

Implementação da Política de Saúde Indígena: uma análise etnográfica das práticas assistenciais no Alto Rio Solimões

Implementation of the Indigenous Health Policy: an ethnographic analysis of healthcare practices in the Upper Solimões River

Implementación de la Política de Salud Indígena: un análisis etnográfico de las prácticas asistenciales en el Alto Rio Solimões

Roberta Aguiar Cerri (<https://orcid.org/0000-0002-0337-4898>)¹

Luiza Garnelo (<https://orcid.org/0000-0003-0263-7286>)¹

Resumo Este estudo analisa a implementação da política de saúde indígena, focando nas práticas assistenciais das equipes de saúde do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no Alto Rio Solimões, região amazônica. Utilizando a etnografia como recurso metodológico, investiga-se a dinâmica entre participantes, discursos e poder na execução da política, revelando uma complexa interconexão entre as práticas e outras realidades contextuais. Três fenômenos emergem como influências críticas nas práticas assistenciais: o modelo médico-assistencial, o modelo sanitário e a cultura do desempenho. Os modelos médico-assistencial e sanitário se perpetuam. A cultura do desempenho introduz um paradigma de controle baseado em indicadores quantitativos e metas pré-definidas, afetando a identidade profissional, as interações sociais e a eficácia das ações. À margem da instituição, outras práticas diárias são induzidas pelas necessidades temporais, sentimentos subjetivos e redes locais de poder desafiando estruturas e convenções sociais. A política de saúde indígena foi reformulada pelas práticas influenciadas por velhas políticas, e remodeladas pelas técnicas induzidas pela burocracia, distanciando-se de sua agenda ideológica.

Palavras-chave Serviços de saúde indígena, Políticas, planejamento e administração em saúde, Modelos de assistência à saúde

Abstract This study analyzes the implementation of the Indigenous Health Policy, focusing on the care practices of health teams of the Indigenous Health Care Subsystem in the Upper Solimões River in the Amazon region. Using ethnography as a methodological resource, the dynamics among participants, discourses, and power in the implementation of the policy are investigated, revealing a complex interconnection between practices and other contextual realities. Three phenomena emerge as critical influences on care practices: the medical-care model, the sanitation model, and the culture of performance. The medical-care and sanitation models are perpetuated. The culture of performance introduces a control paradigm based on quantitative indicators and pre-defined goals, affecting professional identity, social interactions, and the effectiveness of actions. On the margins of the institution, other daily practices are induced by temporal needs, subjective feelings, and local networks of power, thus challenging social structures and conventions. The Indigenous Health Policy was reformulated by practices influenced by old policies and was remodeled by techniques induced by bureaucracy, distancing itself from its ideological agenda.

Key words Indigenous health services, Health policy, planning and management, Healthcare models

Resumen Este estudio analiza la implementación de la política de salud indígena, centrándose en las prácticas asistenciales de los equipos de salud del Subsistema de Atención a la Salud Indígena en el Alto Rio Solimões, en la región amazónica. Utilizando la etnografía como recurso metodológico, se investigan las dinámicas entre participantes, discursos y poder en la ejecución de la política, revelando una compleja interconexión entre las prácticas y otras realidades contextuales. Tres fenómenos emergen como influencias críticas en las prácticas asistenciales: el modelo médico-asistencial, el modelo sanitario y la cultura del desempeño. Los modelos médico-asistencial y sanitario se perpetúan. La cultura del desempeño introduce un paradigma de control basado en indicadores cuantitativos y metas predefinidas, afectando la identidad profesional, las interacciones sociales y la eficacia de las acciones. A las márgenes de la institución, otras prácticas cotidianas son inducidas por necesidades temporales, sentimientos subjetivos y redes locales de poder, desafiando estructuras y convenciones sociales. La política de salud indígena ha sido reformulada por prácticas influenciadas por antiguas políticas, y remodelada por técnicas inducidas por la burocracia, distanciándose de su agenda ideológica.

Palabras clave Servicios de salud indígenas, Políticas, planificación y administración en salud, Modelos de asistencia a la salud

¹ Laboratório de Situação de Saúde e Gestão do Cuidado de Populações Indígenas e outros grupos vulneráveis (SAGESPI), Instituto Leônidas e Maria Deane, Fiocruz-AM. R. Teresina 476, Adrianópolis. 69057-070 Manaus AM Brasil. robertacerri@gmail.com

Introdução

Após 20 anos desde a formulação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)¹, estudos que abordam tangencialmente a sua implementação²⁻⁴ indicam que um de seus efeitos foi o incremento da contratação de profissionais de saúde para atuar em área indígena, o que facilitou o acesso da população indígena aos serviços de saúde. Contudo, conforme indica relatório da Controladoria-Geral da União (CGU)⁵, embora o orçamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) tenha sido direcionado principalmente para a contratação de profissionais de saúde, as ações empreendidas pelo seu órgão executor, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), não produziram resultados tangíveis sobre os benefícios da implementação da PNASPI, indicando possíveis problemas no modelo de gestão e de atenção do Subsistema.

A concepção de análise de políticas públicas adotada por órgãos públicos, como a CGU, nos conduz à perspectiva clássica de ciclos de políticas^{6,7}, caracterizada pela análise sequencial de suas fases, como a formação da agenda, formulação, implementação, avaliação e rescisão. Pela lógica do modelo cada fase envolve processos distintos, assim o período de formulação seria resultado da ação política ou influência de grupos de interesse (*politics*), enquanto sua implementação ficaria a cargo da tecnocracia estatal (*policy*). Essa visão assume que a ação governamental é coordenada por especialistas e pelo conhecimento tecnocrático, operando em uma estrutura hierárquica rígida, guiada por metas, valores e objetivos racionais.

