



O Programa Mais Médicos na saúde indígena: o caso do Alto Solimões, Amazonas, Brasil

Júlio César Schweickardt,¹ Alcindo Antônio Ferla,² Rodrigo Tobias Sousa Lima¹ e Juleimar Soares Coelho de Amorim³

Como citar

Schweickardt JC, Ferla AA, Lima RTS, Amorim JSC. O Programa Mais Médicos na saúde indígena: o caso do Alto Solimões, Amazonas, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e24. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.24>

RESUMO

Objetivo. Descrever os efeitos do Programa Mais Médicos (PMM) sobre a saúde indígena no Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões.

Métodos. Estudo descritivo desenvolvido por meio de entrevistas individuais com profissionais e usuários indígenas, observação de campo direta, análise documental dos registros de saúde e de dados secundários de saúde.

Resultados. Foram entrevistados 44 profissionais e 30 usuários. O estudo mostrou que o PMM trouxe provimento estável de médicos, predominantemente cubanos, reorganização do trabalho das equipes, com melhora dos registros de informações dos procedimentos, qualificação das ações dos programas específicos de parto e puerpério e melhora nos indicadores de saúde de consulta pré-natal.

Conclusão. A implementação do PMM e a presença de médicos cubanos permitiram avanços na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas com resultados mesmo em curto prazo, restando desafios de ordem cultural, da integralidade em saúde e da sua sustentabilidade. Recomenda-se que a experiência desenvolvida no PMM seja objeto de novas análises e que seja disseminada em outros contextos e, sobretudo, na formação de profissionais de saúde.

Palavras-chave

Políticas públicas de saúde; saúde de populações indígenas; atenção primária à saúde; Brasil.

A atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil compõe o Sistema Único de Saúde (SUS) como Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI). O SASI é formado por 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que são as unidades gestoras locais distribuídas pelo território brasileiro. Os DSEI são compostos por Polos-Base, onde estão sediadas as equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI), postos de saúde, Casas de Saúde Indígena e pontos de integração com a rede de atenção do SUS (1, 2). A estruturação atual do SASI é resultado de um processo longo de desenvolvimento institucional, compreensão sobre as especificidades culturais e organizativas dos povos indígenas, reconhecimento dos saberes e práticas tradicionais desses povos e articulação com a política nacional de saúde (3).

A população indígena no Brasil está estimada em 896 000 pessoas, pertencentes a cerca de 210 povos, distribuídas em 5 366 aldeias, com mais de 170 línguas identificadas, além de 55 grupos isolados (2, 4, 5). As ações de saúde desenvolvidas são orientadas pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), que reconhece as especificidades étnico-culturais e os direitos territoriais dos povos indígenas na proteção, promoção e recuperação da saúde (2). Entretanto, estudos anteriores demonstraram dificuldades na implementação da PNASPI, seja de natureza cultural, participação social, integração e intercâmbio com as práticas tradicionais, seja de natureza operacional, com déficits de financiamento, infraestrutura, rotatividade e falta de profissionais (2, 3, 5).

¹ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Leônidas e Maria Deane, Manaus (AM), Brasil. ✉ Júlio César Schweickardt, julio.ilm@gmail.com

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre (RS), Brasil.

³ Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



O Programa Mais Médicos (PMM), implementado a partir de 2013 no Brasil, tem, entre seus objetivos, o provimento emergencial de médicos em áreas com carência desses profissionais (6, 7), a partir dos seguintes critérios: população em condição de extrema pobreza; baixo índice de desenvolvimento humano; localização em regiões pobres; áreas periféricas de grandes cidades; e grupos populacionais indígenas, assentados rurais e quilombolas. O PMM alocou, de 2013 a 2017, um total de 519 médicos cubanos para as áreas indígenas: 313 nos DSEIs da região Norte, 102 na região Nordeste, 85 no Centro-Oeste, 21 no Sul e 10 no Sudeste (8).

A temática do PMM na saúde indígena tem sido pouco explorada em pesquisas, que geralmente têm foco em aspectos gerais desse programa (9), na experiência de supervisão de médicos em áreas indígenas (10), na satisfação dos indígenas com o PMM ou em relatos de experiência (4). Com isso, há necessidade de expandir as análises para aspectos que possam demonstrar se houve ganhos em termos de organização de serviços e impactos nos indicadores de saúde. O presente estudo teve como objetivo analisar os efeitos do PMM no contexto da saúde indígena tendo como campo empírico o estado do Amazonas, Brasil, na região da tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru, onde está localizado o DSEI Alto Rio Solimões.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo no DSEI Alto Rio Solimões (DSEI ARS). A abordagem quali-quantitativa foi utilizada considerando a capacidade dessa metodologia de possibilitar a compreensão de fenômenos contemporâneos em seu contexto natural (11) e de otimizar a compreensão de situações específicas (12).

