **Texto contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 2, e3210015, 2016 .

OLIVEIRA, R. C. C. Representações sociais sobre a situação de vida, saúde e doença na concepção indígena Potiguara. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 234, mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000100021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 mar. 2020.

OLIVEIRA, R. N. C.; ROSA, L. C. S. Saúde indígena em tempos de barbárie: política pública, cenários e perspectivas. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 18, n. 2, p. 481-495, jul./dez. 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321133267012>. Acesso em: 20 mar. 2020.

OLIVEIRA, S. M. V. L. *et al.* Teste tuberculínico: pesquisa operacional no Mato Grosso do Sul. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 37, n. 5, set./out. 2011. Disponível

em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132011000500012. Acesso em: 20 mar. 2020.

OMS. **Directives**: mesures incitatives pour les professionnels de la santé. Genève: Organisation Mondiale de la Santé, 2008.

OMS. **2006**: colaboremos por la salud. Disponível em: www.who.int/world-health-day/previous/2006/es/index.html. Acesso em: 22 nov. 2010.

OMS. **Declaração de Alma-Ata**. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata, URSS.

OMS. **Documentos básicos**. 26. ed. Ginebra OMS, 1976.

ONU. **Objetivos de desarrollo del milenio**: una mirada desde América Latina y el Caribe. Santiago del Chile: Naciones Unidas, 2005.

OPS. **Salud y seguridad de los trabajadores del sector salud**: manual para gerentes y administradores. Washington, DC: OPS, 2005.

ORELLANA, J. D. Y. *et al.* Morbidade hospitalar em crianças indígenas Suruí menores de dez anos, Rondônia, Brasil: 2000 a 2004. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 3, 281-287, 2007.

ORELLANA, J. D. Y.; GONÇALVES, M. J. F.; BASTA, P. C. Características sociodemográficas e indicadores operacionais de controle da tuberculose entre indígenas e não indígenas de Rondônia, Amazônia Ocidental, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 714-724, dez. 2012.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso**: princípios e procedimentos. Campinas, SP: Pontes, es; 2015.

ORLANDI, E. P. **Análise do discurso**: pPrincípios e procedimentos. 8.^a ed. Campinas: Ponteos, 2009.

ORLANDI, E. P.; GUIMARÃES, E. **Unidade e dispersão**: uma questão do texto e do sujeito. Campinas: Unicamp. 1988.

PAI, D. D.; SCHRANK, G.; PEDRO, E. N. R. O enfermeiro como ser sócio-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 82-87, 2006.

PAIVA, B. L. *et al.* Distribuição espacial de tuberculose nas populações indígenas e não indígenas do estado do Pará, Brasil, 2005-2013. **Escola. Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1-7, 2017.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Biomedical challenges presented by the american indian**: Proceedings of the special Session held during the seventh meeting of the PAHO advisory committee on medical research 25 june 1968. Washington, D.C. n. 165, p. 185, sept.1968.

Disponível

em:<<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1210/42112.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 jun. 2019. PARANÁ (Estado). Ministério Público do Paraná. **Saúde Pública**.

PARANÁ. (Estado). Secretaria da Saúde. **Regionais de saúde**. [2020a]. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=522>. Acesso em: 8 abr. 2020.

PARANÁ (Estado). Secretaria da Saúde. **VigiaSUS**. Programa de qualificação da vigilância em saúde no Paraná. [2020d] Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2979#:~:text=O%20VigiaSUS%20%C3%A9%20um%20programa,Estadual%20aos%20399%20munic%C3%ADpios%20paranaenses>. Acesso em: 20 mar. 2020.

PARANÁ (Estado). Secretaria de Saúde. **Regionais de saúde**: regionais por macroregionais. [2020c] Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2752>. Acesso em: 26 mar. 2020.

PARANÁ. (Estado). Prefeitura de Guarapuava. - PR. **Administração**: sSobre Guarapuava. [2020b]. Disponível em: <<https://www.guarapuava.pr.gov.br/conheca-guarapuava/sobreguarapuava/>>. Acesso em: 07 abr. 2020.

PAULA, L. R. O ensino superior indígena como política pública: elementos para a construção de um modelo metodológico de avaliação e comparação de experiências locais. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília, DF, v. 94, n. 238, p. 795-810, dez. 2013.

PEDRANA, L. *et al.* Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, DC, v. 42, e178, 2018.

PEDRO, A. S.; OLIVEIRA, R. M. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington **Rev Panam Salud Publica**, DC, v. 33, n. 4, p. 294–301, abr. 2013.

PEDRO, S. A.; OLIVEIRA, R.M. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. **Rev Panam Salud Publica**. Washington, v.33, n. 4, p. 294–301, 2013.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 75-91, 2002.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, fev. 2001.

PÊGO, B. *et al.* (org.). **Fronteiras do Brasil**: diagnóstico e agenda de pesquisa para política pública. Brasília, DF: Ipea, 2017. 276 p. v. 2.

PÊGO, R. A.; ALMEIDA, C. Teoría y práctica de las reformas de los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 971-989, 2002.

PEITER, P. C. A. **Geografia da saúde na faixa de fronteira continental do Brasil na passagem do milênio**. 2005. 334 f. Tese (Doutorado em Geociências) - Instituto de Geociências, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

PELLON, L. H. C.; VARGAS, L. A. Cultura, interculturalidade e processo saúde-doença: (des)caminhos na atenção à saúde dos Guarani Mbyá de Aracruz, Espírito Santo. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1377-1397, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 abr. 2020.

PEREIRA JÚNIOR, J. R. B. S. **Conceito: vulnerabilidade**. Disponível em: <https://wikiglaw.fd.uc.pt/mediawiki/index.php/Vulnerabilidade#IV_-_BIBLIOGRAFIA:>. Acesso em: 20 mar. 2020.

PEREIRA, P. P. G. Limites, traduções e afetos: profissionais de saúde em contextos indígenas. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 511-538, dez. 2012.

PEREIRA, A. P. C. M.; CERVO, M. L. S. A enfermeira e a educação em saúde: estudo de uma realidade local. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 30, n. 1, p. 7-18, jan./jun. 2006.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). **PEREIRA, I. B. Dicionário da educação profissional em saúde**. PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). n.2. , ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, 478p.

PEREIRA, O. P.; ALMEIDA, T. M. C. Saúde e poder: um estudo sobre os discursos hegemônicos e subalternos em contextos multiculturais. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v.15, n. 2, p. 91-98, 2005.

PEREIRA, P. P. G. Limites, traduções e afetos: profissionais de saúde em contextos indígenas. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 511-538, dez. 2012.

PERES, A. C. 5º Conferência Nacional de Saúde Indígena: desafios demais, debates de menos. **RADIS**, Rio de Janeiro, p. 24-28, 2014.

PÉREZ, C.; NAZAR, G.; COVA, F. Facilitadores y obstaculizadores de la implementación de la política de salud intercultural en Chile. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, DC, v. 39, n. 2, p. 122-127, 2016.

PERUZZO, P. P. Direitos humanos, povos indígenas e interculturalidade. **Revista Videre**, Dourados, v. 8, n. 15, p. 11-25, jan./jun. 2016.

PÊUCHEUX, M. Análise de discurso: três épocas (1983). *In*: organizadores: GADET, F.; e HAK, .T. (org.). **Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux**. 4.ª ed. Campinas SP: Unicamp, 2010.

PIAZZAROLI, P. Territorialidade para os povos indígenas. *In*: SILVA, L. B. S.; OLIVEIRA, P. C. (coords.). **Socioambientalismo: uma realidade**. Curitiba: Juruá, 2007. p. 202.

PIRES, E. D. Divisão técnica do trabalho em saúde. *In*: PEREIRA, Isabel. B.; LIMA, Júlio. C. F (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. p. 130-135.

PONTES, A. L.; STAUFFER, A.; GARNELO, L. Profissionalização indígena no campo da saúde: desafios para a formação técnica de Agentes Indígenas de Saúde. *In*: GARNELO, L.;

PONTES, A. L. (orgs.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília, DF: Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão, Ministério da Educação/Fundo das Nações Unidas para a Infância; 2012. p. 265-288.

PORTER, J. D. H.; OGDEN, J. A. Missed Opportunities? Coercion or Commitment: policies of prevention. **Annals of New York Academy of Sciences**, New York, , v. 953, p. 224-232, 2001.

PREFEITURA DE FOZ DO IGUAÇU - PR. Prefeitura Municipal. **A cidade**. [2020]. Disponível em: <<https://www5.pmfi.pr.gov.br/cidade>>. Acesso em: 07 abr. 2020.

PRZENYCZKA, R. A. et al. O paradoxo da liberdade e da autonomia nas ações do enfermeiro. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 427-431, abr./jun. 2012.

PUERTO, D. *et al.* Caracterización de aislamientos clínicos de Mycobacterium tuberculosis de pueblos indígenas de Colômbia. **Biomédica**, Bogotá, v. 39, n. 2, p. 78-92, 2019. Disponível em: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4318><<https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/issue/view/168/55>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

QUARESMA, V. B. S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Florianópolis, v. 2, n. 1, 2005.

QUEIROZ, L. F. M. “Os novos nômades globais, a nova migração do século XXI”. 2012. 52 folhas. Monografia Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Geografia) – Centro de Ciências Exatas, – Departamento de Geografia, – Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, 2012.

QUEIROZ, M. I. P. **Variações sobre a técnica do gravador no registro da informação viva**. 2. ed. São Paulo: CERVE/FFLCH/USP, 1983.

RAMOS, J. E. M. **Trabalho dos índios do Brasil: Como é o trabalho dos índios do Brasil, onde trabalham, divisão de trabalho entre homens e mulheres, características**. Disponível em: <https://www.suapesquisa.com/indios/trabalho_indios.htm>. Acesso em: 27 abr. 2020.