Essa ideia de ciclo de políticas foi alvo de críticas por superestimar a natureza estritamente racional do processo político e por negligenciar o papel coercitivo das instituições e das estratégias individuais dos atores envolvidos na formulação e implementação de políticas públicas⁸. A abordagem de Stephen Ball^{9,10} rompe com a perspectiva funcionalista e propõe uma análise interpretativa apoiada nas teorias de poder de Foucault e nas noções de campo de Bourdieu. Para o autor, a cisão entre formulação e implantação de políticas públicas reforça uma ideologia fictícia que separa política e prática, atribuindo maior importância à primeira.

Ball enfatiza que as políticas não são apenas aplicadas, mas também reinterpretadas, negociadas e moldadas pelos processos micropolíticos da instituição e pela ação dos profissionais no nível local. Sua proposta é realizar uma análise inter-

relacionada e não linear dos três principais contextos que influenciam as políticas públicas: (1) o contexto de influência que se traduz como ação política e que geralmente é atribuído ao período de formulação de agenda, mas que, segundo o autor, permeia toda a implementação; (2) o contexto de produção de texto que representa a política em si e utiliza uma linguagem de interesse público mais amplo, podendo ser compreendida por meio de falas institucionalizadas e pelos documentos; e (3) o contexto da prática onde as políticas públicas são interpretadas e recriadas pelos sujeitos em interação com velhas políticas já estabelecidas.

Sendo assim, os executores das políticas moldam ativamente seus rumos. Nesse processo, a política pode passar por uma reconfiguração que se distancia de sua formulação original. Sob esta perspectiva, o objetivo deste estudo é compreender o processo de implementação da política de saúde indígena no Alto Rio Solimões a partir da análise das práticas assistenciais providas por equipes de saúde. Ao examinar as ações finalísticas no SasiSUS, podemos compreender como as políticas são reinterpretadas, negociadas e moldadas no nível local. O estudo de caso oferece uma perspectiva através da qual podemos avaliar e reformular políticas públicas de maneira mais informada e contextualizada.

Métodos

Pesquisa qualitativa de abordagem etnográfica realizada junto aos serviços de saúde prestados pelo Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões (DSEI ARS), localizado no oeste do estado do Amazonas, na tríplice fronteira entre o Brasil, Colômbia e Peru. O DSEI atende a maior população indígena da Amazônia, tem um numeroso quadro de profissionais e os serviços de saúde estão organizados em uma rotina estruturada e continuada em área indígena.

Trata-se de uma pesquisa etnográfica guiada pela abordagem conceitual e metodológica de etnografias em organizações explorada por Teixeira e Castilho¹¹ que busca compreender os espaços organizacionais como produtores de conhecimento tomando como referência os conceitos e os valores vividos pelos sujeitos na organização. Os momentos etnográficos visam captar o idioma da organização por meio de documentos (relatórios, formulários, normas etc.), entrevistas, conversas informais e observação participante.

O período de realização da pesquisa foi de 12 meses. O trabalho de campo foi realizado nos

setores de gerência do DSEI e de assistência em Polo-Base (PB) selecionado no território, totalizando 3 meses de observação. A fim de preservar o anonimato dos participantes, optou-se pela não identificação específica do PB. A atenção à saúde nas aldeias é realizada por equipes chamadas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) vinculadas ao PB e eram compostas por médicos (4), enfermeiros (11), odontólogos (4), psicólogo (1), farmacêuticos (1), nutricionista (1), técnicos de laboratório (4), técnicos de enfermagem (20), técnicos de saúde bucal (2), auxiliares de saúde bucal (2), agentes indígenas de saúde (55) e agentes indígenas de saneamento (4). A equipe de gerência do DSEI era composta por 14 profissionais da área da saúde sendo a maioria, 8, da área de enfermagem.

Os dados foram registrados em diário de campo, fotos, vídeos e entrevistas aplicadas a 25 profissionais do PB e 13 profissionais da sede do DSEI. Também foram coletadas cópias dos documentos utilizados cotidianamente para o planejamento e registro da produção das equipes. Os documentos foram abordados considerando sua produção, materialidade, efeitos, sentidos¹² e enfatizando-se sua capacidade de gerar interpretações quando apropriados pelos demais atores que compõem a rede de associações da organização. Ao tratá-los como sujeitos mediadores de relações sociais¹³, evitou-se enquadrá-los apenas como repositórios de dados objetivos.

Os resultados da pesquisa permitiram uma análise descritiva e explicativa que investigou os modelos e estratégias que orientam as práticas assistenciais dentro do DSEI. Em seguida, realizamos uma análise interpretativa focada na relação entre a política de saúde indígena na prática e o cotidiano institucional. Nessa abordagem, consideramos a organização como *locus* de cultura, ou seja, como *estruturas de significado socialmente estabelecida*¹⁴, incorporando à análise as perspectivas dos participantes em relação aos fenômenos observados, levando em conta o contexto social, político, cultural e histórico que lhes confere significado.

A pesquisa foi aprovada em Comitê de Ética (CAAE 64583822.5.0000.5016).