O DSEI ARS tem a segunda maior comunidade de moradores indígenas do Brasil, com sete etnias. Foram selecionados três Polos-Base do DSEI ARS por possuírem a maior população e quantitativo de equipes com médicos do PMM, a saber: Belém do Solimões (município de Tabatinga), Campo Alegre (município de São Paulo de Olivença) e Betânia (município de Santo Antônio do Içá), todos no estado do Amazonas.

A análise qualitativa foi realizada a partir das entrevistas e por observação direta de campo. Adotaram-se como unidades primárias de análise a população indígena moradora no DSEI ARS e os profissionais de saúde que estavam presentes nas sedes dos Polos-Base no período do trabalho de campo, realizado em abril de 2018. As entrevistas foram semiestruturadas, com roteiro orientador contendo questões sobre a organização e o funcionamento dos serviços do DSEI e do

PMM. Foram entrevistados 44 profissionais (quatro médicos, 10 enfermeiros, dois psicólogos, um nutricionista, dois odontólogos, 10 técnicos de enfermagem e 15 agentes indígenas de saúde) e 30 usuários adultos das comunidades indígenas, sendo 20 homens e 10 mulheres. Os critérios de seleção foram a presença no Polo-Base no período do campo, idade maior ou igual a 18 anos e o aceite em participar da pesquisa. As entrevistas foram gravadas por gravador de voz e, posteriormente, transcritas e analisadas, sendo interrompidas com a saturação teórica e empírica da amostra, de acordo com a estratégia de análise temática de discurso. A partir das transcrições, foram sistematizadas categorias empíricas e unidades temáticas de análise (13, 14), que são apresentadas nos resultados.

Para a análise quantitativa foram utilizados dados secundários consolidados na base nacional do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Esses dados foram coletados por pesquisa documental e permitiram a análise situacional dos Polos-Base, extraindo-se os indicadores demográficos (distribuição etária), procedimentos de saúde (número de atendimentos por categoria profissional) e procedimentos de saúde materno-infantil no período entre 2013 e 2016. A seleção foi realizada a partir dos indicadores com dados completos e disponíveis com capacidade de representar os processos de trabalho e a situação de saúde nos Polos-Base. Foi realizada estatística descritiva (valores absolutos e percentuais), comparando os Polos e o DSEI ARS.

O projeto foi aprovado pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (protocolo 80564817.9.0000.5020). O termo de consentimento foi assinado pelos trabalhadores e participantes com domínio da língua portuguesa. Para participantes sem o domínio da língua portuguesa, o termo foi lido, sendo obtido consentimento verbal. Os dados pessoais foram codificados para garantir o sigilo e o anonimato na publicação dos resultados da pesquisa.

RESULTADOS

No momento do estudo, o DSEI ARS tinha uma população de 71 430 pessoas distribuídas em 233 aldeias, o que correspondia a aproximadamente 8,0% do total de população indígena no Brasil. Os três casos em estudo compreenderam 38% da população do DSEI, assim distribuídos: 11 895 (16,7%) em Belém do Solimões, 8 399 (11,7%) em Betânia e 6 848 (9,6%) em Campo Alegre. A tabela 1 apresenta a distribuição etária da população total e de acordo com cada Polo-Base.

TABELA 1. Distribuição etária da população do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões segundo os Polos-Base analisados, Brasil, 2016

Faixa etária (anos)	Polos-Base				Total (n=71 430; 100%)
	Belém dos Solimões (n=11 895; 16,7%)	Betânia (n=8 399; 11,7%)	Campo Alegre (n=6 848; 9,6%)	Demais ^a (n=44 288; 62,0%)	
< 1	410 (3,4%)	297 (3,5%)	248 (3,6%)	1 560 (3,5%)	2 515 (3,5%)
< 15	5 228 (44,0%)	3 681 (43,8%)	2 950 (43,1%)	19 927 (45,0%)	31 786 (44,4%)
15 a 59 (idade produtiva)	6 099 (51,3%)	4 273 (50,9%)	3 561 (52,0%)	21 998 (49,7%)	35 931 (50,3%)
≥ 60 (idosos)	568 (4,8%)	445 (5,3%)	337 (4,9%)	2 363 (5,3%)	3 713 (5,2%)

Fonte: Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena referente ao ano de 2016.
^a Total dos 10 Polos-Base do DSEI que não compuseram o campo empírico da pesquisa.

Os resultados apresentados neste artigo referem-se a duas categorias de análise: organização dos serviços e cuidado intercultural na atenção à saúde; e indicadores de saúde na área materno-infantil, com unidades temáticas em cada uma delas.