RANGEL, M. L.; NATANSOHN, G. Comunicação e saúde: sob o signo da tuberculose. *In*: PORTO, C. M.; BROTAS, A. M. P.; BORTOLIERO, S. T. (orgs.). **Diálogos entre ciência e divulgação científica**: leituras contemporâneas [online]. Salvador: EDUFBA, 2011, p. 179-198.

RENSHAW, J. "A eficácia simbólica" revisitada: cantos de cura ayoreo. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 393-427, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-77012006000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 mar. 2020.

RIBEIRO, A. A. *et al.* O trabalho de enfermagem em uma instituição de apoio ao indígena. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 138-145, jan./mar., 2015.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 438-446, abr. 2004.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

RIOS, D. *et al.* Tuberculose em indígenas da Amazônia brasileira: estudo epidemiológico na região do Alto Rio Negro. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, Washington, DC, v. 33 n. 1, p. 22-29, 2013.

ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. S. L. Determination or determinants? A debate based on the theory on the social production of health. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 129-135, fev. 2015.

RODRIGUES, D. A. *et al.* **A atenção diferenciada em Saúde Indígena**: considerações iniciais. São Paulo: UNIFESP, 2015. Texto de Apoio. Curso de Especialização em Saúde Indígena à distância – UNASUS/UNIFESP.

RODRIGUES, D. A. UNIFESP/Escola Paulista de Medicina, o Projeto Xingu e a política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no Brasil. *In*: BARUZZI, R. G.; JUNQUEIRA, C. (orgs.). **Parque Indígena do Xingu**: saúde, cultura e história. São Paulo: Terra Virgem, 2005. Cap. 14.

ROUANET, S. P. Ética e antropologia. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 4, n. 10, p. 111-150, 1990.

RUBEL, A. J.; GARRO, L. C. Social and cultural factors in the successful control of tuberculosis. **Public Health Reports**, Newbury Park, v. 107, n. 6, p. 626-36, nov./dez. 1992.

RUFFINO-NETTO, A. Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 7-18, jun. 1999.

SÁ, L. D. *et al.* Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, 2011. [09 telas].

SÁ, L. D. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 712-718, dez. 2007.

SABÓIA, V. M. **Educação em saúde: a arte de talhar pedras**. Niterói: Intertexto, 2003.

SACCHI, F. P. C. *et al.* Genetic clustering of tuberculosis in an indigenous community in Brazil. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, Cleveland, v. 98, n. 2, p. 372-375, 2018. Disponível em: <<http://www.ajtmh.org/docserver/fulltext/14761645/98/2/tpmd170480.pdf?expires=1588450008&id=id&accname=guest&checksum=548842C539CC0695358D2C8FA0CFEA7F>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

SANCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Conhecimento sobre a tuberculose por estudantes universitários. **Boletim de Pneumologia. Sanitária.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 19-26, abr. 2004.

SÁNCHEZ, L. L. *et al.* Aproximación a la situación de la Tuberculosis pulmonar en comunidades indígenas del municipio Puerto Gaitán, Meta, Colômbia. **Revista Hhabanera de Ciencias Médicas, (on-line version)**, Cerro, v. 17, n. 3, p. 462-480, 2018. Disponível em: <<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2255>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

SÁNCHEZ, M. *et al.* Meanings of ‘Tuberculosis’ in rural indigenous communities from a municipality in the Colombian Amazon. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 35, n. 2, p. 165-173, aug., 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072017000200165&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2020.

SANDES, L. F. F. Atenção Primária à Saúde de indígenas sul-americanos: revisão integrativa da literatura. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, DC, n. 42, e163, out. 2018.

SANDOVAL, N. C. R. *et al.* Pulmonary tuberculosis in an indigenous community in the mountains of Ecuador. **International Journal Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v. 11, n. 5, p. 550–555, 2007.

SANTOS, F. M. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. Resenha de: BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p. **RevEduc**, São Carlos, v. 6, n. 1, p. 383-387, 2012.

SANTOS, M. M. *et al.* Assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde de Teresina à população indígena do Maranhão, 2011: um estudo descritivo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 25, n. 1, p. 127–136, 2016.

SANTOS, R. V. *et al.* Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: GIOVANELLA, L. (orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 1035-1056.

SANTOS, R. V.; COIMBRA-JUNIOR, C. E. A. Causas de internação hospitalar indígena em Rondônia. O Distrito Sanitário Especial Indígena Porto Velho (1998 – 2001). *In*: COIMBRA-JUNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (orgs.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 2003. p. 127-147.

SANTOS, S. C. *et al.* Diagnóstico da tuberculose em indígenas menores de quinze anos por meio de um sistema de pontuação em Mato Grosso do Sul. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 84-91, 2013.

SANTOS-FILHO, S. B. Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. **Cadernos de . Saúde Pública**, RRio de Janeiro , v. 28, n. 5, p. 1005-1006, mMai.o 2012.

SAUNDERS, M. J.; CARLTON, A. E. Fighting poverty to prevent tuberculosis. **The Lancet Infectious Diseases**, New York, v. 16, n. 4, p. 395-396, 2016.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 47-74, dezc. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902001000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 mar. 2020.

SCHAVELZON, S.; PITMAN, T.. Bem viver e autonomia nos territórios indígenas latino-americanos. **Revista. Periferias**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 1-19, 2019. Disponível em: <<http://revistaperiferias.org/materia/bem-viver-linguagem-criatividade-e-criticidade-bem-viver-e-autonomia-nos-territorios-indigenas-latino-americanos/?ided=1222&pdf=1664>>. Acesso em: 27 abr. 2019.

SCHERER, M. D. A. *et al.* Desafios para o trabalho em saúde: um estudo comparado de hospitais universitários na Argélia, Brasil e França. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2265-2276, jul. 2018.

SCHWEICKARDT, J. C. *et al.* O Programa Mais Médicos na saúde indígena: o caso do Alto Solimões, Amazonas, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, DC, v. 44, n. e24, mar. 2020.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SHANKLAND, A. *et al.* **Brazil country report**: indigenous health and vulnerability monitoring systems. Part of UNICEF's Real Time Monitoring: eEquity in Action Global Study. Nova Iorque: UNICEF, 2012.

SICSU, A. N. *et al.* Educational intervention for collecting sputum for tuberculosis: a quasi-experimental study. **Revista. Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2703, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100333&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 abr. 2020.

SILVA, A. H.; FOSSA, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica**, Campina Grande, v. 167, n. 1, 2015.

SILVA, A. M. M. *et al.* Perfil epidemiológico da tuberculose na população indígena. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, Pernambuco, v. 8, n. 3, p. 67-71, jul./-set., 2018. Disponível em: <<http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

SILVA, C. D. C. **Saúde e política – uma etnografia dos profissionais da Saúde Indígena**. 2010. 276 f. Tese (Doutorado em Antropologia) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2010.

SILVA, D. M. *et al.* Dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante a permanência em uma Casa de Saúde Indígena na região Amazônica/Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 920-929, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000400920&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 abr. 2020.

SILVA, J. R. A. *et al.* Educação em saúde na estratégia de saúde da família: percepção dos profissionais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 1, 75-81, 2015a.

SILVA, L. M. C. *et al.* Design and semantic validation of a new instrument to assess policy transfer of directly observed treatment for tuberculosis. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, DC, a (Print), v. 38, p. 129-135, 2015b.

SILVA, M. C. N.; MACHADO, M. H. Sistema de saúde e trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 7-13, jan. 2020.

SILVA, P. C. **Fatores intervenientes na cura de pacientes com tuberculose em Vitória, Brasil**. 2013. 62 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, , Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

SILVA, R. P. *et al.* A experiência de alunos do PET-Saúde com a Saúde Indígena e o programa Mais Médicos. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 1, p. 1005–1014, 2015.

SILVA, S. S.; ASSIS, M. M. A.; SANTOS, A. M. dos. Enfermeira como protagonista do gerenciamento do cuidado na estratégia saúde da família: diferentes olhares analisadores. **Texto contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 3, e1090016, 2017 .

SILVA-SOBRINHO, R. A. *et al.* Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplíce fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. **Revista Panamericana Salud Pública**, Washington, DC, v. 31, n. 6, p. 461–468, 2012.

SOUSA VIANA, P. V. *et al.* Tuberculose entre crianças e adolescentes indígenas no Brasil: fatores associados ao óbito e ao abandono do tratamento. **Cadernos de Saúde Pública (Online)**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, e00074218, p. 1-16, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2019001505004&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 20 mar. 2020.

SOUSA, M. C.; SCATENA, J. H. G.; SANTOS, R. V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 853-861, 2007.

SOUSA, M. C.; SCATENA, J. H. G.; SANTOS, R. V. O Sistema de Informação à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 853-861, 2007.

SOUZA, A. C. S.; SANTOS, M. L. J. S.; MIRANDA, L. N. Dificuldades na adesão do plano de tratamento pelo paciente com tuberculose. **Cadernos de Graduação**, Maceió, v. 4, n. 2, p. 297-312, 2017.

SOUZA, K. M. J. *et al.* Atuação da Enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online]., São Paulo, 2014, v. 48, n. 5, p. 874-882. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-874.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

SOUZA, L. G.; SANTOS, R. V.; COIMBRA-JUNIOR, C. E. A. Estrutura etária, natalidade e mortalidade do povo indígena Xavante de Mato Grosso, Amazônia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 465-473, 2010. Supplement 1.

SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L. Quando, como e o que se bebe: o processo de alcoolização entre populações indígenas do alto Rio Negro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1640-1648, 2007.

SOUZA, T. J.; SANTOS, E. S. **Distribuição espacial da incidência de tuberculose em indígenas de Mato Grosso, 2010-2017**. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE, 9., 2019, Blumenau.