Resultados

Equipe de saúde e rotina de trabalho

A atenção à saúde nas aldeias é realizada por equipes multidisciplinares vinculadas ao PB e

sob a gerência de outros profissionais lotados na sede do DSEI. As equipes estão lotadas no estabelecimento sede – principal referência do PB – ou vinculadas às Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) localizadas em microáreas que abrangem comunidades mais distantes da sede e ao longo de igarapés afluentes do rio Solimões.

As equipes estão organizadas em duas modalidades principais: (1) profissionais com períodos definidos de permanência na área indígena e (2) profissionais indígenas que moram em aldeias adstritas ao DSEI. Os do primeiro grupo trabalham em regime de escala com 30 dias em área indígena, seguido por 15 dias de folga. Os profissionais moradores locais trabalham 8 horas/dia de segunda a sexta. Há pelo menos um Agente de Saúde Indígena (AIS) contratado em cada comunidade. Em comunidades maiores esses profissionais somam mais de 20. Dentre os profissionais contratados para prover assistência à saúde, os enfermeiros e técnicos de enfermagem predominavam. Ao longo da maior parte do período de coleta de dados não havia médicos contratados para prestar assistência. Contudo, esses profissionais foram reincorporados à equipe ao fim da investigação de campo.

A equipe de saúde estava organizada para prestar atendimento tanto dentro do estabelecimento quanto em visitas itinerantes pelas aldeias de abrangência de seu território. Dentro das unidades, a prática procedimento-centrada orientava a rotina da equipe. Priorizava-se o pronto-atendimento, retratado nas urgências/emergências, e as consultas de demanda espontânea. Além disso, a rotina também se organizava em torno de ações programáticas voltadas para grupos específicos, em especial para realização de pré-natal e de puericultura, e vacinação.

Nas visitas às aldeias, profissionais improvisadamente se organizavam em escolas ou igrejas, atendendo a população triada pelo AIS. As atividades eram similares às da unidade de saúde, mas com menos insumos. As palestras, consultas odontológicas e outras ações de saúde bucal variavam conforme a microárea. Já as visitas domiciliares eram menos frequentes e focavam em recém-nascidos, idosos ou casos graves identificados pelo AIS.

À noite e aos finais de semana, as equipes ficavam de plantão para atender as urgências/emergências e trabalhavam com a inserção de dados no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) ou preenchendo planilhas de produção.

Práticas assistenciais

As práticas de saúde nas unidades do PB se dividiam em *ações preventivas*, como campanhas e atividades programadas com base no conhecimento biomédico, e *ações de assistência individual*, incluindo consultas clínicas predominantemente curativas, atendimento de demanda espontânea, pré-natal e puerpério. Embora essas modalidades de atendimento se misturem no dia a dia, elas se distinguem efetivamente nas estratégias de registro adotadas no DSEI.

Os atendimentos de demanda espontânea eram as consultas médicas ou de enfermagem voltadas para avaliar, diagnosticar e tratar as condições de saúde de uma pessoa indígena, de acordo com suas queixas, chamados de “consultas de morbidade”. A nomenclatura remete a uma razão de ordem prática na organização da rotina do trabalho: esse tipo de consulta gera dados para preencher a “Ficha de Dados Gerais de Casos Confirmados de Morbidade” cujo teor é inserido no módulo “morbidade” do SIASI de onde seria possível extrair informações sobre o perfil de morbidade da população.

Além disso, as consultas de pré-natal, puericultura ou até mesmo as visitas domiciliares realizadas pelas equipes de saúde também geravam registros na ficha de morbidade. Nesses casos os profissionais registravam a consulta como “Contato com serviço de saúde” (Capítulo XXI da lista de Classificação Internacional de Doenças - CID-10). Sendo assim, todo atendimento poderia ser contabilizado nesta ficha e, por isso, os profissionais a mantinham consigo em todos os momentos para não perder a oportunidade de registro.

De acordo com os entrevistados, os registros eram utilizados para comprovar o desempenho da equipe – número de consultas realizadas – e como informação de retaguarda caso fossem acionados por outras instâncias, como pelo Ministério Público Federal. Não chegavam a fazer uma análise sistemática do perfil de morbidade gerado a partir dos registros e, por isso, a informação epidemiológica não era comumente considerada como fonte estratégica para o planejamento das atividades do PB. Não se afirma, contudo, que tal perfil era ignorado, pois algumas atividades se orientavam pelas observações pessoais e empíricas das doenças e agravos que acometiam a população e, ainda, a sede do DSEI dispunha de profissionais que tinham a análise dos dados como atribuição cotidiana. Contudo no âmbito da prestação de serviços o teor das análises consistia mais em monitorar o alcance das metas de atendimentos realizados.

As ações preventivas eram denominadas nos documentos institucionais como “atendimentos de atenção básica” ou “ações de programas”. São elas: a vacinação; as ações ao grupo materno-infantil, que incluem pré-natal, puerpério, planejamento familiar e controle de desnutrição e outros agravos; as ações de educação em saúde no formato de palestras, são realizadas na unidade ou na comunidade; ações de vigilância em saúde focadas em doenças e agravos prioritários como as Infecções Sexualmente Transmissíveis, Tuberculose, Malária, Hipertensão, Diabetes, Câncer de Colo de Útero; ações de saúde bucal; e de forma ainda bastante incipiente, algumas ações de saúde mental.