Organização dos serviços e cuidado intercultural na atenção à saúde

As equipes multidisciplinares eram compostas, no momento do estudo, por agente indígena de saúde (AIS), auxiliar e/ou técnico de enfermagem, auxiliar e/ou técnico de saúde bucal, cirurgião dentista, enfermeiro, médico e outros que apoiam a equipe em territórios que demandam cuidados específicos (agente indígena de saneamento, agente de endemias e microscopistas, psicólogo, nutricionista e farmacêutico). Os profissionais das equipes multidisciplinares trabalhavam com dois tipos de escala – uma do tipo 20x10 (20 dias no Polo e 10 dias de descanso) para os Polos distantes das sedes e outra do tipo 40 horas semanais (segunda a sexta) para os Polos-Base, que ficam nas sedes dos municípios ou em aldeias próximas, com acesso terrestre.

Nos Polos-Base de Betânia e Belém do Solimões, os médicos do PMM passaram a atuar a partir de outubro de 2013, enquanto Campo Alegre recebeu os primeiros médicos em abril de 2014, no segundo ciclo do PMM. Apesar de períodos de alteração do quantitativo de médicos devido ao fim de ciclo ou de substituições, a presença dos médicos do PMM nos Polos foi ininterrupta até novembro de 2018, com permanência prolongada no território indígena. O Polo de Betânia recebeu quatro médicos, sendo três cubanos e um brasileiro; os Polos de Campo Alegre e Betânia receberam dois médicos cubanos.

A partir das entrevistas com as lideranças indígenas e AIS, constatou-se que os atendimentos médicos anteriores ao PMM eram realizados de forma pontual e dependentes da visita do profissional, e que o médico de referência, caso houvesse, não morava na comunidade e raramente viajava com a equipe para as aldeias mais distantes. Com o PMM, o profissional permaneceu na equipe, acompanhou as viagens às aldeias do Polo-Base e permitiu reorganizações produtivas no trabalho das equipes:

Quando não tem Mais Médicos é muito difícil aqui. Antes do Programa Mais Médicos não tinha médico aqui, só enfermeiro que faz assistência, faz tudo. Na falta de médico, os enfermeiros faziam sutura, faziam tudo. (...). Aí quando veio os médicos do Programa, ajuda muito, porque trata o que tem que ser tratado aqui mesmo. [AIS]

No período da observação de campo, 28 médicos do PMM atuavam no DSEI. Dos médicos do PMM, somente três não eram cubanos, sendo um indígena formado em Cuba. Segundo a gestão do DSEI ARS, antes do PMM havia somente cinco médicos contratados para atuar nos Polos próximos da sede do município de Tabatinga, e esses permanecem no DSEI.

O regime de trabalho dos médicos do PMM é diferente daquele dos demais profissionais da equipe: cumprem 15 dias em regime de plantão em campo, 5 dias fora do campo com dedicação para a formação especializada (formação em ensino a distância que necessita de conectividade à Internet) e 10 dias de descanso afastados do trabalho. Desse modo, a presença dos médicos nas equipes e territórios passou a ser regular e frequente. O relato a seguir revela a percepção da gestão sobre a presença dos médicos cubanos nas aldeias:

Os médicos cubanos têm um maior cuidado em fazer uma avaliação dos pacientes. Não que um seja melhor que o outro, mas o profissional que avalia o paciente e toca o paciente consegue ter uma afinidade maior com o paciente. Quando a população sabe que tem médico saindo em final de missão sempre questionam: os próximos médicos que virão, vão ser cubanos? A maioria dos indígenas tem uma aprovação muito grande pelos médicos cubanos. [Gestão DSEI].

A tabela 2 mostra a produção assistencial de procedimentos registrados pelas diferentes categorias profissionais no sistema de informação nos três Polos-Base durante o período do estudo. No Polo-Base Belém de Solimões, no ano de 2016, observou-se crescimento no registro de procedimentos entre os agentes indígenas de saúde, técnicos de saúde bucal e a enfermagem. Esse Polo representou a maior parcela do total de atendimentos entre os três (44,72%). Já no Polo Campo Alegre, houve aumento no

TABELA 2. Proporção de procedimentos assistenciais registrados por categoria profissional que compõe as equipes de saúde dos Polos-Base analisados no Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões, Brasil, 2014 a 2016

Categoria profissional	Proporção de procedimentos (%) ^a								
	Belém dos Solimões			Betânia			Campo Alegre		
	2014 (n=163 808)	2015 (n=154 092)	2016 (n=531 834)	2014 (n=7 790)	2015 (n=4 417)	2016 (n=104 986)	2014 (n=6 390)	2015 (n=1 030)	2016 (n=59 726)
Agente indígena de saúde	15,00	26,94	29,88	0,60	2,35	25,99	-	-	75,71
Auxiliar/técnico de enfermagem	52,80	43,01	37,64	24,67	2,24	32,14	-	-	10,42
Auxiliar/técnico de saúde bucal	3,14	4,93	5,36	-	-	7,73	17,46	71,26	0,37
Cirurgião dentista	8,26	3,60	3,94	10,82	27,82	9,36	82,54	8,65	1,24
Enfermagem	12,37	13,09	13,83	21,59	40,13	11,41	-	17,86	7,08
Médico do PMM	4,91	2,15	3,61	35,97	25,13	3,96	-	-	4,84
Outros ^b	3,52	6,28	5,74	6,35	2,33	9,41	-	2,23	0,34

Fonte: Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena referente a dezembro de 2016.