STEIMAN, R.; MACHADO, L. O. Limites e fronteiras internacionais: uma discussão histórico geográfica. 2002. p. 16. Disponível em: https://www.academia.edu/1963114/Limites_e_fronteras_internacionais_uma_discuss%C3%A3o_hist%C3%B3rico-geogr%C3%A1fica. Acesso em: 20 maio 2020..

STONE, D. Transfer agents and global networks in the ‘transnationalization’ of policy. **Journal of European Public Policy**, London, v. 11, n. 3, p. 545-566, 2004.

STROSCHEIN, K. A.; ZOCHE, D. A. A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 505-519, nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 abr. 2020.

SURVIVAL. **Povos indígenas do Brasil**: modos de vida. [2020]. Disponível em: <<https://www.survivalbrasil.org/povos/indios-brasileiros>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

TAVEIRA, Z. Z.; SCHERER, M. D. A.; DIEHL, E. E. Implantação da telessaúde na atenção à Saúde Indígena no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1793–1797, . 2014.

TAYLOR, P. J. **Political geography**: world economy, nation-state and locality. New York: Longman, 1985.

TEDESCO, S.; LIBERMAN, F. O que fazemos quando falamos em vulnerabilidade? **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 254-260, 2008.

TEIS, M. A. **Escrita e letramento com alunos Ava -Guarani**: aulas de reforço. 2007. 175 f. Dissertação (Mestrado em Letras) - Programa de Pós graduação Stricto Sensu em Letras, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, Paraná, 2007.

TELLES, V. S. Questão social afinal, do que se trata? **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 10, n. 4, 1996.

TERRA, L. S. V.; CAMPOS, G. W. S. Alienação do trabalho médico: tensões sobre o modelo biomédico e o gerencialismo na Atenção Primária. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 2, e0019124, 2019.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 95-206, 2008.

TRIGUEIRO, J. V. S. *et al.* Controle da tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 19, n. 6, p. 1289-1296, dez. 2011. [08 telas].

TURGEON, J. *et al.* **Policy health transfer and health impact assessment**. Québec: Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé, 2008. (Series Transfer of knowledge). Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé. Canada, 2008.

UKWAJA,; K. N. *et al.* The economic burden of tuberculosis care for patients and households in Africa: a systematic review. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease.**, Paris, v. 16, n. 6, p. 733-739, 2012.

UZZANI, M. *et al.* Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic Reviews**, Berlin, n. 5, p. 210, 2016.

VELASCO, H.; RADA, A. D. **La lógica de la investigación etnográfica**. Un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela. Madrid: Trotta, 1997.

VERDUM, R. **Os direitos indígenas no cipoal da transparência**. Nota técnica n° 187. Brasília, DF: INESC,; 2015. (Nota técnica n. 187). Disponível em: <<http://www.inesc.org.br/biblioteca/publicacoes/notas-tecnicas/nts-2015/notatecnica-187-os-direitos-indigenasno-cipoal-da-transparencia/view>>. Acesso em: 20 set. 2018.

VIANA, N. S.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C.. M. S. Reprodução social e processo saúde-doença: para compreender o objeto da saúde coletiva. *In*: SOARES, C. B.; CAMPOS, C.

M. S. (orgs.). **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem**. Barueri: Manole,; 2013. p. 107-142.

VIANNA, L. A. C. **Determinantes sociais de saúde**: processo saúde doença. Disponível em: <<http://www.unasus.unifesp.br/index.php/biblioteca/124-modulos-de-conteudos-esf1>>. Acesso em: 21 mar. 2020.

VIEIRA FILHO, J. P. B. Falhas assistenciais à saúde de populações indígenas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, Ed. Espec., p. 50-51, jan. 1988. Edição especial.

VILAS-BOAS, F. **Atenção Básica à beira do colapso**. Governo do Estado. Secretaria de estado. Secretário da Saúde da Bahia. [2020]. **Atenção Básica à beira do colapso**. s/d. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/artigo-atencao-basica-a-beira-do-colapso/>>. Acesso em: 31 mar. 2020.

VILLEGAS, S. Tuberculosis en comunidades indígenas del Chocó, Colômbia. Análisis epidemiológico y perspectivas para disminuir sua incidência. **Enfermedades Infecciosas y Microbiología**, MedellínColômbia, v. 38, n. 4, p. 104-114, oct./dic., 2018. Disponível em: <<https://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2018/ei184b.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

WALKER, R. S.; SATTENSPIEL, L.; HILL, K. R. Mortality from contact-related epidemics among indigenous populations in Greater Amazonia. **Scientific Reports**., London, v. 5, p. 1-9, 2015.

WEBER, R. **Basic content analysis**. Beverly Hills: Sage,; 1985.

WELCH JUNIOR, J.; COIMBRA-JÚNIOR, C. E. A . Perspectivas culturais sobre transmissão e tratamento da tuberculose entre os Xavante de Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 190-194, jan. 2011.

WHO. **Biomedical challenges presented by the american indian**: pProceedings of the special Session held during the seventh meeting of the PAHO advisory committee on medical research 25 june 1968. Washington, D.C.: PAHO: WHO, 1968. (Scientific Publication n. 165).

WHO. **Biomedical challenges presented by the american indian**: proceedings of the special Session held during the seventh meeting of the PAHO advisory committee on medical research 25 june 1968. Washington, D.C.: PAHO: WHO, 1968. (Scientific Publication n. 165).

WHO. **Global tuberculosis report 2014**. Genebre: WHO, 2014. , p. 185, set.1968.

WHO. **Global tuberculosis report 2015**. Genebre: WHO, 2, Suíça, ed.20. 2015. 204 p.

WHO. **Global tuberculosis report 2016**. Genebre: WHO, , Suíça, 2016. 214 p.

WORLD HEALTH ASSOCIATION. Division of Mental Health. **Qualitative Research for Health Programmes**. Geneva: WHA, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis report 2014**. Genebre, Suíça, 2014.

ZORZI, S. S. *et al.* Análise espaço temporal dos casos de tuberculose na população indígena do estado do Paraná. **Revista Varia Scientia - Ciências da Saúde**, ParanáCascavel, v. 4, n. 1, p. 40-49, 2018.

ZORZI, S. S. *et al.* Tuberculose em população indígena autodeclarada no Estado do Paraná. **Revista. Bbrasileira de. Cciências da. Ssaúde**, João Pessoa, v. 23, n. 1, p. 57-64, 2019.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Roteiro para entrevista Gestores

ROTEIRO DE ENTREVISTAS PARA GESTORES

6.3 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Número do questionário: _____		Município _____	
Responsável pela coleta de dados: _____		Data da coleta de dados: ____/____/____	
Local da coleta: _____			
Horário de início da entrevista: _____		Horário de término da entrevista: _____	
Recusa da entrevista: <input type="checkbox"/>		Justifique _____	
Iniciais:			
S e x o:	<input type="checkbox"/>	Femi nino	M as c u l i n o
Data de Nascimento: ____/____/____			
Função: _____		Tipo de vínculo: _____	Tempo que exerce a atual função: ____ a nos
N ív el d e i n s t r u ç ã o	Ensino médio (segundo grau) completo Ensino técnico completo. Ensino superior incompleto Ensino superior completo. Especifique: _____ Especialização incompleta. Especifique: _____ Especialização completa. Especifique: _____ Mestrado completo. Especifique: _____ Mestrado incompleto. Especifique: _____ Doutorado incompleto. Especifique: _____ Doutorado completo. Especifique: _____ Pós-doutorado. Especifique: _____		

1.2 QUESTÕES SEMIESTRUTURADAS RELACIONADOS ÀS INFORMAÇÕES GERAIS DA ATENÇÃO À TUBERCULOSE

1.2.1 Categoria I – Gestor

1. Como é a organização da atenção à TB para a população indígena em seu Município/Distrito ou Regional?
2. Como tem sido a articulação do serviço de atenção à saúde da população indígena com o SUS na atenção a TB?
3. Que adequações ou inovações têm sido feitas para efetivar a transferência de políticas de controle da TB na população indígena? Quais? Se não fez, o que o(a) Sr(a) tem planejado?
4. Que artifícios a Coordenação vêm adotando para incentivar as estratégias de controle da TB na população indígena junto aos serviços de saúde?
5. Quais características influenciam controle da TB na população indígena?
6. Quais articulações são realizadas no sistema de saúde para o acompanhamento do indígena doente de TB nas Unidades de Referência?
7. Quais tem sido as dificuldades na descentralização das ações da TB para as equipes locais?
8. Para a atenção a TB em populações indígenas existe protocolos específicos?
9. Quais inovações e ou adequações foram realizadas nas ações de controle da TB junto as equipes locais?
10. Quando existe suspeição da TB entre algum membro da população indígena, quais estratégias têm sido utilizadas para a garantia da assistência?
11. Comente sobre o fluxo de encaminhamentos quando existe a suspeição da TB em indígenas.
12. Quais profissionais são responsáveis pela notificação dos casos de TB em indígenas?
13. Como as informações sobre as ações de controle da TB vêm sendo discutidas com os diferentes coordenadores em todos os níveis do sistema de saúde?
14. Como se constituem as equipes para o desenvolvimento das ações de vigilância em saúde?
15. Comente sobre a experiência do(a) Sr(a) na atenção à TB junto aos demais coordenadores e/ou profissionais de saúde.
16. Como tem sido a participação dos profissionais de saúde em treinamentos específicos para o controle da TB junto a população indígena?
17. Quais as potencialidades presentes na rede de atenção no controle da TB na população indígena?
18. Quais os principais desafios/fragilidades da gestão/equipes de saúde para a atenção a TB junto a população indígena?

APÊNDICE B –Roteiro para entrevistas dos profissionais

ROTEIRO DE ENTREVISTAS PARA PROFISSIONAIS

6.4 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Número do questionário: _____		Município _____	
Responsável pela coleta de dados: _____		Data da coleta de dados: ____/____/____	
Local da coleta: _____			
Horário de início da entrevista: _____		Horário de término da entrevista: _____	
Recusa da entrevista: <input type="checkbox"/>		Justifique _____	
Iniciais:			
S e x o:	<input type="checkbox"/>	Femi nino	M as c u l i n o
Data de Nascimento: ____/____/____			
Função: _____		Tipo de vínculo: _____	
		Tempo que exerce a atual função: ____ a nos	
N ív el d e i n s t r u ç ã o	Ensino médio (segundo grau) completo Ensino técnico completo. Ensino superior incompleto Ensino superior completo. Especifique: _____ Especialização incompleta. Especifique: _____ Especialização completa. Especifique: _____ Mestrado completo. Especifique: _____ Mestrado incompleto. Especifique: _____ Doutorado incompleto. Especifique: _____ Doutorado completo. Especifique: _____ Pós-doutorado. Especifique: _____		


1.2 QUESTÕES SEMIESTRUTURADAS RELACIONADOS ÀS INFORMAÇÕES GERAIS DA ATENÇÃO À TUBERCULOSE

1.2.1 Categoria II – Profissionais


1. Como é a organização da atenção à TB para a população indígena em sua unidade?
2. Como o Sr (a) entende a articulação da política de atenção à saúde da população indígena com os níveis estadual, regional e local na atenção a TB?
3. Quais características influenciam controle da TB na população indígena?
4. Quais articulações são realizadas no sistema de saúde para o acompanhamento do indígena doente nas Unidades de Referência?
5. Quais são as estratégias que a equipe de saúde realiza para a atenção à TB entre a população indígena?
6. Quais inovações e ou adequações tem sido realizadas para as ações de controle da TB na população indígena?
7. Quando existe suspeição da TB entre algum membro da população indígena quais estratégias têm sido utilizadas para a garantia da assistência?
8. Comente sobre o fluxo de encaminhamentos quando existe a suspeição da TB em indígenas.
9. Quais profissionais são responsáveis pela notificação dos casos de TB em indígenas?
10. Após a confirmação diagnóstica e efetivação do tratamento, como é realizado o acompanhamento dos indígenas doentes?
11. Comente quais estratégias tem sido realizada para a busca ativa de casos da TB?
12. Para a atenção a TB em populações indígenas existe protocolos específicos?
13. Como tem sido a participação dos profissionais de saúde em treinamentos específicos para o controle da TB junto a população indígena?
14. Quais as potencialidades presentes na rede de atenção no controle da TB na população indígena?
15. Quais os principais desafios/fragilidades da gestão/equipes de saúde para a atenção a TB junto a população indígena?

APÊNDICE C- Anuência de Lideranças Indígenas de Nova Laranjeiras

1



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315-3382 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ilmo. Cacique
Sr.
Assunto: Pedido de autorização para realização de coleta de dados
Município: Nova Laranjeiras - PR

Assunto: Pedido de autorização para realização de coleta de dados

Prezado Senhor,

Eu, **Regiane Bezerra Campos**, na qualidade de coordenadora do projeto de doutorado intitulado **“Transferência de Política no Controle da Tuberculose na População Indígena em Região de Fronteira”**, solicito vossa autorização para realização de uma pesquisa juntamente aos profissionais (enfermeiro, médico, odontólogo, técnico de enfermagem) que prestam assistência a comunidade aldeada neste município. O presente estudo tem como objetivo compreender a transferência de política de controle da tuberculose na população indígena em região de fronteira do estado do Paraná.

A participação dos profissionais de saúde envolvidos no controle da TB no âmbito da saúde Indígena ocorrerá por meio de entrevista semi-estruturada relacionada à transferência de política no controle da tuberculose na população indígena.

A contribuição será de grande importância para a política de controle da TB nos indígenas. Ressaltamos que o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP e do Hospital do Trabalhador – Curitiba/PR. Respeitará todos os princípios éticos e legais recomendados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Sou responsável pela coleta de dados nestes municípios, bem como. Esclarecimentos que se fizerem necessários em relação à pesquisa.

Desde já agradecemos e contamos com vossa aquiescência nos devidos encaminhamentos para realização da pesquisa.

Regiane Bezerra Campos

Profª Ms. Regiane Bezerra Campos
UNIOESTE
Doutoranda da EERP/USP e Pesquisadora
Principal

Pedro Fredemir Palha

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha
Prof. Titular da EERP/USP
Orientador do Projeto de Pesquisa

Na qualidade de Cacique autorizo a coleta de dados pertinente à pesquisa acima referida.

Data: 04/02/2019 Assinatura *Antonio Carlos Urubim*

Cacique. Antomundo Pico



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315-3382 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ilmo. Cacique

Sr. *Angelo K. Rufino*

Assunto: Pedido de autorização para realização de coleta de dados

Município: Nova Laranjeiras - PR

Assunto: Pedido de autorização para realização de coleta de dados

Prezado Senhor,

Eu, **Regiane Bezerra Campos**, na qualidade de coordenadora do projeto de doutorado intitulado **“Transferência de Política no Controle da Tuberculose na População Indígena em Região de Fronteira”**, solicito vossa autorização para realização de uma pesquisa juntamente aos profissionais (enfermeiro, médico, odontólogo, técnico de enfermagem) que prestam assistência a comunidade aldeada neste município. O presente estudo tem como objetivo compreender a transferência de política de controle da tuberculose na população indígena em região de fronteira do estado do Paraná.

A participação dos profissionais de saúde envolvidos no controle da TB no âmbito da saúde Indígena ocorrerá por meio de entrevista semi-estruturada relacionada à transferência de política no controle da tuberculose na população indígena.

A contribuição será de grande importância para a política de controle da TB nos indígenas. Ressaltamos que o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP e do Hospital do Trabalhador – Curitiba/PR. Respeitará todos os princípios éticos e legais recomendados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Sou responsável pela coleta de dados nestes municípios, bem como. Esclarecimentos que se fizerem necessários em relação à pesquisa.

Desde já agradecemos e contamos com vossa aquiescência nos devidos encaminhamentos para realização da pesquisa.

Regiane Bezerra Campos

Profª Ms. Regiane Bezerra Campos
UNIOESTE

Doutoranda da EERP/USP e Pesquisadora
Principal

Angelo K. Rufino

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha
Prof. Titular da EERP/USP
Orientador do Projeto de Pesquisa

Na qualidade de Cacique autorizo a coleta de dados pertinente à pesquisa acima referida.

Data: 04/02/2019

Assinatura *Angelo K. Rufino*

APÊNDICE D - Anuência de Liderança Indígena de São Miguel do Iguçu



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315-3382 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ilmo. Cacique

Sr. *Celso Japoty Mes*

Assunto: Pedido de autorização para realização de coleta de dados

Município: São Miguel do Iguçu - PR

Assunto: Pedido de autorização para realização de coleta de dados

Prezado Senhor,

Eu, **Regiane Bezerra Campos**, na qualidade de coordenadora do projeto de doutorado intitulado "**Transferência de Política no Controle da Tuberculose na População Indígena em Região de Fronteira**", solicito vossa autorização para realização de uma pesquisa juntamente aos profissionais (enfermeiro, médico, odontólogo, técnico de enfermagem) que prestam assistência a comunidade aldeada neste município. O presente estudo tem como objetivo compreender a transferência de política de controle da tuberculose na população indígena em região de fronteira do estado do Paraná.

A participação dos profissionais de saúde envolvidos no controle da TB no âmbito da saúde Indígena ocorrerá por meio de entrevista semi-estruturada relacionada à transferência de política no controle da tuberculose na população indígena.

A contribuição será de grande importância para a política de controle da TB nos indígenas. Ressaltamos que o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP e do Hospital do Trabalhador – Curitiba/PR. Respeitará todos os princípios éticos e legais recomendados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Sou responsável pela coleta de dados nestes municípios, bem como. Esclarecimentos que se fizerem necessários em relação à pesquisa.

Desde já agradecemos e contamos com vossa aquiescência nos devidos encaminhamentos para realização da pesquisa.

Regiane Bezerra Campos

Profª Ms. Regiane Bezerra Campos
UNIOESTE

Doutoranda da EERP/USP e Pesquisadora
Principal

Pedro Fredemir Palha

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha
Prof. Titular da EERP/USP
Orientador do Projeto de Pesquisa

Na qualidade de Cacique autorizo a coleta de dados pertinente à pesquisa acima referida.

Data: *01/02/2019*

Assinatura *Celso Japoty Mes*

Emf. Lílion mario Rodrigues
(45) 9.999.15086

APÊNDICE E - Anuência de Liderança Indígena de Espigão Alto do Iguaçu

1



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315-3382 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ilmo. Cacique

Sr. *Antônio Reis*

Assunto: Pedido de autorização para realização de coleta de dados

Município: Espigão Alto do Iguaçu - PR

Assunto: Pedido de autorização para realização de coleta de dados

Prezado Senhor,

Eu, **Regiane Bezerra Campos**, na qualidade de coordenadora do projeto de doutorado intitulado **“Transferência de Política no Controle da Tuberculose na População Indígena em Região de Fronteira”**, solicito vossa autorização para realização de uma pesquisa juntamente aos profissionais (enfermeiro, médico, odontólogo, técnico de enfermagem) que prestam assistência a comunidade aldeada neste município. O presente estudo tem como objetivo compreender a transferência de política de controle da tuberculose na população indígena em região de fronteira do estado do Paraná.

A participação dos profissionais de saúde envolvidos no controle da TB no âmbito da saúde Indígena ocorrerá por meio de entrevista semi-estruturada relacionada à transferência de política no controle da tuberculose na população indígena.

A contribuição será de grande importância para a política de controle da TB nos indígenas. Ressaltamos que o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP e do Hospital do Trabalhador – Curitiba/PR. Respeitará todos os princípios éticos e legais recomendados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Sou responsável pela coleta de dados nestes municípios, bem como. Esclarecimentos que se fizerem necessários em relação à pesquisa.

Desde já agradecemos e contamos com vossa aquiescência nos devidos encaminhamentos para realização da pesquisa.

Regiane Bezerra Campos

Profª Ms. Regiane Bezerra Campos
UNIOESTE

Doutoranda da EERP/USP e Pesquisadora
Principal

João Paulo

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha
Prof. Titular da EERP/USP
Orientador do Projeto de Pesquisa

Na qualidade de Cacique autorizo a coleta de dados pertinente à pesquisa acima referida.

Data: 04/02/2019

Assinatura *Antônio Reis*

APÊNDICE F - Anuência de Liderança Indígena de Guaíra

1



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315-3382 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ilmo. Cacique

Sr. *Ismael Rodrigues*

Assunto: Pedido de autorização para realização de coleta de dados

Município: Guaíra - PR

Assunto: Pedido de autorização para realização de coleta de dados

Prezado Senhor,

Eu, **Regiane Bezerra Campos**, na qualidade de coordenadora do projeto de doutorado intitulado **“Transferência de Política no Controle da Tuberculose na População Indígena em Região de Fronteira”**, solicito vossa autorização para realização de uma pesquisa juntamente aos profissionais (enfermeiro, médico, odontólogo, técnico de enfermagem) que prestam assistência a comunidade aldeada neste município. O presente estudo tem como objetivo compreender a transferência de política de controle da tuberculose na população indígena em região de fronteira do estado do Paraná.

A participação dos profissionais de saúde envolvidos no controle da TB no âmbito da saúde Indígena ocorrerá por meio de entrevista semi-estruturada relacionada à transferência de política no controle da tuberculose na população indígena.

A contribuição será de grande importância para a política de controle da TB nos indígenas. Ressaltamos que o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP e do Hospital do Trabalhador – Curitiba/PR. Respeitará todos os princípios éticos e legais recomendados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Sou responsável pela coleta de dados nestes municípios, bem como. Esclarecimentos que se fizerem necessários em relação à pesquisa.

Desde já agradecemos e contamos com vossa aquiescência nos devidos encaminhamentos para realização da pesquisa.

Regiane Bezerra Campos

Profª Ms. Regiane Bezerra Campos
UNIOESTE

Doutoranda da EERP/USP e Pesquisadora
Principal

Pedro Fredemir Palha

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha
Prof. Titular da EERP/USP

Orientador do Projeto de Pesquisa

Na qualidade de Cacique autorizo a coleta de dados pertinente à pesquisa acima referida.

Data: 06/02/2019

Assinatura *Ismael Rodrigues*

APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

1/2

Termo de Consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a)

O Senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa “Transferência de política no controle da Tuberculose na população indígena em região de fronteira”, que tem por objetivo “analisar a transferência de política de controle da tuberculose na população indígena em região de fronteira”, por meio deste gostaria de informá-lo (a) sobre os objetivos e procedimentos deste estudo.

Meu nome é Regiane Bezerra Campos, sou enfermeira, aluna de doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP – USP), coordenadora e pesquisadora principal desta pesquisa, e, orientada pelo Professor Pedro Fredemir Palha.

Esta pesquisa busca analisar a transferência de política de controle da tuberculose na população indígena em região de fronteira nos municípios de Guaira, Espigão Alto do Iguaçu, Nova Laranjeiras e São Miguel do Iguaçu. Este estudo prende-se ao fato de que, mesmo com a melhora mundial do panorama da TB, os povos indígenas, ainda mantêm-se vulneráveis e com elevada carga da doença, sendo necessário avançar quanto ao uso de estratégias que fortaleçam novas iniciativas de enfrentamento da TB, além de garantir as ações de atenção à saúde (prevenção, assistência e diagnóstico) do PCNT. Para, além disso, a escassez de publicações sobre a temática, e inexistentes no contexto da transferência de política no controle da TB em população indígena na região do estudo. Quando finalizarmos esta pesquisa, os resultados que dela se originarem poderão ser divulgados em revista e apresentados em encontros científicos, tais como, congressos relacionados a nossa área de estudo.

Caso o Senhor (a) aceite participar, nos encontraremos uma única vez em local e horário que for melhor para o (a) Senhor (a) como, uma sala reservada em seu local de trabalho ou em outro local de sua preferência. Neste encontro a entrevista será conduzida com auxílio de um roteiro semiestruturado que contém perguntas direcionadas, e sua participação consistirá em responder as perguntas deste roteiro, do qual, as questões contemplam as suas experiências e percepções relativas ao controle da tuberculose na população indígena. As suas falas serão gravadas como o uso de um gravador digital, e deixa-se destacado que o gravador digital se restringe a áudios e será ligado somente quando a entrevista começar e desligado assim que encerrar. A entrevista e gravação podem durar cerca de 40 minutos, podendo ser parada a qualquer momento para esclarecimentos de quaisquer dúvidas que surgirem do Senhor (a).

Tanto a entrevista como o áudio de gravação terão início somente após a assinatura deste TCLE pelo (a) Senhor (a). Sua participação será completamente voluntária, sendo que seu vínculo empregatício não será prejudicado de forma alguma por conta disso. Não haverá custo algum pelo fato do Senhor (a) estar participando, nem o Senhor (a) receberá qualquer remuneração por sua participação. Se desejar, poderá deixar de participar da entrevista ou da pesquisa a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos, neste caso, a gravação será interrompida e não utilizada na pesquisa. Todas as informações fornecidas pelo Senhor(a) serão mantidas sobre nossa guarda e responsabilidade, e também serão utilizadas somente

para esta pesquisa. Seu nome não irá aparecer em momento algum, e se o Senhor (a) não quiser responder alguma questão ou contar algo relacionado a pesquisa não tem problema.

Os riscos em participar desta pesquisa são considerados mínimos e estão relacionados aos desconfortos e constrangimentos que podem acontecer durante a entrevista ao lembrar de situações vivenciadas no seu trabalho, mas, o Senhor (a) terá a liberdade de não responder e/ou parar a entrevista se assim desejar. Informamos que tem direito a indenização, na ocorrência de danos relacionados à participação na pesquisa, por parte do pesquisador. Destacamos ainda que os resultados desta pesquisa não trarão benefícios diretos para o (a) Senhor (a) neste momento, mas que sua participação será extremamente importante para avaliarmos o modo como ocorre a transferência de política de controle da tuberculose na população indígena em região de fronteira. Nós poderemos obter informações importantes sobre as características que influem o controle da TB, e a forma como está organizado a rede de atenção de controle da TB nessa população, identificar as potencialidades, inovações, dificuldades da rede de atenção como também os desafios no controle de TB da população indígena, vivenciados pelos gestores e profissionais envolvidos nesse processo.

Se o Senhor (a) concordar em participar, por favor, assine duas vias deste documento, que se chama Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após ter a oportunidade de tirar suas dúvidas comigo. O (a) Senhor (a) receberá uma via deste Termo assinada por mim. Se tiver alguma dúvida, pode entrar em contato conosco por meio do endereço ou do telefone abaixo. A presente pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O Comitê de Ética em Pesquisa também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam de pesquisas e preservar os seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com este Comitê de Ética em Pesquisa para obter maiores informações pelo telefone (16) 3315 9197, das 10 às 12 horas e das 14:00 às 16h, de segunda a sexta-feira. Caso deseje falar conosco, o (a) Senhor (a) poderá nos encontrar por meio do telefone (16) 3315-3949, ou procurar-nos na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), na Avenida Bandeirantes, 3.900 – Campus Universitário, Ribeirão Preto – São Paulo, CEP: 14.040-902.

Eu, _____, declaro que concordo em participar da pesquisa.

Entrevistado (a)

Regiane Bezerra Campos
Pesquisadora

Pedro Fredemir Palha
Orientador Responsável

_____, ____ de _____ de 201_

Obrigada pela valiosa colaboração.

APÊNDICE H – Anuência da Prefeitura de Nova Laranjeiras



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315-3382 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ilmo. Prefeito Municipal
Sr. José Lineu Gomes
Assunto: Pedido de autorização para realização de coleta de dados
Município: Nova Laranjeiras - PR

Prezado Senhor,

Eu, **Regiane Bezerra Campos**, na qualidade de coordenadora do projeto de doutorado intitulado “**Transferência de Política no Controle da Tuberculose na População Indígena em Região de Fronteira**”, solicito a sua anuência para a coleta de dados junto à secretaria municipal de saúde, coordenação municipal da vigilância epidemiológica e coordenação municipal do programa de controle da TB. O presente estudo tem como objetivo compreender a transferência de política de controle da tuberculose na população indígena em região de fronteira do estado do Paraná.

A contribuição solicitada consiste na autorização para entrevistar o secretário de saúde, os coordenadores do programa de controle da TB municipal como também o coordenador municipal da vigilância epidemiológica. A participação desses atores ocorrerá por meio de entrevista semiestruturada relacionada à transferência de política no controle da tuberculose na população indígena.

A contribuição será de grande importância para a política de controle da TB nos indígenas. Ressaltamos que a coleta de dados junto aos sujeitos do estudo somente será realizada após a aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP e respeitará todos os princípios éticos e legais recomendados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O Professor **Dr. Pedro Fredemir Palha** é o orientador da pesquisadora principal que desenvolverá o presente projeto e, estará a disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários em relação à pesquisa.

Desde já agradecemos e contamos com vossa aquiescência nos devidos encaminhamentos para realização da pesquisa.

Regiane Bezerra Campos

Profª Ms. Regiane Bezerra Campos
UNIOESTE

Doutoranda da EERP/USP e Pesquisadora
Principal

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha
Prof. Titular da EERP/USP
Orientador do Projeto de Pesquisa

Data: 14/05/18

Assinatura e carimbo
José Lineu Gomes
Prefeito Municipal
CPF: 240.909.729-49

APÊNDICE I - Anuência da Prefeitura de São Miguel do Iguaçu

APÊNDICE J- Anuência da Prefeitura de Espigão Alto do Iguaçu

1



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315-3382 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0518
www.cerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ilmo. Prefeito Municipal
Sr. Hilário Czechowski
Assunto: Pedido de autorização para realização de coleta de dados
Município: Espigão Alto do Iguaçu - PR

Prezado Senhor,

Eu, **Regiane Bezerra Campos**, na qualidade de coordenadora do projeto de doutorado intitulado **“Transferência de Política no Controle da Tuberculose na População Indígena em Região de Fronteira”**, solicito a sua anuência para a coleta de dados junto à secretaria municipal de saúde, coordenação municipal da vigilância epidemiológica e coordenação municipal do programa de controle da TB. O presente estudo tem como objetivo compreender a transferência de política de controle da tuberculose na população indígena em região de fronteira do estado do Paraná.

A contribuição solicitada consiste na autorização para entrevistar o secretário de saúde, os coordenadores do programa de controle da TB municipal como também o coordenador municipal da vigilância epidemiológica. A participação desses atores ocorrerá por meio de entrevista semiestruturada relacionada à transferência de política no controle da tuberculose na população indígena.

A contribuição será de grande importância para a política de controle da TB nos indígenas. Ressaltamos que a coleta de dados junto aos sujeitos do estudo somente será realizada após a aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP e respeitará todos os princípios éticos e legais recomendados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O Professor **Dr. Pedro Fredemir Palha** é o orientador da pesquisadora principal que desenvolverá o presente projeto e, estará a disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários em relação à pesquisa.

Desde já agradecemos e contamos com vossa aquiescência nos devidos encaminhamentos para realização da pesquisa.

Regiane Bezerra Campos

Profª Ms. Regiane Bezerra Campos
UNIOESTE
Doutoranda da EERP/USP e Pesquisadora
Principal

Pedro Fredemir Palha

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha
Prof. Titular da EERP/USP
Orientador do Projeto de Pesquisa

Data:

10/05/2018

Wilson Delany Moraes
Assinatura e carimbo

Wilson Delany Moraes
Secretário de Saúde

APÊNDICE K- Anuência do Secretário Municipal de Saúde de Guaíra

1



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315-3382 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ilmo. Secretário de Saúde
Sr. Marcos Rigolin
Assunto: Pedido de autorização para realização de coleta de dados
Município: Guaíra - PR

Prezado Senhor,

Eu, **Regiane Bezerra Campos**, na qualidade de coordenadora do projeto de doutorado intitulado “**Transferência de Política no Controle da Tuberculose na População Indígena em Região de Fronteira**”, solicito a sua anuência para a coleta de dados junto à secretaria municipal de saúde, coordenação municipal da vigilância epidemiológica e coordenação municipal do programa de controle da TB. O presente estudo tem como objetivo compreender a transferência de política de controle da tuberculose na população indígena em região de fronteira do estado do Paraná.

A contribuição solicitada consiste na autorização para entrevistar o secretário de saúde, os coordenadores do programa de controle da TB municipal como também o coordenador municipal da vigilância epidemiológica. A participação desses atores ocorrerá por meio de entrevista semi-estruturada relacionada à transferência de política no controle da tuberculose na população indígena.

A contribuição será de grande importância para a política de controle da TB nos indígenas. Ressaltamos que a coleta de dados junto aos sujeitos do estudo somente será realizada após a aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP e respeitará todos os princípios éticos e legais recomendados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O Professor **Dr. Pedro Fredemir Palha** é o orientador da pesquisadora principal que desenvolverá o presente projeto e, estará a disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários em relação à pesquisa.

Desde já agradecemos e contamos com vossa aquiescência nos devidos encaminhamentos para realização da pesquisa.

Regiane Bezerra Campos

Prof^ª Ms. Regiane Bezerra Campos
UNIOESTE
Doutoranda da EERP/USP e Pesquisadora
Principal

Pedro Fredemir Palha

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha
Prof. Titular da EERP/USP
Orientador do Projeto de Pesquisa

Data: 22/05/18

Marcos Rigolon
Assinatura e carimbo

Marcos Rigolon
Secretário da Saúde
Decreto nº 009/2018 DOE. 03/01/2018

APÊNDICE L - Anuência da 5ª Regional de Saúde



Conselho Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-062
Fone: 55 16 3315-3382 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ilmo. Coordenador do Programa de Controle da Tuberculose da 5ª Regional de Saúde

Nelci Fernandes

Assunto: Pedido de autorização para realização de coleta de dados

Municípios: Nova Laranjeiras e Espigão Alto do Iguaçu

Prezado Senhor,

Eu, **Regiane Bezerra Campos**, na qualidade de coordenadora do projeto de doutorado intitulado “Transferência de Política no Controle da Tuberculose na População Indígena em Região de Fronteira”, solicito a sua anuência para a coleta de dados junto à coordenação municipal da vigilância epidemiológica, coordenação municipal e regional do programa de controle da TB. O presente estudo tem como objetivo compreender a transferência de política de controle da tuberculose na população indígena em região de fronteira do estado do Paraná.

A contribuição solicitada consiste na autorização para entrevistar os coordenadores do programa de controle da TB municipal e regional como também o coordenador municipal da vigilância epidemiológica. A participação desses atores ocorrerá por meio de entrevista semi-estruturada relacionada à transferência de política no controle da tuberculose na população indígena.

A contribuição será de grande importância para a política de controle da TB nos indígenas. Ressaltamos que a coleta de dados junto aos sujeitos do estudo somente será realizada após a aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP e respeitará todos os princípios éticos e legais recomendados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O Professor Dr. Pedro Fredemir Palha é o orientador da pesquisadora principal que desenvolverá o presente projeto e, estará a disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários em relação à pesquisa.

Desde já agradecemos e contamos com vossa aquiescência nos devidos encaminhamentos para realização da pesquisa.

Regiane Bezerra Campos

Profª Ms. Regiane Bezerra Campos

Doutoranda e Pesquisadora Principal

Pedro Fredemir Palha

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha
Prof. Titular da EERP/USP

Orientador do Projeto de Pesquisa

Data: 08 de Maio de 2019

Nelci Fernandes

Assinatura e carimbo

APÊNDICE M - Anuência da 9ª Regional de Saúde

1



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315-3382 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ilma. Coordenadora do Programa de Controle da Tuberculose da 9ª Regional de Saúde
Roseli Martins da Silva
Assunto: Pedido de autorização para realização de coleta de dados
Município: São Miguel do Iguaçu

Prezada Senhora,

Eu, **Regiane Bezerra Campos**, na qualidade de coordenadora do projeto de doutorado intitulado “**Transferência de Política no Controle da Tuberculose na População Indígena em Região de Fronteira**”, solicito a sua anuência para a coleta de dados junto à coordenação municipal da vigilância epidemiológica, coordenação municipal, regional do programa de controle da TB. O presente estudo tem como objetivo compreender a transferência de política de controle da tuberculose na população indígena em região de fronteira do estado do Paraná.

A contribuição solicitada consiste na autorização para entrevistar os coordenadores do programa de controle da TB municipal e regional como também o coordenador municipal da vigilância epidemiológica. A participação desses atores ocorrerá por meio de entrevista semi-estruturada relacionada à transferência de política no controle da tuberculose na população indígena.

A contribuição será de grande importância para a política de controle da TB nos indígenas. Ressaltamos que a coleta de dados junto aos sujeitos do estudo somente será realizada após a aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP e respeitará todos os princípios éticos e legais recomendados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O Professor **Dr. Pedro Fredemir Palha** é o orientador da pesquisadora principal que desenvolverá o presente projeto e, estará a disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários em relação à pesquisa.

Desde já agradecemos e contamos com vossa aquiescência nos devidos encaminhamentos para realização da pesquisa.

<i>Regiane Bezerra Campos</i> Profª Ms. Regiane Bezerra Campos	<i>Pedro Fredemir Palha</i> Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha Prof. Titular da EERP/USP
Doutoranda e Pesquisadora Principal	Orientador do Projeto de Pesquisa

Data: 12 de dezembro de 2017

Roseli Martins da Silva
Assinatura e carimbo

APÊNDICE N - Anuência da 5ª e 10ª Regional de Saúde

1



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315-3382 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ilmo. Coordenador do Programa de Controle da Tuberculose da 10ª Regional de Saúde
Daniel Fontoura Loss
Assunto: Pedido de autorização para realização de coleta de dados
Municípios: Nova Laranjeiras e Espigão Alto do Iguaçu

Prezado Senhor,

Eu, **Regiane Bezerra Campos**, na qualidade de coordenadora do projeto de doutorado intitulado “**Transferência de Política no Controle da Tuberculose na População Indígena em Região de Fronteira**”, solicito a sua anuência para a coleta de dados junto à coordenação municipal da vigilância epidemiológica, coordenação municipal, regional do programa de controle da TB. O presente estudo tem como objetivo compreender a transferência de política de controle da tuberculose na população indígena em região de fronteira do estado do Paraná.

A contribuição solicitada consiste na autorização para entrevistar os coordenadores do programa de controle da TB municipal e regional como também o coordenador municipal da vigilância epidemiológica. A participação desses atores ocorrerá por meio de entrevista semi-estruturada relacionada à transferência de política no controle da tuberculose na população indígena.

A contribuição será de grande importância para a política de controle da TB nos indígenas. Ressaltamos que a coleta de dados junto aos sujeitos do estudo somente será realizada após a aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP e respeitará todos os princípios éticos e legais recomendados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O Professor **Dr. Pedro Fredemir Palha** é o orientador da pesquisadora principal que desenvolverá o presente projeto e, estará a disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários em relação à pesquisa.

Desde já agradecemos e contamos com vossa aquiescência nos devidos encaminhamentos para realização da pesquisa.

<i>Regiane Bezerra Campos</i> Profª Ms. Regiane Bezerra Campos	<i>Pedro Palha</i> Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha Prof. Titular da EERP/USP
Doutoranda e Pesquisadora Principal	Orientador do Projeto de Pesquisa

Data:

15/11/2017

Daniel Fontoura Loss

Assinatura e carimbo

APÊNDICE O – Anuência da 20ª Regional de Saúde

1



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315-3382 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ilmo. Coordenador do Programa de Controle da Tuberculose da 10ª Regional de Saúde
Daniel Fontoura Loss
Assunto: Pedido de autorização para realização de coleta de dados
Municípios: Nova Laranjeiras e Espigão Alto do Iguaçu

Prezado Senhor,

Eu, **Regiane Bezerra Campos**, na qualidade de coordenadora do projeto de doutorado intitulado “**Transferência de Política no Controle da Tuberculose na População Indígena em Região de Fronteira**”, solicito a sua anuência para a coleta de dados junto à coordenação municipal da vigilância epidemiológica, coordenação municipal, regional do programa de controle da TB. O presente estudo tem como objetivo compreender a transferência de política de controle da tuberculose na população indígena em região de fronteira do estado do Paraná.

A contribuição solicitada consiste na autorização para entrevistar os coordenadores do programa de controle da TB municipal e regional como também o coordenador municipal da vigilância epidemiológica. A participação desses atores ocorrerá por meio de entrevista semi-estruturada relacionada à transferência de política no controle da tuberculose na população indígena.

A contribuição será de grande importância para a política de controle da TB nos indígenas. Ressaltamos que a coleta de dados junto aos sujeitos do estudo somente será realizada após a aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP e respeitará todos os princípios éticos e legais recomendados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O Professor **Dr. Pedro Fredemir Palha** é o orientador da pesquisadora principal que desenvolverá o presente projeto e, estará a disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários em relação à pesquisa.

Desde já agradecemos e contamos com vossa aquiescência nos devidos encaminhamentos para realização da pesquisa.

<i>Regiane Bezerra Campos</i> Profª Ms. Regiane Bezerra Campos	<i>Pedro Fredemir Palha</i> Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha Prof. Titular da EERP/USP
Doutoranda e Pesquisadora Principal	Orientador do Projeto de Pesquisa

Data:

15/11/2017

Daniel Fontoura Loss

Assinatura e carimbo

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética da EERP/USP



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Transferência de Política no controle da Tuberculose na população Indígena em região de fronteira

Pesquisador: Regiane Bezerra Campos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 89037518.2.0000.5393

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.711.449

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto intitulado "Transferência de Política no controle da Tuberculose na população Indígena em região de fronteira", apresentado em 29 laudas, que tem como objetivo analisar, na região de fronteira indicada no mapa de fl. 07 do projeto, o que conceitua como a "transferência de política", conceituada no trabalho. O Projeto vem bastante detalhado, com dados e referências bibliográficas, cronograma de execução (p. 19 do Projeto) que prevê três anos até apresentação de tese doutoral, e orçamento de pesquisa estimado em R\$22.330,60, a ser coberto pelos próprios pesquisadores, prevendo inclusive custo para cada uma das 44 entrevistas que se pretende realizar. Em Anexo ao Projeto existe um "Roteiro de Entrevistas para Coordenadores e Profissionais" (p. 25), seguido do TCLE, em frente e verso (Anexo B ao Projeto). A Plataforma Brasil estima 44 Participantes. Junta-se também uma declaração dos pesquisadores, firmada em 25 de abril de 2018, em que se afirma "que os sujeitos da pesquisa serão somente profissionais de saúde e gestores municipais", e que portanto "a população indígena não será sujeito da pesquisa". Há QUATRO termos de anuência para pesquisa, das entidades envolvidas, requerendo autorização para coleta de dados.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral da pesquisa coincide com o título do projeto, ou seja, "Analisar a transferência de política de controle da tuberculose na população indígena em região de fronteira", e os específicos

Endereço: BANDEIRANTES 3900
 Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 2.711.440

estão descritos como: (I) Identificar o coeficiente de incidência e de prevalência de tuberculose na população indígena em região de fronteira no período de 2001 a 2016; (II). Descrever o perfil sóciodemográfico e clínico da tuberculose (III). Caracterizar a rede de atenção no controle da tuberculose, IV. Analisar a transferência de política de controle da tuberculose em suas fases de manutenção e expansão na atenção à saúde da população indígena; (V). Identificar as ações de controle da tuberculose; e, especificamente: "VI. Analisar as fragilidades, potencialidades e desafios" no processo de transferência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios da pesquisa são evidentes, já que contribuem para conhecer as ações de saúde em região de população mais vulnerável, o que é de interesse público e científico. O Projeto e a Plataforma Brasil apontam como riscos apenas a possíveis constrangimentos na entrevista dos profissionais de saúde. O maior risco que encontramos, aqui, seria lidar com a especial situação da população indígena. Porém, ao que se pode entender da descrição da pesquisa e de seu método, de fato não haverá interferência direta na população, aplicando-se questionamentos apenas a profissionais de saúde. Nesse sentido, embora, como se comentará depois, a forma de manejo de risco realizado não esteja muito clara, não há riscos maiores que os descritos no projeto, de desconforto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é bastante completo, como dito anteriormente. Faz uma exposição precisa sobre o problema da tuberculose, em especial revelando que é uma causa de morbidade e mortalidade no grupo social indígena. Ademais, ele é mais agudo, como diz o projeto, em região fronteiriça, chegando a ser 6,4 maior do que na população indígena de regiões não fronteiriça (p. 05 do Projeto). Assim, "o indígena tem 5,2 mais vezes o risco de morrer por TB em relação à população não indígena e esse valor é acrescido de 1,8 maior em região fronteiriça", o que justifica mais que amplamente a relevância do trabalho.

Descrevem-se as políticas nacionais que determinaram avanço para o atendimento à saúde dos povos indígenas, até afirmar que atualmente o modelo se compõe pelo "pelo Distrito Especial Indígena (DSEI), Pólo-Base, Posto de Saúde, Referência SUS, Casa de Saúde do Índio (Casa I)". Noticia que no Brasil há, por ora, 34 DSEIs.

Segue-se apontando que já foi feita ampla revisão bibliográfica sobre a questão do controle da tuberculose no Índio, porém nada que verse acerca da transferência de política de controle, especificamente na população indígena. Explica, então, esse conceito de Policy Transfer, que, como marco teórico principal, é conceituado como "o desenvolvimento de uma política que

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



**USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP**



Continuação do Parecer: 2.711.449

juntado. Não parece muito claro o manejo para o risco previsto, de desconforto, que se reduz à interrupção da entrevista. Talvez fosse o caso de garantir algum tipo de (I) assistência ao entrevistado no caso de se materializar o desconforto, mas aqui como mera recomendação.

Recomendações:

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

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado na 244ª reunião ordinária do CEP-EERP/USP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1111428.pdf	04/05/2018 18:33:49		Acelto
Cronograma	Cronograma.pdf	04/05/2018 18:16:23	Reglane Bezerra Campos	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	04/05/2018 18:14:22	Reglane Bezerra Campos	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anuencia_DSEI_Litoral_Sul.pdf	25/04/2018 19:03:01	Reglane Bezerra Campos	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anuencia_20_R.pdf	25/04/2018 19:02:51	Reglane Bezerra Campos	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anuencia_10_R.pdf	25/04/2018 19:02:38	Reglane Bezerra Campos	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anuencia_9_R.pdf	25/04/2018 18:58:21	Reglane Bezerra Campos	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Declaracao.pdf	25/04/2018 18:56:38	Reglane Bezerra Campos	Acelto
Outros	oficio_de_encaminhamento.pdf	25/04/2018 01:19:33	Reglane Bezerra Campos	Acelto

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 2.711.449

objetiva embasar um processo ou uma série de processos nos quais o conhecimento sobre instituições, políticas ou sistemas é transferido para outro setor ou nível de governança" (p. 12 do Projeto).

Propõe então um estudo qualitativo sobre o que chama de processo de transferência da política de controle da tuberculose nessa população.

A primeira coleta será por dados secundários, obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, pois "será solicitado a Coordenação Estadual de Controle da Tuberculose do estado do Paraná, os dados absolutos oriundos do sistema de informação em saúde, condizentes aos casos de tuberculose em indígenas em municípios da faixa de fronteira do Estado". Os dados serão obtidos em planilha do Excel® (Microsoft Office 2010, Microsoft Corporation, EUA) e exportados para software Statistical 12.0 para análise estatística.

A segunda fase é a entrevista semi-estruturada com gestores do programa de controle da tuberculose, "gestores municipais de saúde, gestor do Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul e profissionais que prestam assistência à saúde para a população do indígena aldeadas nos municípios fronteiriços (Guaíra, Espigão Alto do Iguaçu, Nova Laranjeiras, São Miguel do Iguaçu)", todos na Região do estado do Paraná. Os 44 participantes, entre coordenadores estaduais, regionais, municipais, médicos, enfermeiros e técnicos, dentre outros, estão enumerados nas folhas 16 e 17 do Projeto.

As entrevistas, diz o projeto, serão transcritas na íntegra e organizadas por meio do software Atlas.ti 7.0, agrupadas em Unidade Hermenêutica (HU), e analisadas por meio dos referenciais teóricos-metodológico da Transferência de Políticas e da Análise do Discurso.

A pesquisadora solicita dispensa de TCLE para acesso aos dados dos indígenas na primeira fase do projeto, via SINAN.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme já descrito anteriormente, junta-se folha de rosto, cronograma e orçamento do projeto. Também há os termos de anuência para os diretores dos programas de controle da tuberculose das Regionais de Saúde na região fronteiriça em que se pretende analisar. O TCLE está redigido de modo claro, ainda que constem algumas repetições de informações, que advêm do excesso de zelo e das exigências que a lei impõe. Como direcionado a profissionais, considera-se bastante inteligível quanto às informações básicas. Prevê-se um único encontro, simples, com pedido de autorização para gravação e duração de 40 minutos, o que parece bem razoável, à vista do roteiro

Endereço: BANDEIRANTES 3900	
Bairro: VILA MONTE ALEGRE	CEP: 14.040-902
UF: SP	Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3315-9197	E-mail: cep@ceerp.usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 2.711.446

Outros	Dispensa_de_TCLE.pdf	25/04/2018 01:14:43	Reglane Bezerra Campos	Acelto
Outros	Roteiro_semiestruturado.pdf	23/04/2018 15:12:26	Reglane Bezerra Campos	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	23/04/2018 12:22:48	Reglane Bezerra Campos	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	20/04/2018 12:43:13	Reglane Bezerra Campos	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 13 de Junho de 2018

Assinado por:
Angella Maria Stabile
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

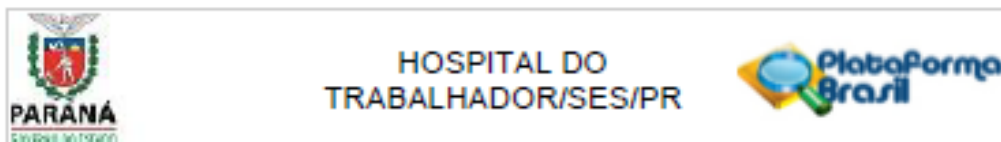
UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética da Hospital do Trabalhador SESA-PR

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Transferência de Política no controle da Tuberculose na população indígena em região de fronteira

Pesquisador: Regiane Bezerra Campos

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 89037518.2.3001.5225

Instituição Proponente: secretaria de estado da saúde do parana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.095.795

Apresentação do Projeto:

trata-se de ofício de adequações de pendências, todas contempladas adequadamente.

Objetivo da Pesquisa:

trata-se de ofício de adequações de pendências, todas contempladas adequadamente.

 Avaliação dos Riscos e Benefícios:

trata-se de ofício de adequações de pendências, todas contempladas adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

trata-se de ofício de adequações de pendências, todas contempladas adequadamente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos apresentados previamente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

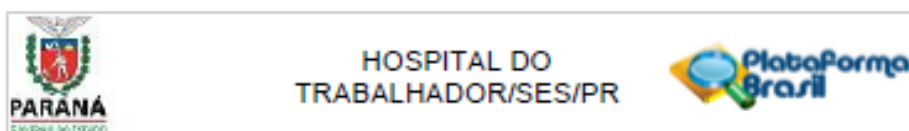
sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5871 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br



Continuação do Parecer: 3.095.705

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1158361.pdf	29/10/2018 20:18:13		Aceito
Outros	Oficio_adequacoes_CEP_HT_25_out.pdf	29/10/2018 20:12:13	Regiane Bezerra Campos	Aceito
Outros	Oficio_encaminhamento_emenda_25_10_2018.pdf	29/10/2018 20:07:16	Regiane Bezerra Campos	Aceito
Outros	Solicitacao_esclarecimentos.pdf	29/10/2018 20:04:49	Regiane Bezerra Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_emenda_out.pdf	29/10/2018 20:04:05	Regiane Bezerra Campos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_com_emenda_28_09_2018.pdf	25/10/2018 20:52:35	Regiane Bezerra Campos	Aceito
Outros	Registro_SESA.pdf	05/08/2018 18:18:38	Regiane Bezerra Campos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Oficio_adequacoes.pdf	05/08/2018 18:17:20	Regiane Bezerra Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anuencia_DISEI_LITORAL_SUL.pdf	05/08/2018 18:15:15	Regiane Bezerra Campos	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	05/08/2018 18:13:36	Regiane Bezerra Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ENTREVISTAS.pdf	05/08/2018 18:13:14	Regiane Bezerra Campos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	04/05/2018 18:14:22	Regiane Bezerra Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anuencia_DSEI_Litoral_Sul.pdf	25/04/2018 19:03:01	Regiane Bezerra Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anuencia_20_R.pdf	25/04/2018 19:02:51	Regiane Bezerra Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anuencia_10_R.pdf	25/04/2018 19:02:38	Regiane Bezerra Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anuencia_9_R.pdf	25/04/2018 18:58:21	Regiane Bezerra Campos	Aceito

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4408 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
 Bairro: Novo Mundo CEP: 81.050-000
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3212-5871 E-mail: cepht@sesa.pr.gov.br



HOSPITAL DO
TRABALHADOR/SES/PR



Continuação do Parecer: 3.095.795

Ausência	Anuencia_9_R.pdf	25/04/2018 18:58:21	Regiane Bezerra Campos	Aceito
Outros	oficio_de_encaminhamento.pdf	25/04/2018 01:19:33	Regiane Bezerra Campos	Aceito
Outros	Dispensa_de_TCLE.pdf	25/04/2018 01:14:43	Regiane Bezerra Campos	Aceito
Outros	Roteiro_semiestruturado.pdf	23/04/2018 15:12:26	Regiane Bezerra Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	23/04/2018 12:22:48	Regiane Bezerra Campos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 19 de Dezembro de 2018

Assinado por:
FABIO TERABE
(Coordenador(a))

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo CEP: 81.050-000
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3212-5871 E-mail: cepht@sesa.pr.gov.br

ANEXO C – Anuência (1) do Distrito Litoral Sul – Curitiba



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA LITORAL SUL

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins que o Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul está ciente e de acordo com a realização do projeto de pesquisa intitulado: “Transferência de Política no Controle da Tuberculose na População Indígena em Região de Fronteira”, que tem como orientador o Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha e a pesquisadora e doutoranda Regiane Bezerra Campos. Esta autorização está condicionada à aprovação do projeto pelo Conselho Local de Saúde Indígena e pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Em, 14 de dezembro de 2017.

A blue ink handwritten signature of André Luiz Martins, consisting of a large, stylized 'A' and 'M'.

ANDRÉ LUIZ MARTINS
Chefe da Divisão de Atenção à Saúde Indígena
DSEI Litoral Sul

ANEXO D – Anuência (2) do Distrito Litoral Sul - Curitiba



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA LITORAL SUL

CARTA DE ANUÊNCIA

Considerando a aprovação (Número do Parecer: 2.711.449) do Projeto intitulado “Transferência de Política no Controle da Tuberculose na População Indígena em Região de Fronteira”, que tem como orientador o Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha e a pesquisadora e doutoranda Regiane Bezerra Campos, pelo Comitê de Ética da Universidade de São Paulo (USP);

Considerando que a pesquisa a população indígena não será sujeito da pesquisa, e que por isso o CEP indicou a não necessidade do projeto ser submetido à CONEP;

Considerando que o projeto de pesquisa está em tramitação no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Trabalhador, o qual indicou em Parecer: 2.757.533 a não necessidade de apreciação da CONEP;

Declaro para os devidos fins que o Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul está ciente e de acordo com a realização do projeto de pesquisa.

Em, 20 de julho de 2018.

A large, stylized blue ink signature of André Luiz Martins, consisting of a large loop and a long horizontal stroke.

ANDRÉ LUIZ MARTINS
Chefe da Divisão de Atenção à Saúde Indígena
DSEI Litoral Sul

ANEXO E - Termo de concordância da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná



Termo de Concordância

Pesquisadora Responsável: **Ms. Regiane Bezerra Campos**
 Orientador: **Dr. Pedro Fredemir Palha**
 Título da Pesquisa: **“Transferência de Política no Controle da Tuberculose na População Indígena em Região de Fronteira”**

Instituição Coparticipante: **Secretaria de Estado da Saúde do Paraná**

Declaramos ter lido e concordar com o Projeto de Pesquisa acima descrito, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, e em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do projeto de pesquisa em tela, assim como do compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar. Estamos cientes que a contribuição solicitada consiste na **autorização para o levantamento de dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET) referente a informações sociodemográficas e clínicas dos casos de tuberculose nos municípios Nova Laranjeiras, Espigão Alto do Iguaçu, Laranjeiras do Sul, Palmas, Santa Helena, São Miguel do Iguaçu, Diamante D'Oeste, Guaíra e Terra Roxa. Serão utilizados os dados referentes ao período de 2001 a 2016, exceto informações que possam identificar o paciente como nome, nome da mãe e endereço.**

Da mesma forma, estamos cientes que os pesquisadores somente poderão iniciar a pesquisa pretendida após encaminharem, a esta Instituição, uma via do parecer de aprovação do estudo exarado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. É necessário aguardar o parecer final do Comitê de Ética da Instituição Proponente, bem como da Instituição coparticipante para início da pesquisa.

Considerando a importância da divulgação do conhecimento científico produzido, registramos a necessidade e o interesse dessa instituição coparticipante em conhecer os resultados da pesquisa e solicitamos o envio de relatório de conclusão antes da publicação. Sem mais.

Curitiba, 17 de agosto de 2018.


 Júlia Valéria Ferreira Cordellini
 Superintendente de Vigilância em Saúde - SESA/PR

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
 Superintendência de Vigilância em Saúde
 Coordenação Estadual das DST/ Aids
 Rua Piquart, 170 Curitiba - Paraná - CEP 80230-140
 Fone (41) 3330-4533 Fax (41) 3330-4532 e-mail: tuberculose@sesa.pr.gov.br


 João Luis Gallego Crivellaro
 Diretor do CEPI
 SESA