Poucos entrevistados conheciam ou já tinham lido o texto da PNASPI e para implementar os programas, a maioria dizia buscar suporte em fontes como o Guia de Vigilância em Saúde e os Cadernos de Atenção Básica, publicados pelo Ministério da Saúde. Entretanto, mencionavam a falta de guias técnicos adequados ao perfil epidemiológico e cultural da população indígena atendida. Nesse contexto, muitos confiavam no conhecimento compartilhado por colegas e em sua própria experiência.

Os entrevistados diziam também se orientar pelas metas estabelecidas pelo nível central da SESAI e supervisionadas por “referências técnicas” (RTs) do DSEI. A instituição utiliza 37 fichas (termo utilizado para se referir aos formulários do SasiSUS) para registrar dados em folhas de papel, que são posteriormente transcritos para o SIASI ou para planilhas de dados consolidados enviadas diretamente às RTs. Os dados gerados contêm informações sobre atendimentos, procedimentos e atividades realizadas, permitindo à gerência do DSEI monitorar a produção dos profissionais de saúde em diferentes áreas e programas, bem como alimentar outros sistemas, como o Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse (SICONV) onde informam o número total de atendimentos realizados por profissional e categorias.

Exemplificando: se um idoso procurou por serviços de saúde e foi atendido na unidade, além do prontuário individual, caberia ao profissional inserir dados originados na consulta na “Ficha de Morbidade” e no formulário correspondente ao grupo populacional, neste caso, no formulário do “programa da saúde do idoso”. Ao passo que muitos idosos passam por situações de violência, sofrem com transtornos mentais e não estão isentos de doenças como tuberculose, diabetes, hipertensão arterial e ISTs, reproduzem-se interseções ou superposições entre instrumentos

de registro dos programas, fazendo com que o enfermeiro preencha diversos formulários. Os profissionais alegavam dificuldades em conciliar a burocratização das atividades com o cotidiano dos atendimentos.

Para entender melhor a dinâmica das ações sob esse contexto, tomemos também como exemplo as atividades desenvolvidas pelo PB no âmbito do “Programa Saúde da Criança”. O programa tem como objetivo reduzir a mortalidade infantil por causas evitáveis tendo como estratégia principal a oferta de acesso a consultas de puericultura (Crescimento e Desenvolvimento - CeD) conforme orientações da Caderneta de Saúde da Criança. O Ministério da Saúde¹⁵ recomenda 7 consultas antes do primeiro ano de vida da criança em períodos que coincidam com a vacinação e testagens, contudo esse número pode variar para mais ou para menos conforme a vulnerabilidade da criança.

No DSEI, a meta estabelecida foi alcançar 60% das crianças menores de 1 ano com acesso a 7 consultas até 2023. A Referência Técnica (RT) do programa acompanha esses dados no SIASI por meio de um painel que mostra o progresso do PB em relação à meta. De acordo com os registros no painel do SIASI, o DSEI não atingiu a meta até o momento. Em 2020 e 2021, o alcance foi de 40% e 44%, respectivamente, enquanto 2022 registrou a maior cobertura no período, com 52%. Os profissionais da assistência eram informados sobre o desempenho da meta e então buscavam criar estratégias, muitas delas individuais, para melhorar seu desempenho. Nos documentos consultados e nas entrevistas, não foram fornecidos critérios de definição da meta estabelecida.

Alguns profissionais se diziam frustrados com as consultas de puericultura, pois entendiam que as mulheres indígenas não conseguiam se apropriar das orientações repassadas a elas, por razões linguísticas e outros fatores que demandariam do enfermeiro um maior contato com as condições de vida da família. Contudo, diziam enfrentar uma carga significativa de atividades gerenciais que se sobreponham às atividades de assistência, desviando a atenção dos problemas e desafios inerentes a própria execução da ação.

Dentro da gestão do DSEI, programas também relacionados à saúde da criança, como vacinação e vigilância nutricional, eram gerenciados por distintas RTs que os monitoravam de forma independente dos demais programas. No entanto, ainda que atuando de forma isolada, o programa de vacinação possui objetivos claros, critérios de metas bem definidos, protocolos de interven-

ção, treinamentos e recursos próprios. A avaliação mais precisa gerava retorno e os profissionais que nele atuavam se sentiam mais valorizados.

Práticas às margens da organização

No processo etnográfico, identificamos outras práticas que se conformam dentro da organização, mas que não são concebidas em documentos, orientações, processo de trabalho ou em planejamento oficial do DSEI. Dentre essas práticas, destacamos o planejamento territorializado, as funções do coordenador do PB e os atendimentos de urgências e emergências.

Acompanhando uma enfermeira, observamos que sua rotina se diferenciava dos demais profissionais. Ela frequentemente realizava visitas domiciliares e fazia várias paradas durante uma viagem de barco. As paradas tinham diversos objetivos, como acompanhamento de casos específicos, verificação da saúde de recém-nascidos, coleta de exames de sangue ou conversas com o AIS. Certa vez, ela se deslocou de barco para atender a um bebê com diarreia e possível desnutrição. Durante a visita, que durou quase uma hora, a enfermeira realizou uma análise clínica da criança, avaliou o cuidado fornecido pela mãe, percorreu a casa, interagiu com os moradores e identificou fatores agravantes. Em seguida, ela forneceu orientações, como o uso de soro e água potável, trabalhando em estreita colaboração com a família e o AIS, adaptando os cuidados às necessidades locais. Para registrar essas informações, ela utilizava anotações pessoais em um caderno e, ao retornar à unidade, transcrevia um resumo para o prontuário da criança, abandonando as fichas de produção nesse momento.