^a n = número total de procedimentos registrados.

^b Outros profissionais que suplementam a equipe em territórios com demandas de cuidados específicos: agente indígena de saneamento, agente de endemias e microscopistas, psicólogo, nutricionista e farmacêutico.

número de procedimentos, o que coincidiu com o incremento das equipes e com a melhora da qualidade de registro das informações do sistema. A exceção foram os procedimentos de enfermagem, em que houve redução, possivelmente em função da redistribuição das atividades, considerando que esses profissionais detinham grande volume de trabalho.

Os médicos do PMM atenderam em média 30 pacientes por dia quando presentes na sede dos Polos. No Polo Belém do Solimões, em que dois médicos se revezaram em períodos de 15 dias, a demanda superou 50 atendimentos por dia, dificultando a realização de visitas domiciliares na comunidade. Apesar dessa carga de trabalho, segundo o AIS entrevistado, o PMM melhorou a saúde indígena:

Melhorou. Quando o médico tá aqui, ele atende muitos pacientes, porque aqui tem seis mil e poucos habitantes, só aqui em Belém. Aí como a demanda é muito grande, porque a população é muito grande, ele atende às vezes umas 50 pessoas. Todo mundo que vem aqui pra consultar é atendido, porque o médico cubano trabalha. [AIS]

A partir da observação direta e das entrevistas, os resultados revelaram que, além do intenso trabalho, a equipe de saúde se depara com uma realidade com características específicas, tais como conflitos e tensões de ordem cultural, emocional e laboral. Os profissionais de saúde precisam criar as condições para o diálogo intercultural para realizar o trabalho de saúde. Segundo uma profissional, “trabalhar na saúde indígena é um verdadeiro choque cultural” (entrevista Psicóloga). Também se observou que os médicos percebiam a tensão entre as ações da equipe de saúde e as práticas tradicionais dos pajés e das parteiras, e reconheciam o papel relevante no cuidado à saúde, na realização dos partos e no uso de plantas medicinais.

A assistência à gestação e ao parto é um ponto de grande diferença entre o que são as orientações dos protocolos e as práticas tradicionais. (...) Mas não é fácil combinar as orientações de assepsia e as práticas das parteiras tradicionais, por exemplo. Não é muito tranquilo incluir no tempo da expulsão do bebê os rituais que cercam o cuidado na cultura tradicional. Temos que conversar mais com as parteiras antes do parto e planejar mais as atividades que cercam o parto. [Médico cubano]

Sempre respeitamos a cultura indígena. Creio que tem a consulta médica e creio que tem a religião que eles seguem. Não interfere nada no trabalho. Acontece quando visitamos a família e não estão consumindo um remédio indicado, aí conversamos com muita paciência. Por isso, procuro iniciar com remédio caseiro primeiro. Acredito muito na medicina natural que eles conhecem. [Médico cubano]

Os médicos relataram que realizavam reuniões frequentes com as parteiras para planejamento do cuidado à gestante. Além dos partos domiciliares, os Polos-Base tomaram a iniciativa de convidar as parteiras da comunidade para acompanhar a equipe nas consultas de pré-natal.

Nos últimos anos tem melhorado muito o contato com as parteiras, agora já me permitem fazer o exame físico completo da gestante, incluindo as partes íntimas que antes não deixavam. [Médica cubana]

Indicadores de saúde na área materno-infantil

Na tabela 3 são descritos os indicadores relacionados ao ciclo materno-infantil, para representar os efeitos do PMM na organização do cuidado. Foram analisadas consultas de pré-natal, parto, local e tipo de assistência prestada no parto de 2013 a 2016. Observou-se que, no início do período, a proporção predominante de nascidos vivos foi de gestações sem consulta de pré-natal (por exemplo, 65,80% em Campo Alegre). Esse padrão se altera progressivamente, principalmente a partir de 2014, e culmina com 42,96% e 49,02% das gestações no Polo de Belém do Solimões e Campo Alegre, respectivamente, realizando uma ou duas consultas e 36,63% em Betânia realizando cinco ou mais.

Em relação à proporção do número de nascidos vivos conforme o tipo de parto, prevaleceu um padrão oscilatório entre os Polos-Base ao longo dos anos, com redução do número de registros da condição “ignorado” e “sem informação”, variando de 37,25% em Belém dos Solimões, em 2013, a 8,24% em Campo Alegre, no ano de 2016.

Os dados sobre o local de parto não sofreram variações no padrão típico de parto domiciliar, porém houve uma inversão nas proporções de classificações de “ignorado e sem informação”, com números cada vez menores – como ocorreu, por exemplo, em Campo Alegre (variação de 15,58%, em 2013, para 6,27%, em 2016) –, além de migração nas taxas para a modalidade “parto natural tradicional”, como observado em 91,37% em Campo Alegre no ano de 2016. Em Betânia houve a maior variação na utilização da unidade de referência para a realização dos partos, de 27,84% em 2013 para 45,21% em 2016.

DISCUSSÃO

Este estudo mostrou alguns aspectos relevantes sobre a saúde indígena a partir do PMM. Primeiro, pelo modelo de regime de trabalho, o DSEI tem grande necessidade de organização logística para o deslocamento dos profissionais, obrigando a gestão a priorizar a concentração de técnicos de enfermagem indígenas da própria aldeia ou da região do Polo-Base; a implementação do PMM foi exitosa na fixação em escala de médicos nas áreas indígenas. Ainda, a questão cultural esteve presente em todos os momentos do cuidado em saúde, seja no contato com a língua indígena ou com práticas e costumes que estiveram ancorados em visões de mundo muito diferentes daquela ofertada na formação dos profissionais de saúde. Quanto aos indicadores, observou-se crescimento no registro de atendimentos em todas as categorias profissionais, coincidindo com o incremento das equipes e com a melhora da qualidade do sistema, tanto no registro de procedimentos quanto na assistência ao parto e puerpério. Esses aspectos permitiram descrever os efeitos do PMM sobre a saúde indígena, podendo auxiliar no planejamento do provimento de recursos humanos para áreas vulneráveis, mas permitindo também refletir sobre os resultados do Programa em povos indígenas.

Outros estudos também discutiram o perfil demográfico e de saúde dos povos indígenas, com relevância para a vulnerabilidade territorial e a escassez de serviços, e demonstraram, entre outras evidências, a dificuldade histórica de implementação da PNASPI (2, 13). De igual modo, na literatura, o efeito da presença de médicos do PMM na produção dos demais trabalhadores da equipe já foi constatado, corroborando a hipótese

TABELA 3. Proporção de nascidos vivos conforme indicadores de saúde materna e infantil do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões, Brasil, 2013 a 2016

Indicadores ^a	Nascidos vivos											
	Belém dos Solimões				Betânia		Campo Alegre			Campo Alegre		
	2013 n=408	2014 n=419	2015 n=439	2016 n=426	2013 n=273	2014 n=263	2015 n=298	2016 n=303	2013 n=231	2014 n=221	2015 n=233	2016 n=255
Número de consultas de pré-natal, %												
Nenhuma	53,19	32,46	21,87	14,32	41,76	24,71	14,09	9,57	65,80	33,94	55,79	25,49
1-2	2,70	61,58	48,52	42,96	3,66	32,70	25,84	12,87	0,43	25,34	32,19	49,02
3-4	0,25	2,39	14,81	32,63	0,37	8,37	22,82	17,49	0,43	14,48	6,44	20,39
5 ou mais	SI	SI	0,68	27,23	SI	2,66	9,06	36,63	0,87	22,62	4,29	18,43
Número de nascidos vivos por via de parto, %												
Cesáreo	SI	SI	SI	SI	0,37	0,38	SI	0,33	0,43	SI	SI	0,39
Natural	62,75	81,62	73,35	56,34	60,07	65,54	66,44	73,27	82,25	91,86	83,69	91,37
Ignorado/SI	37,25	18,38	26,65	43,66	39,56	33,08	33,56	26,40	17,32	8,14	16,31	8,24
Local do parto, %												
Domicílio	62,25	80,19	80,87	87,09	35,90	32,70	48,66	32,67	83,12	90,50	84,98	89,80
Em trânsito	SI	SI	SI	SI	SI	SI	0,34	0,66	SI	SI	SI	SI
URS	1,96	1,91	1,82	0,94	27,84	34,60	21,81	45,21	1,30	2,26	0,43	3,92
Ignorado/SI	35,78	17,90	17,31	11,97	36,26	32,70	39,19	21,45	15,58	7,24	14,59	6,27
Profissional que assistiu parto ou pré-natal, %												
AIS	0,49	0,24	SI	0,23	SI	SI	SI	SI	SI	SI	0,86	0,39
Médico	1,23	1,19	1,14	2,35	27,11	38,40	36,91	42,24	0,87	2,26	0,86	2,35
Enfermeiro	0,49	0,95	1,82	0,94	1,10	SI	SI	1,65	0,43	0,45	1,29	1,18
Outros ^b	0,74	0,72	5,69	4,69	0,73	3,42	3,69	10,56	0,43	SI	SI	0,78
Parente	0,74	0,48	1,37	4,46	1,10	1,52	1,34	1,32	SI	1,81	0,43	0,78
Parteira	58,58	78,28	62,64	43,66	30,04	23,19	23,83	17,49	80,95	87,33	80,26	86,27
Ignorado/SI	37,75	18,14	27,33	43,66	39,93	33,46	34,23	26,73	17,32	8,14	16,31	8,24

Fonte: Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena referente a dezembro de 2016.

^a AIS: agente indígena de saúde; SI: sem informação; URS: unidade referência de saúde.

^b Demais profissionais que suplementam a equipe em territórios com demandas de cuidados específicos: agente indígena de saneamento, agente de endemias e microscopistas, psicólogo, nutricionista e farmacêutico.

deste estudo sobre a reorganização do trabalho e o aumento da efetividade dos atendimentos associados ao PMM (10, 15, 16). O aumento de registros indicou expansão da atenção à saúde, não apenas na perspectiva da assistência, mas também da promoção e proteção da saúde, pela expansão no escopo de práticas e pela utilização de indicadores para a organização do trabalho, conforme prevê a PNASPI (2, 17).

Sobretudo, esta pesquisa destacou que as características dos médicos atuantes no PMM, predominantemente cubanos, facilitaram o diálogo com os saberes tradicionais, a interação no trabalho em equipe e a disponibilidade para compartilhar o trabalho necessário no contexto. Nesse sentido, a capacidade de produção de vínculo por parte dos médicos cubanos envolvidos no PMM tem sido identificada como um diferencial, relacionado às especificidades de sua formação e a uma subjetivação singular operante na constituição deste ator no contexto cubano (18-20) e referida no campo empírico.

A gestão do cuidado no contexto intercultural envolve disputas simbólicas, com relações de poder que, na maioria das vezes, são assimétricas, com predomínio do saber biomédico (3, 5, 18, 21). Especialmente no contexto dos povos indígenas, as evidências deste estudo revelaram que as diferenças étnicas e culturais necessitam ser discutidas e colocadas na cena do cuidado, pois há disputas discursivas e interpretativas no cuidado, que por isso precisam ser qualificadas e problematizadas no cotidiano do trabalho. O modelo teórico prévio aponta que

essas relações interculturais fazem parte da dinâmica da micropolítica e são produto dos encontros entre diferentes culturas, saberes e concepções de saúde-doença-cuidado (3).

Apesar de as práticas interculturais aparecerem na cena do cuidado, a PNASPI apresenta fragilidades na concepção e na capacidade de produção das condições para a sua efetividade (3).

O reconhecimento quanto à contribuição do PMM no suprimento de médicos e na implementação de equipes de saúde por gestores, trabalhadores e lideranças é evidente. A saúde indígena, desde a sua criação, teve dificuldades no provimento e na fixação dos profissionais de saúde, notadamente médicos, para as EMSI (5, 15, 22, 23). A rotatividade de profissionais médicos também foi apontada em estudos anteriores (17, 21, 24) como um dos principais problemas da atenção da saúde indígena, devido às dificuldades que o próprio trabalho impõe, como: formação inadequada, diferença cultural, pouca infraestrutura, longas distâncias e uma permanência intensa nas comunidades indígenas. Nesse sentido, o médico cubano do PMM, que vem com o propósito de exercer a solidariedade com as pessoas que vivem em áreas mais vulneráveis (20), representa uma mudança radical na permanência desse profissional nas áreas indígenas. No entanto, a preocupação da gestão e da população indígena é com a continuidade do trabalho das equipes, de modo integral e humanizado, com uma perspectiva de diálogo intercultural e de respeito às características das populações indígenas do país.

Os resultados apresentados apontam para qualificação dos procedimentos oferecidos à puérpera, principalmente na redução das classificações “ignorado ou sem informação”. A maior assistência observada ao parto foi por parte das parteiras tradicionais, que, conforme evidências anteriores, são fundamentais para a assistência à gestante e ao recém-nascido nos territórios indígenas (23, 25). Verificaram-se qualificação dos registros realizados pelas equipes e mudança no perfil de atendimento, com predomínio da assistência médica no Polo de Betânia em todos os anos e redução acentuada no número de nascidos vivos sem informação sobre o tipo de assistência no parto.

O estudo do PMM realizado num determinado DSEI apresenta limitações referentes ao menor grau de generalização para outras populações, em particular povos não indígenas, tanto pelas questões culturais que diferenciam uma região e etnia como pelos aspectos relacionados à gestão da saúde indígena. Outras limitações se referem ao possível sub-registro no SIASI, principalmente em alguns períodos, e ao viés de seleção dos participantes para a entrevista. No entanto, foram utilizadas diferentes estratégias analíticas para triangular as respostas de diferentes atores e descrever as tendências dos indicadores e registros de campo, buscando ampliar a fidedignidade dos resultados. Assim, o estudo destaca a relevante contribuição que o PMM trouxe para a efetivação da política de saúde indígena e os avanços em aspectos importantes, como da saúde maternoinfantil, organização de serviços e produção do cuidado com respeito às características culturais das populações indígenas.

Em síntese, os cenários do estudo mostraram a importância da presença permanente da equipe de profissionais de saúde, inclusive médicos, junto à população indígena, o que dinamizou o trabalho e ampliou a produção e diversificou o trabalho na Saúde Indígena. Observou-se superação do problema crônico de rotatividade de médicos na saúde indígena mediante a cooperação com Cuba feita no PMM, trazendo não somente a presença do profissional nas equipes, mas também um trabalho qualitativamente diferente. O PMM contribuiu para a implementação da PNASPI, fortalecendo a atenção básica nos territórios indígenas, com estruturação e expansão

do trabalho das equipes e melhora dos indicadores de procedimentos e de saúde materno-infantil das populações atendidas.

Os avanços significativos na melhoria da qualidade dos serviços ofertados para a população, como apontamos na pesquisa, são dependentes de decisões políticas. Além de esforços políticos para o suprimento de profissionais nessas áreas, é relevante desenvolver formação profissional e estratégias de educação permanente para permitir maior diálogo com as populações indígenas do país, sua cultura e singularidades na produção de saúde, como reconhecimento de sua condição de populações tradicionais no território, mas também como forma de qualificar o sistema de saúde e o cuidado como um todo.

Contribuições dos autores. JCS e AAF conceberam a ideia original, planejaram o estudo, escreveram e revisaram o artigo. RTSL e JSCA contribuíram para o planejamento do estudo, analisaram os dados, interpretaram os resultados, escreveram e revisaram o artigo. Todos os autores leram, revisaram e aprovaram a versão final.

Agradecimentos. À Secretaria Especial Saúde Indígena (SESAI) pelo acompanhamento da pesquisa e informações cedidas. Ao Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena (DSEI) Alto Rio Solimões pelo apoio logístico para deslocamento para os PolosBase e informações sobre o trabalho na saúde indígena. Aos trabalhadores e lideranças indígenas pela disponibilidade. Aos médicos cubanos pelo compromisso do trabalho em regiões de difícil acesso do país, especialmente nas áreas indígenas. Por fim, agradecemos à Fundação de Apoio e Amparo à Pesquisa do Amazonas (FAPEAM) pelo financiamento da pesquisa.

Conflitos de interesse. Nada declarado pelos autores.

Declaração. As opiniões expressas no manuscrito são de responsabilidade exclusiva dos autores e não refletem necessariamente a opinião ou política da RPSP/PAJPH ou da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

REFERÊNCIAS

1. Ferla AA, Trepte RF, Schweickardt JC, Lima RTS, Martinho A. Os (des)encontros da pesquisa no tempo-espaço amazônico: um ensaio sobre a produção de conhecimento como abertura à aprendizagem. *Saude Redes*. 2016;2(3):241–261.
2. Brasil, Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde/FUNASA; 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf Acessado em 22 de abril 2019.
3. Pedrana L, Trad LAB, Pereira MLG, Torrenté MON, Mota SEC. Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e178.
4. Fontão MAB, Pereira EL. Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. *Interface*. 2017;21(1):1169–1180.
5. Mendes AM, Leite MS, Langdon EJ, Grisotti M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e184.
6. Brasil, Presidência da República. Lei 12 871/2013. Brasília: Diário Oficial da União; 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm Acessado em 22 de abril de 2019.
7. Pinto HA, Oliveira FP, Santana JSS, Santos FOS, Araujo SQ, Figueiredo AM, et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do eixo Provimento de 2013 a 2015. *Interface*. 2017;21(1): 1087–1101.
8. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Interações socio-culturais dos médicos cubanos participantes do Programa Mais Médicos no Brasil. Brasília: OPAS, 2018. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49676> Acessado em maio de 2019.
9. Lima RTS, Fernandes TG, Balieiro AAS, Costa FS, Schramm JMA, Schweickardt JC, et al. A Atenção Básica no Brasil e o Programa ‘Mais Médicos’: uma análise de indicadores de produção. *Cienc Saude Coletiva*. 2016;21(9):2685–2696.
10. Souza MLP. Apontamentos sobre as especificidades da supervisão acadêmica em área indígena no âmbito do Programa Mais

- Médico para o Brasil: o caso do estado do Amazonas. *Tempus*. 2015;9(4):191-197.
11. Yin R. Estudo de Caso: Planejamento e métodos. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
 12. Alves-Mazzotti AJ. Usos e abusos dos estudos de caso. *Cad Pesqui*. 2006;36(129):637-651.
 13. Orlandi EP. Análise de discurso: Princípios e procedimentos. 9ª ed. Campinas: Pontes; 2010.
 14. Maingueneau D. Discurso e análise do discurso. São Paulo: Parábola; 2015.
 15. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Leônidas & Maria Deane. Relatório de Pesquisa: a produção do trabalho e o Programa “Mais Médicos” no Estado do Amazonas. Manaus: Fiocruz; 2017.
 16. Schweickardt JC, Lima RTS, Ferla AA, Martino A. O “Programa Mais Médicos” e o trabalho vivo em saúde em um município da Amazônia, Brasil. *Saude Redes*. 2016;2(3):328-341.
 17. Garnelo L, Macedo G, Brandão LC. Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil. Brasília: OPAS; 2003.
 18. Garcia Junior CAS. Produção de vínculos: a relação entre médicos cubanos e usuários do Sistema Único de Saúde a partir do Programa “Mais Médicos”. Porto Alegre: Rede Unida; 2017. Disponível em: http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/producao_de_vinculos Acessado em 29 de abril de 2019.
 19. Gomes LB, Merhy EE, Ferla AA. Subjetivação dos médicos cubanos: diferenciais do internacionalismo de cuba no programa mais médicos. *Trab Educ Saude*. 2018;16(3):899-918.
 20. Silva HP, Tavares RB, Comes Y, Pereira LL, Shimizu HE, Merchán-Hamann E, et al. O Projeto Mais Médicos Para o Brasil: desafios e contribuições à Atenção Básica na visão dos médicos cooperados. *Interface*. 2017;21(1):1257-1268.
 21. Pontes ALM, Rego S, Garnelo L. La actuación de agentes indígenas de salud en la región de Alto Rio Negro, Brasil: relaciones entre autoatención y biomedicina. *Desacatos*. 2018;58:84-103.
 22. Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena Alto Rio Solimões. Cartografia do DSEI ARS. Tabatinga: DSEI ARS; 2017.
 23. Ferreira LO. Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. Em: Langdon EJ, Cardoso MD. Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Editora UFSC; 2015. Pp. 217-46.
 24. Rocha ESC. Atenção Primária à Saúde Indígena e não-indígena no Alto Rio Negro, Amazonas, na perspectiva dos profissionais de saúde. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-19052017-094713/pt-br.php> Acessado em 22 de abril de 2019.
 25. Scopel D, Dias-Scopel RP, Langdon EJ. Intermedialidade e protagonismo: atuação dos agentes indígenas de saúde Munduruku da Terra Indígena Kwatá-Laranjal, Amazonas, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2015;31(12):2559-2568.

Manuscrito recebido em 9 de dezembro de 2018. Aceito em versão revisada em 30 de abril de 2019.

The More Doctors Program and the health of indigenous peoples: the case of Alto Solimões, Amazonas, Brazil

ABSTRACT

Objective. To describe the effects of the More Doctors Program (PMM) on the health of indigenous groups in the Alto Rio Solimões Special Indigenous Sanitary District in Brazil.

Methods. The present descriptive study was based on individual interviews with health care professionals and users, direct field observation, and analysis of health records and secondary health care data.

Results. Forty-four health care professionals and 30 users were interviewed. The study showed that PMM brought about a stable supply of physicians, predominantly Cuban, reorganization of work by health care teams, improved recording of actions linked to specific programs, and improvement in pre-natal care indicators.

Conclusions. Implementation of the PMM and the presence of Cuban physicians allowed advances in the National Indigenous Health Care Policy, with results that could be observed even in the short term, despite the remaining challenges associated with cultural aspects and with the comprehensiveness and sustainability of health care. It is recommended that the experience developed in the PMM be further analyzed and disseminated in other contexts, especially in the training of health care professionals.

Keywords

Public health policy; health of indigenous peoples; primary health care; Brazil.

Efectos del programa Más Médicos en la salud de los pueblos indígenas: el caso de Alto Solimões en Amazonas, Brasil

RESUMEN

Objetivo. Describir los efectos del programa Más Médicos en la salud de los pueblos indígenas en el Distrito Sanitario Especial Indígena del Alto Río Solimões.

Métodos. Estudio descriptivo realizado por medio de entrevistas individuales con profesionales y usuarios indígenas de los servicios de atención de salud, observación directa de campo y análisis documental de los registros y los datos secundarios de salud.

Resultados. Se realizaron entrevistas a 44 profesionales y 30 usuarios. El estudio mostró que el programa tuvo como efecto una dotación estable de médicos, predominantemente cubanos, reorganización del trabajo de los equipos, mejora de los registros de información de los procedimientos, calificación de las actividades de los programas específicos de atención del parto y del puerperio, y mejora de los indicadores de atención prenatal.

Conclusión. La implementación del programa y la presencia de médicos cubanos permitieron lograr avances en la política nacional de atención a la salud de los pueblos indígenas, con resultados incluso a corto plazo, aunque todavía persisten algunos desafíos relacionados con los aspectos culturales y con la integralidad y sostenibilidad de la atención de salud. Se recomienda someter a nuevos análisis la experiencia adquirida en el programa y diseminarla en otros contextos, sobre todo, en la formación de profesionales de salud.

Palabras clave

Políticas públicas de salud; salud de poblaciones indígenas; atención primaria de salud; Brasil.