Essa experiência se diferenciava das abordagens nas consultas individuais realizadas cotidianamente nas unidades de saúde. Em entrevista, a enfermeira relatou que considerava que seu papel era prover uma atenção básica para comunidade e isso, em sua percepção, significava acompanhar de perto a população e tentar resolver os problemas antes que se agravem. Considerava estar desempenhando um bom papel, pois durante os dois anos de atuação naquele território, nenhuma criança foi a óbito ou adoeceu gravemente a ponto de ser removida para a cidade. Porém, isso demandava que ela criasse uma rotina e um planejamento de ações específico para cada comunidade, mas isso era uma iniciativa própria e não uma orientação institucional.

Embora a profissional demonstrasse dinamismo, comprometimento com as necessidades

da população e autonomia em seu trabalho, a estrutura organizacional estabelecida no local de trabalho, centrada em consultas do tipo queixa-conduta e produção quantificável, não favorecia a adoção de um padrão de cuidado voltado para a identificação antecipada e prevenção de problemas de saúde em indivíduos, famílias e comunidades. Dessa forma, a identificação dos principais problemas de saúde da população dependia do engajamento pessoal dos profissionais e não de expectativas estabelecidas pela organização.

Os atendimentos de urgências e emergências, que ocorriam com bastante frequência, também não estavam previstos nos arranjos organizacionais. Tais atendimentos são cruciais nas áreas indígenas, onde a distância não permite que muitos pacientes em risco de vida sejam facilmente transferidos para hospitais ou Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Apesar da unidade principal do PB possuir uma enfermaria/pronto-socorro 24 horas, essa atividade não era oficialmente reconhecida como parte do processo de trabalho das unidades de atenção básica, uma vez que as normas do sistema de saúde atribuem o atendimento de urgências e emergências às UPAs, que não estão presentes nos DSEI.

Os profissionais, motivados pela responsabilidade moral para com os pacientes e diante da persistência desses casos, assumem a função de fornecer o atendimento, mesmo sem delegação oficial e recursos suficientes. Para isso, a equipe segue um regime de escala paralelo, equilibrando a rotina na unidade e os atendimentos de urgência/emergência que incluem o período noturno. Consequentemente, mesmo após um plantão noturno, a equipe seguia a rotina institucional no dia seguinte. A maioria dos entrevistados considerava as urgências/emergências como a principal diferença entre trabalhar em uma unidade de atenção básica na cidade e em uma área indígena, e, portanto, acreditavam que aqueles que optam por trabalhar no DSEI deviam ter alguma experiência ou treinamento para lidar com essas situações.

Os profissionais também se organizavam de forma solidária para adquirir e preparar refeições para os pacientes internados na enfermaria do PB e seus acompanhantes. Além disso, o estabelecimento sede é o ponto de partida e chegada de usuários de outras comunidades agendados para consultas na sede municipal. Sendo assim, pernoitavam no estabelecimento sede e neste caso, a equipe também se organizava para prover alimentação e alojamento para esses usuários indígenas.

Ainda no campo da não-oficialidade, observou-se que a coordenação das atividades do PB ficava a cargo de um enfermeiro designado como *coordenador do PB*, embora esse cargo não estivesse incluído no perfil de cargos e funções do Plano de Trabalho da entidade conveniada para contratação de profissionais. O coordenador do PB é, portanto, um enfermeiro contratado para assistência, mas nomeado pela administração do DSEI para exercer funções de gerência.

Por estar mais em contato com as equipes de assistência, lideranças e demandas locais, o coordenador era o elo entre o PB e a sede do DSEI. As atividades desempenhadas por ele possuíam um papel tático operacional voltado a atender as estratégias do DSEI, sejam elas oficiais, como garantir que a logística e escala funcionassem e cobrar planilhas de produção da equipe; ou não oficiais como realizar permuta de medicamentos necessários para os atendimentos de urgências e emergências, já que esses não podiam ser licitados pelo SasiSUS. Essa habilidade do coordenador em obter medicamentos essenciais para o PB conferia-lhe distinção e poder em relação aos demais¹⁶.

Discussão

Identificamos a presença de dois elementos-chave que se configuram como matrizes de variáveis das práticas assistenciais: as *práticas formais* e as *práticas informais*. Seus componentes foram então classificados em três eixos. Primeiro, listamos as atividades que ocorrem regularmente no cenário dos serviços realizados pela equipe de saúde local. A partir desse levantamento, identificamos as técnicas, métodos e abordagens predominantes. Então, com o objetivo de aprofundar nossa percepção, exploramos seus significados sob a ótica de fenômenos, mecanismos de atuação e elementos persistentes que moldam ou caracterizam suas funções práticas e simbólicas¹⁶ (Quadro 1).

Utilizando-se do conceito de estrutura e antiestrutura de Victor Turner¹⁷, consideramos as práticas formais como os papéis e as ações que reforçam as normas, valores e hierarquias intrínsecas à estrutura organizacional. Já as práticas informais se conformam como momentos antiestruturais quando as normas são suspensas e os sujeitos podem explorar novas formas de identidade e interação. No plano da estrutura organizacional, as práticas assistenciais são guiadas por três fenômenos principais: o *modelo médico-assistencial*, o *modelo sanitarista* e a *cultura do desempenho*.

Quadro 1. Componentes das práticas assistenciais.

Práticas Formais		
Atividades	Técnicas, métodos e abordagens predominantes	Fenômenos, mecanismos de atuação e elementos persistentes
Consulta clínica de demandas espontâneas (queixa-conduta) - médica e odontológica	Gerenciamento por metas de produtividade Atendimento individual	Cultura do desempenho Modelo médico-assistencial
Consultas de pré-natal e puericultura	Gerenciamento por metas de produtividade Atendimento individual Práticas Fragmentárias da atenção programática	Cultura do desempenho Modelo médico-assistencial
Outras ações de Atenção Básica: ações de imunização; ações ao grupo materno-infantil - pré-natal e puerpério; planejamento familiar e controle de desnutrição e outros agravos; ações de educação sanitária no formato de palestras realizadas na unidade ou na comunidade; ações de vigilância em saúde focadas em algumas doenças e agravos prioritários como as Infecções Sexualmente Transmissíveis, Tuberculose, Malária, Hipertensão, Diabetes, Câncer de Colo de Útero; ações de saúde bucal; e ações de saúde mental	Gerenciamento por metas de produtividade Atendimento individual Campanhas sanitárias Práticas Fragmentárias da atenção programática	Cultura do desempenho Modelo médico-assistencial Modelo sanitarista
Práticas Não Formais		
Atividades	Tecnologias e abordagens predominantes	Fenômenos, mecanismos de atuação e elementos persistentes
Permuta de medicamentos	Reuniões e encontros com gestores municipais	Empoderamento individual
Atendimentos de urgência e emergência	Assistência médica e hospitalar	Responsabilidade moral pela ação, solidariedade entre profissionais e desafio de normas existentes Modelo médico-hospitalar
Internação	Assistência médica e hospitalar	Solidariedade entre profissionais Modelo médico-hospitalar
Alimentação e hospedagem de pacientes	Acolhimento	Solidariedade entre profissionais
Planejamento a partir das condições locais de saúde	Atenção programada	Engajamento pessoal
Atendimento local com escuta dos familiares	Acolhimento Estratégia de Saúde da Família	Engajamento pessoal

Fonte: Autoras.

A lógica de organização do atendimento aos usuários na unidade seguia princípios semelhantes àqueles observados em estabelecimentos de atenção básica em centros urbanos. Os atendimentos individuais estão centrados no modelo médico-assistencial mesmo diante da falta frequente de médicos na região. A instituição do

modelo se mantém como uma forte influência política e cultural no contexto das práticas assistenciais, evidenciando o conceito de hegemonia de Gramsci¹⁸ em que o grupo social subordinado adota a visão de mundo do grupo dominante, mesmo que ela esteja em contradição com a sua atividade prática.

O Movimento de Reforma Sanitária criticou o modelo médico-assistencial por não atender eficazmente às necessidades de saúde da população brasileira^{19,20}. A agenda política que guiou a formulação da PNASPI foi influenciada por essas críticas^{21,22}, buscando superar a predominante abordagem curativa e individual do sistema de saúde, priorizando a integração dos serviços e uma abordagem intercultural.

No entanto, a persistência das condições estruturais do modelo médico-assistencial materializado em consultas tipo queixa-conduta dentro da instituição, segue como uma das maiores contradições a ser enfrentada. Além de afastar e desconsiderar outras práticas e saberes tradicionais²³, a hegemonia da prática acaba por limitar o alcance efetivo da política e a possibilidade de verdadeiramente atender às necessidades e particularidades das comunidades indígenas, uma vez que o atendimento clínico para diagnóstico de doenças, exclui, conseqüentemente, pessoas e grupos que não percebam a existência de problemas de saúde.

As práticas formais também são guiadas pela lógica da atenção programática, correntemente praticada na rede de atenção básica não indígena^{24,25}. Enquanto tecnologia de trabalho, a atenção programática tem o potencial de organizar a oferta de cuidados quando alinhada às prioridades epidemiológicas do território²⁶. Por outro lado, quando a prática se volta ao cumprimento de tarefas mecânicas e à quantificação dos atendimentos sem uso prático da informação assim gerada, como o descrito nos resultados desse estudo, ela perde seu propósito original e pode ter como consequência um aumento na demanda de média e alta complexidade, sem que isso implique em um aumento da resolutividade da atenção básica²⁷.

Consoante à atenção programática, as ações preventivas no SasiSUS seguem influenciadas por antigas políticas de saúde. Apesar das campanhas terem dado lugar a programas, a essência do modelo sanitário predominante no Brasil no início do século XX²⁸ e que também norteou as práticas assistenciais no contexto da política indigenista antes da Nova República²⁹, mantém-se preservada. As ações preventivas estão centradas em tecnologias específicas para diferentes agravantes, patologias ou grupos populacionais, organizadas verticalmente e centralizadas; relegando a um segundo plano a consideração de fatores não biológicos que impactam a saúde, o que emula o modelo sanitário predominante em períodos anteriores ao SUS³⁰.

A cultura do desempenho engloba a adoção de técnicas, métodos e ferramentas para monitorar o desempenho individual ou coletivo, substituindo a formação de uma identidade profissional baseada em valores ético-culturais por uma abordagem centrada em cálculos e no alcance de metas externamente definidas³¹. Essa cultura molda as normas, padrões de comportamento e interações sociais presentes nas atividades formais da instituição e está fortemente presente no idioma da organização. Esse aspecto burocrático da gestão institucional reforça a influência da lógica mercantil na política de saúde, um fenômeno também observado por Morosini *et al.*³² em documentos que orientam mudanças na gestão da atenção básica no SUS.

O gerencialismo focado no desempenho desvirtua a finalidade da prática assistencial em si. As consultas de puericultura, por exemplo, devem oportunizar procedimentos e ações de efetividade comprovada na saúde da criança³³ sendo uma delas a orientação preventiva que tem seus efeitos atrelados ao quanto as famílias puderam se apropriar de informações que façam sentido para elas³⁴. Em um contexto intercultural, mediado por dificuldades linguísticas, a boa comunicação com as mães constituía um desafio expressado pelos entrevistados, entretanto os profissionais careciam de estratégias para lidar com a situação. Ainda que duvidassem de sua eficácia prática seguiam realizando as consultas em conformidade com as demandas de eficiência técnica da organização.

O evento relatado sobre a enfermeira dedicada demonstra resistência tanto ao modelo de gerenciamento das práticas assistenciais quanto aos modelos hegemônicos de atenção à saúde. A profissional buscou ampliar o alcance do trabalho e compreender melhor as condições de saúde das pessoas atendidas, propiciando um cuidado mais abrangente, focado no trabalho vivo³⁵ e fazendo um bom uso de tecnologias leves, tais como o acolhimento e a escuta qualificada. Sua abordagem dialogava com as boas práticas esperadas no âmbito da Estratégia de Saúde da Família²⁶ e com as diretrizes da PNASPI, contudo não guardavam afinidades com os meios estabelecidos para a produção das metas.

Outras práticas informais como os atendimentos de urgências e emergência e as atividades que decorrem deles – a alimentação e a hospedagem de pacientes, a internação e a necessidade de medicamentos que não constam na relação enviada pelo DSEI – são desprovidas de regras, orientações e definições organizacionais claras;

não obstante, conferem empoderamento e engajamento pessoal aos sujeitos envolvidos. A responsabilidade moral dos profissionais frente a um evento de gravidade os faz experimentar formas de interação e solidariedade que contrastam com o instrumentalismo desengajado³¹ da cultura do desempenho. Contudo, por operarem no silêncio institucional, estas ações ocorrem de maneira improvisada, sem regulamentação e sobrecarregando a carga de trabalho dos profissionais.

Conclusão

À luz da abordagem de Ball^{9,10} sobre o ciclo de políticas, esta pesquisa reforçou o entendimento de que existe uma notável distância entre a agenda ideológica que impulsiona a formulação de uma política pública e os processos de influência e produção de textos no âmbito estatal. No processo de implementação, apenas algumas influências e agendas ganham legitimidade, e somente algumas vozes são ouvidas, tudo isso dependendo das forças políticas que exercem influência no contexto da prática. A PNASPI foi formulada em um ambiente que aspirava por transformações, influenciada pelas ideias que nortearam a Reforma Sanitária. O texto que se materializa nos DSEI não surge do nada; ele carrega consigo uma história e, do mesmo modo, ele não é introduzido em um vácuo social e institucional. O texto da PNASPI, os seus leitores (os profissionais executores da política) e o contexto de sua implementação (a organização ou o DSEI) todos têm suas próprias histórias que podem se convergir ou divergir a depender da habilidade política de seus intérpretes chave (gestores).

A condução e rotina das práticas assistências expressa o processo de implementação da política de saúde indígena em um DSEI. No contexto analisado, a presença de três fenômenos – o modelo médico-assistencial, o modelo sanitário e a cultura do desempenho – emergem como influências críticas. Os modelos médico-assistencial e sanitário persistem, apesar das características sociais, geográficas e culturais inerentes ao con-

texto indígena, revelando sua força hegemônica pouco alterada pelos executores da política.

A cultura do desempenho, por sua vez, foi o fenômeno mais recente que se institucionalizou durante o processo e introduziu um paradigma de controle baseado em indicadores quantitativos e metas pré-definidas, afetando a identidade profissional e as interações sociais. Contudo, essa abordagem instrumentalizada e recorrente nos textos institucionais desvia o foco das dinâmicas e necessidades de saúde locais, e facilita a perpetuação de modelos de atenção à saúde há muito tempo criticados. Ademais, ela revela o poder coercitivo da política gerencialista dentro das organizações estatais.

Não obstante, à margem dessa cultura, outras práticas são induzidas pelas necessidades temporais, sentimentos subjetivos e redes locais de poder que desafiam a estrutura formal, mas operam fora da regulamentação e de maneira improvisada. A partir dessa experiência na liminaridade da estrutura organizacional, os sujeitos exploram outras formas de interação com a realidade contextual, a despeito das expectativas institucionais.

Os resultados deste estudo questionam a visão linear de que políticas públicas são simplesmente implementadas por tecnocratas estatais após sua formulação. Pelo contrário, elas são reformuladas na prática, o que significa que são influenciadas por velhas políticas e remodeladas pelas técnicas induzidas pela burocracia. A partir dessa compreensão da realidade contextual, apostando na etnografia como caminho metodológico e teórico, parece-nos ser possível questionar as convenções sociais estabelecidas e projetar possibilidades de mudança.

É pertinente destacar a necessidade de pesquisas futuras que explorem modelos de gestão e gerenciamento no âmbito do SasiSUS. A complexidade e a dinâmica da saúde indígena requerem estratégias adaptativas, integradas e eficazes para otimizar os resultados e a qualidade do atendimento ao usuário indígena. Assim, instiga-se o desenvolvimento de estudos que avaliem, comparem e proponham uma análise avançada sobre práticas de gestão implementadas no SasiSUS.

Colaboradores

As autoras desenvolveram o estudo em conjunto, contribuindo igualmente para a discussão dos resultados. A redação do manuscrito foi conduzida por RA Cerri, enquanto L Garnelo contribuiu na revisão do conteúdo e na redação da versão final do manuscrito.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM), à Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Ministério da Saúde (MS) pelo apoio à realização da pesquisa.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2022. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. *Diário Oficial da União* 2002; 31 jan.
2. Mendonça SBM, Rodrigues D, Pereira PPG. Modelo de atenção à saúde indígena: o caso do DSEI Xingu. *Cad Saude Publica* 2019; 35(Supl. 3):e00008119.
3. Rocha ESC, Toledo NDN, Pina RMP, Fausto MCR, D'Viana AL, Lacerda RA. Atributos da Atenção Primária à Saúde no contexto da saúde indígena. *Rev Bras Enferm* 2020; 73(5):e20190641.
4. Rocha ESC, Pina RMP, Parente RCP, Garnelo L, Lacerda RA. Longitudinalidade e orientação comunitária na organização da Atenção Primária à Saúde em contexto indígena. *Rev Bras Enferm* 2021; 74(1):e20190872.
5. Controladoria-Geral da União (CGU). *Relatório de Avaliação. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Exercício 2019* [Internet]. 2020 [acessado 2023 mar 15]. Disponível em: <https://eaud.cgu.gov.br/relatorios/download/892985>.
6. Kingdon J. *Agendas, Alternatives and Public Choices*. Boston: Little Brown; 1984.
7. Howlett M, Ramesh M. *Studying Public Policy*. Canadá: Oxford University Press; 1995.
8. Saetren H. Facts and myths about research on public policy implementation: Out-of-Fashion, allegedly dead, but still very much alive and relevant. *Policy Stud J* 2005; 33(4):559-582.
9. Ball S, Bowe R. *Reforming education and changing schools: Case studies in policy sociology*. London: Routledge; 1992.
10. Ball S. *Education reform: a critical and post structural approach*. Open University Press; 1994.
11. Teixeira CC, Castilho S. *Ipea: etnografia de uma Instituição: entre pessoas e documentos*. Rio de Janeiro: ABA Publicações; 2020.
12. Riles A. *Documents: artifacts of modern knowledge*. Michigan: University of Michigan Press; 2006.
13. Latour B. *Reagregando o Social: uma introdução à teoria do Ator-Rede*. Salvador: Edufba; 2012.
14. Geertz C. *A Interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC; 1989.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*. Brasília: MS; 2012.
16. Bourdieu P. *A distinção: crítica social do julgamento*. Porto Alegre: Zouk; 2011 [1979].
17. Turner V. *O processo ritual: estrutura e anti-estrutura*. Petrópolis: Editora Vozes; 1974.
18. Alves ARC. O conceito de hegemonia: de Gramsci a Laclau e Mouffe. *Lua Nova* 2010; 80:71-96.
19. Paim J. *O que é o SUS*. SciELO-Editora FIOCRUZ; 2009.
20. Arouca S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Unesp; 2003.
21. Pontes ALM. Debates e Embates entre Reforma Sanitária e Indigenismo na Criação do Subsistema de Saúde Indígena e do Modelo de Distritalização. In: Pontes ALM, Machado FRS, Santos RV. *Políticas antes da política de saúde indígena*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2021.

22. Garnelo L. O SUS e a saúde indígena: matrizes políticas e institucionais do subsistema de saúde indígena. In: Teixeira CC, Garnelo L, organizadores. *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
23. 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 ALM, organizadoras. *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC-SECADI; 2012.
24. Garnelo L, Lucas ACDS, Parente RCP, Rocha ESC, Gonçalves MJF. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. *Saude Debate* 2014; 38:158-172.
25. Amorim ACCL, Assis, MMA, Santos AMD, Jorge MSB, Servo MLS. Práticas da equipe de saúde da família: orientadoras do acesso aos serviços de saúde? *Texto Contexto Enferm* 2014; 23:1077-1086.
26. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHMD, Senna MDLM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 21:164-176.
27. Teixeira CF, Solla JP. *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: Edufba; 2006.
28. Hochman G. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 2012.
29. Selau MG. A política indigenista governamental: aspectos ideológicos e administrativos da ação médico-sanitária entre as populações indígenas brasileiras (1967 a 1988). In: Pontes ALM, Machado FRS, Santos RV. *Políticas antes da política de saúde indígena*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2021.
30. Carvalho GA. Inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Cien Saude Colet* 2001; 6(2):435-444.
31. Ball S. Profissionalismo, gerencialismo e performatividade. *Cad Pesqui* 2005; 35(126):539-564.
32. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWDF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad Saude Publica* 2020; 36:e00040220.
33. Blank D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. *J Ped* 2003; 79(Supl. 1):S13-S22.
34. Mello DFD, Furtado MCDC, Fonseca LMM, Pina JC. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. *Rev Bras Enferm* 2012; 65(4):675-679.
35. Merhy EE, Franco TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Centro Bras Estud Saude* 2003; 27(65):316-323.

Artigo apresentado em 15/09/2023

Aprovado em 29/02/2024

Versão final apresentada em 15/05/2024

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva