

## ARTÍCULO ORIGINAL

# ELEMENTOS CONSTITUYENTES DEL CUIDADO: (DES) CONEXIONES QUE DESAFÍAN LA INTEGRALIDAD DEL CUIDADO A LAS PERSONAS INDÍGENAS CON TUBERCULOSIS\*

### HIGHLIGHTS

1. Servicio de Protección a los Indios implementa experiencias de salud indígena.
2. Asistencia integral realizada con intersección de saberes.
3. Acogida, vínculo, resolubilidad y responsabilización como elementos constitutivos del cuidado.

Saionara Santana de Jesus<sup>1</sup>   
Maria Yaná Guimarães Silva Freitas<sup>2</sup>   
Maria Lúcia Silva Servo<sup>2</sup>   
Neuranides Santana<sup>3</sup>   
Ivana Silva Rodrigues<sup>2</sup>   
Guilherme de Brito Santos<sup>2</sup>   
Shâmia Sousa Silva<sup>2</sup> 

### ABSTRACT

**Objective:** analizar la producción del cuidado, en lo que respecta a la acogida, el vínculo, la resolubilidad y la responsabilización, a las personas indígenas con tuberculosis. **Método:** estudio cualitativo, con observación sistemática, análisis documental y entrevista semiestructurada con trabajadores de salud y gestión de la salud indígena y secretaria municipal de salud de Banzaê/Bahia - Brasil. Se realizó la triangulación de datos de las entrevistas, registros documentales y observación del campo. **Resultados:** la acogida se da cuando se reconoce la necesidad de comprensión y respeto a las especificidades culturales, el vínculo está relacionado con la cultura del trabajador de salud, la resolubilidad se ve dificultada debido a la gestión municipal y hay presencia de divergencias entre los responsables de la salud indígena en la responsabilización del cuidado. **Conclusión:** son necesarias conductas colectivas entre las instancias municipal, estatal y los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas, en cuanto al recorrido de los servicios de salud de la red.

**KEYWORDS:** Cuidado Preventivo; Salud Indígena; Tuberculosis; Integralidad en Salud.

### CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Jesus SS de, Freitas MYGS, Servo MLS, Santana N, Rodrigues IS, Santos G de B, et al. Constituent elements of care: (dis)connections that challenge the integrality in health for indigenous people with tuberculosis. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2024 [cited "insert year, month and day"]; 29. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.96279>.

<sup>1</sup>Núcleo Regional de Saúde Centro Leste, Feira de Santana, BA, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, BA, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

## INTRODUCCIÓN

En Brasil, según el censo demográfico del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE)<sup>1</sup>, la población indígena corresponde a 1.693.535 personas, lo que representa el 0,83% del total de habitantes del país. En 2010, el IBGE contó 896.917 indígenas, siendo 0,47% del total de residentes del país, lo que demuestra el aumento de la población indígena y, consecuentemente, la mejora en los métodos de búsqueda y registro de esta población con el uso de nuevas tecnologías de recolección de datos en el censo de 2022.

Los indígenas brasileños viven en 579 Tierras Indígenas (TI), distribuidos en todos los estados, excepto Piauí y Rio Grande do Norte. Su población está formada por 305 etnias, hablantes de 274 lenguas, que poseen diferentes formas políticas, sociales y económicas de entender, convivir y organizarse ante el mundo<sup>2-3</sup>.

De acuerdo con la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas (PNASPI), la atención diferenciada requerida se presenta con la propuesta de articulación del modelo asistencial a la salud, instituida oficialmente con las diversas prácticas tradicionales indígenas, en la valorización e inserción de estos conocimientos en las rutinas de los equipos de salud<sup>2</sup>.

A pesar de los avances obtenidos con la PNASPI, es fundamental proseguir en la solidificación de un modelo asistencial inclusivo que tenga en cuenta el respeto a los indígenas en cuanto a las particularidades culturales, históricas, prácticas habituales y que fomente la mejora de la calidad de vida<sup>4</sup>.

El cuidado de la salud se interpreta como una forma de hacer salud basada en formas productivas más relacionales entre los Trabajadores de la Salud (TS) y los usuarios, singular a cada territorio, construidas a partir de acciones humanizadoras de los sujetos implicados en este proceso, con el fin de construir un modelo de atención integral y responsable con la vida de las personas<sup>5</sup>. Se define que la dimensión profesional del cuidado está guiada por elementos que, de acuerdo con su uso, confieren la capacidad de producir el cuidado en salud, tales como: competencia técnica de cada núcleo de conocimiento específico; postura ética de los TS en procurar responder adecuadamente a las necesidades de salud de los usuarios, mediante la movilización y reorganización de las prácticas de cuidado en sus reales condiciones de trabajo y capacidad de crear vínculos con las personas que necesitan sus cuidados<sup>6</sup>.

En este sentido<sup>4</sup>, "el cuidado es la ética natural de los operadores de la salud", por consiguiente, expresa el celo de los TS para con los usuarios del servicio a partir de un conjunto de acciones que remiten a la solidaridad, que involucra lazos de afecto y respeto al otro, de forma a promover la calidad de vida. Producir el cuidado está en la capacidad creativa de establecer nuevas y singulares disposiciones en el cuidado de la salud<sup>7-8</sup> y, en el escenario de la salud indígena, en consonancia con sus peculiaridades socioculturales. Así, comprendemos que la producción del cuidado está alineada con los principios de la integralidad del Sistema Único de Salud (SUS) en el cual el sistema de salud debe estar organizado de manera que garantice que todos tengan acceso a los servicios, asumiendo la salud como un derecho fundamental y una incumbencia del Estado. Además, requiere que las acciones del sistema de salud sean equitativas, orientadas a la reducción de las desigualdades sociales y económicas<sup>9</sup>.

La integralidad del cuidado se caracteriza como uno de los principios orientadores de la APS y constituye una importante herramienta de ajuste a las necesidades de salud

de la población, al considerar los aspectos del diagnóstico de la situación de salud y la capacidad de atención de las unidades asistenciales y de organización de la Red de Atención en Salud (RAS)<sup>10</sup>. Sin embargo, el concepto de integralidad para los pueblos indígenas está en garantizar el acceso mediante la convocatoria ética para las conductas de salud y organización del SUS<sup>11</sup>.

Sin embargo, adoptamos en este trabajo la concepción de cuidado en salud a través del concepto de integralidad del cuidado, tomando como argumento de definición los preceptos de acogida, vínculo, resolubilidad y responsabilización, por comprender que contempla los aspectos del autocuidado del usuario y de la dimensión organizacional y profesional en el cuidado de la salud<sup>12</sup>.

En esta dirección, adoptamos la acogida del usuario indígena con TB, con el enfoque en el aspecto sociocultural del proceso salud-enfermedad-cuidado, el cual considera al sujeto en su singularidad e inserción en una sociedad cuyos fenómenos relacionados con los aspectos culturales y sociales son inherentes a cada etnia<sup>13</sup>.

La determinación analítica del vínculo, comprendida en este trabajo, se caracteriza por el desplazamiento del plano de la adscripción territorial del equipo de salud al vínculo con los usuarios indígenas. Este enfoque permite tanto la relación de interacción afectiva, como de naturaleza moral. El vínculo afectivo une a TS y a los usuarios de manera estable y duradera, al incorporar espacios internos que son ocupados por personas significativas afectivamente. Por otro lado, el vínculo de naturaleza moral, en el cual la conexión de los TS con el usuario del SUS depende de la conciencia del profesional como responsable del usuario, la familia y la comunidad, a partir de la adopción de principios éticos y morales inherentes a su ejercicio profesional y como ser humano<sup>4,6</sup>.

Otro aspecto central que debe ser garantizado, siendo un principio de la Atención Primaria de Salud (APS), es la resolubilidad, que representa la capacidad del servicio de salud, de acuerdo con su nivel de competencia, para responder positivamente a las demandas individuales y/o colectivas de los usuarios del SUS, ya sea en el primer contacto, o en otros niveles de la RAS<sup>7,14</sup>.

La responsabilización por el cuidado de la salud, tanto por parte del equipo como de la gestión, resguarda la posibilidad de no rechazar al usuario indígena en el SUS y de proporcionar una respuesta positiva capaz de solucionar sus problemas de salud. La combinación de actos de cuidado con el resultado de curación, promoción y protección de la salud es un nudo crítico que necesita ser trabajado entre gestores y TS<sup>8</sup>. Así, tomar decisiones en aspectos relacionados con la salud indígena con TB es dar visibilidad a un grave problema de Salud Pública como la TB, al mismo tiempo que revela el escenario complejo de desigualdad entre indígenas y no indígenas.

El objetivo de este estudio es analizar la producción del cuidado, en lo que respecta a la acogida, el vínculo, la resolubilidad y la responsabilización, a las personas indígenas con tuberculosis de la tierra indígena de un municipio de Bahía, con vistas a contribuir a las prácticas de cuidado de forma integral e integrada entre los trabajadores de salud de la asistencia y la gestión.

## MÉTODOS

Se trata de un estudio de enfoque cualitativo, por lo tanto, es el método que permite que lo social sea susceptible de investigación a través del estudio de sus significados y de la comprensión de la acción de las personas como sujetos sociales, afirmándose en el campo del simbolismo y la subjetividad<sup>15</sup>.

El estudio se realizó en el Polo-Base Ribeira do Pombal, con sede en la misma ciudad y perteneciente al 9º Distrito Sanitario Especial Indígena y en el municipio de Banzaê/BA, donde se encuentra el 95% de la Tierra Indígena Kiriri, compuesta por 10 aldeas. Según el censo 2022 del IBGE, en estas aldeas residen 2.539 indígenas de las etnias Kiriri y una familia de la etnia Tuxá, lo que corresponde al 21,2% de la población del municipio.

La recopilación de datos se realizó entre los meses de junio y agosto de 2018. Los participantes de la investigación fueron los gestores de la secretaría municipal de salud donde se encuentra la tierra indígena, gestores del Polo-Base indígena y trabajadores de salud de los Equipos Multidisciplinarios de Salud Indígena (EMSI). Los participantes de la investigación fueron seleccionados intencionalmente a partir de sus experiencias prácticas en la asistencia, gestión y coordinación de las acciones de control de la TB. En total fueron nueve participantes, cuatro de nivel superior y cinco de nivel medio. Como criterio de inclusión delimitamos que los trabajadores de salud de las EMSI y los gestores debían actuar en el servicio de control de la TB, teniendo, por lo menos, un año de experiencia en la práctica. En virtud de la naturaleza cualitativa de la investigación y las características del objeto de investigación, utilizamos como técnica de recolección de datos la entrevista semiestructurada, la observación sistemática y el análisis documental.

Se procedió a la entrevista semiestructurada con un guion de entrevista organizado con base en una pregunta orientadora y en las cuatro dimensiones del desarrollo de la práctica del cuidado en salud, tales como: acogida, vínculo, resolubilidad y responsabilización. En la sistematización del análisis de las entrevistas, seguimos a partir de la categorización, codificación, categorización y análisis e interpretación<sup>16</sup>.

En la primera fase realizamos la ordenación del material de las entrevistas semiestructuradas para elegir los documentos a ser analizados. A continuación, realizamos la codificación, con la descomposición del texto en unidades de significado. En la categorización se identificaron los núcleos de sentido o unidades de registro, manifestados en los resultados del estudio, de forma que se confieren significados a las dimensiones analíticas propuestas por el estudio.

Por último, realizamos el análisis e interpretación de los datos a través del tratamiento de los resultados obtenidos e interpretación. En esta fase, es necesario encontrar conceptos que abarquen componentes con características compartidas y que se relacionen entre sí<sup>16</sup>.

En la observación sistemática examinamos el flujo de la asistencia, las acciones programáticas de los equipos para la adhesión al tratamiento, los instrumentos utilizados y los agentes involucrados en el proceso de cuidado al indígena con TB y su interrelación con las dimensiones del cuidado utilizadas como referencia para este estudio.

Los datos recolectados durante la observación fueron insertados en el texto en articulación con los demás datos empíricos y teoría, sin la necesidad de identificación individualizada. El análisis documental se realizó mediante la lectura meticulosa del Plan Plurianual, el Informe de Gestión, el Informe de Programación Acordada Integrada, el Registro Nacional de Establecimientos de Salud y el Fondo Nacional de Salud.

Como método de análisis utilizamos la triangulación de datos, a partir del análisis de contenido de las entrevistas y el acompañamiento de los participantes de la investigación en el cotidiano de su trabajo durante cinco días de recolección de datos, por medio del diario de campo, donde registramos las costumbres y las actitudes de los participantes. Estas observaciones se utilizaron para corroborar la información recopilada en las entrevistas y registros documentales.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la Universidade Estadual de Feira de Santana bajo el protocolo n° 2.524.301 y por la Comisión Nacional de Ética en Investigación bajo el n° 2.691.442. Todos los entrevistados hablaban el idioma portugués y fueron aptos para comprender y firmar el Formulario de Consentimiento Libre e Informado. La entrada de la investigadora en el campo se realizó mediante la comunicación personal sobre la aprobación del proyecto por el Comité de Ética en Investigación (con entrega de la copia del dictamen), y, por consiguiente, permiso para el inicio de la recolección de datos.

## RESULTADOS

Entre los participantes del estudio, la acogida se da desde el momento en que se reconoce la necesidad de la comprensión y el respeto a las especificidades culturales, como se evidencia en los siguientes testimonios que convergen.

*[...] salud indígena sabemos que es una salud diferenciada. Entonces, nosotros los profesionales que trabajamos allí, también tenemos que tener un cuidado diferenciado. El cuidado, digamos, de una población no indígena es de una forma, el cuidado de la salud indígena es otro [...]. Es completamente diferente [...]. (E8)*

*Es muy fácil decir que estoy trabajando con indígenas, pero no es fácil entender qué es culturalmente. Hay que entender qué es la individualidad de cada uno para poder darle el cuidado necesario. Los cuidados son diferenciados. (E3)*

Por otro lado, identificamos discursos divergentes. Las comprensiones aprehendidas sobre el contacto interétnico y sus determinaciones en la acogida de los indígenas con TB, demuestran que la convivencia con no indígenas fue beneficiosa, ya que los indígenas aceptaron la importancia de la poliquimioterapia en el tratamiento de la TB.

*Aquel que ya se ha adherido a la cuestión de la cultura no indígena puede comprender mejor [...] y aquel que ya está más aislado es más difícil, tenemos que trabajar con él de otras formas. (E8)*

*[...] aquel indígena que no forma parte de la convivencia [con no indígenas], ese tiene resistencia, no se adhiere al tratamiento. (E9)*

Además, la investigación permitió aprehender la existencia de superficialidad en las relaciones y la deficiencia en el compromiso de los trabajadores de la salud. Identificamos que el vínculo está relacionado con la cultura del trabajador de salud, como se evidencia en las siguientes declaraciones.

*Cuando vas todos los días, a él le gusta cuando te preocupas por él, ese es el vínculo que estableces entre el equipo y la familia [...]. (E3)*

*[...] uno termina creando un vínculo muy grande con ellos, entonces confían en uno, en lo que uno dice. (E8)*

*El vínculo solo se ve perjudicado cuando se trata de un profesional médico y una enfermera, generalmente siempre cambia, en ese caso. (E5)*

Considerando la línea de reflexión de los participantes, comprendemos que el fortalecimiento del vínculo está en el hecho de que el trabajador de salud se apropie de los problemas de salud del indígena, pero principalmente, en la construcción de relaciones sólidas y de compromiso cultural con esta comunidad.

En lo que respecta a la organización del servicio para responder positivamente a la necesidad de los usuarios en la red de atención, así como la corresponsabilización técnica y de gestión de los servicios, los discursos de los participantes revelan que la resolubilidad está comprometida por la capacidad sustraída de respuesta al usuario.

*[...] la secretaria a veces no puede derivar, entonces tenemos una apoyadora institucional que es la esposa del secretario de Finanzas, podemos o lo hacemos particular. (E2)*

*Creo que los exámenes deberían ser más rápidos dentro de un mes la baciloscopia [...] para saber si ese paciente va a entrar en tratamiento o no. (E3)*

*Los exámenes son difíciles. Aquí son por vacantes, ahí tenemos pocas vacantes para el área indígena. Hay muchos pacientes que pagan consulta particular en la espera, pero quien no tiene condición no paga. Quién determina estas vacantes es el propio municipio. (E4)*

Las declaraciones se complementan al argumentar que la resolubilidad del cuidado se ve dificultada debido a la gestión municipal. Igualmente, los participantes consideran que el mantenimiento de la cadena de transmisión de la TB se debe a la falta de resolubilidad a nivel municipal y de la red de atención y fragilidad en la garantía de los exámenes de apoyo diagnóstico de la TB con el fin de proporcionar el cuidado resolutivo al usuario.

En cuanto a la responsabilización, hacer que la atención en salud ocurra a través de la gestión de los servicios de salud es una realidad a ser conquistada para garantizar la integralidad de la atención al indígena con TB, como se evidencia en los testimonios:

*[...] a principios de este año me puse en contacto con todos los organismos, ya sea municipal, estatal y federal y hacemos una planificación. Este planeamiento es enviado y no tienes una retroalimentación. [...] Solo depende de las personas entregarse, tener más responsabilidad para dar alguna respuesta a este paciente porque él lo necesita [...]. (E3)*

*No existe responsabilización en cuestión del municipio, porque partimos de la siguiente cuestión: el área indígena es vista por el municipio con otros ojos, la población indígena no es vista como ciudadana, es vista como pueblo indígena que robó el territorio de Banzaê. (E8)*

De acuerdo con los discursos, la falta de unión de las instancias gestoras responsables de la producción del cuidado contribuye a la ineficiencia del servicio de salud dirigido a la población indígena con TB.

## DISCUSIÓN

En cuanto a la acogida, los participantes de la investigación reconocen la necesidad de la comprensión y el respeto a las especificidades culturales como una forma de acoger al indígena y su queja. Sin embargo, consideran que el contacto interétnico favorece a los TS en lo que se refiere a que el usuario acepte el SCB y, por consiguiente, el tratamiento de la TB, ya que no existe el extrañamiento cultural entre TS y usuarios.

Para algunos autores<sup>13</sup> se hace necesaria una comunicación intercultural más sensible y dialógica en contextos indígenas. Consideran como un gran desafío brindar atención a la salud en espacios cuyos costumbres y visión del mundo son diferentes a su formación académica, en los cuales los valores y conocimientos basados en los referentes del Sistema Cultural Biomédico (SCB) se enfrentan con el sistema cultural de las comunidades indígenas. De la misma manera, los testimonios corroboran con otros estudios<sup>17</sup>, al afirmar que la opinión del indígena sobre el proceso salud-enfermedad es diferente entre los indígenas con distintos contactos con los no indígenas y sus culturas. De esta forma, cuanto mayor sea la aproximación con la cultura no indígena, mejor será el entendimiento sobre el SCB o más fácil será prevalecer el saber del no indígena. Ante lo expuesto, en lo que respecta a la TB, el contacto interétnico es un facilitador para la aceptación y no abandono del tratamiento por poliquimioterapia.

En lo que concierne al vínculo, identificamos como factor positivo la cultura y/o comprensión de la cultura indígena del TS y como factor negativo la precarización del servicio de los profesionales médicos y enfermeros. En la comprensión de los entrevistados, análogo al de algunos autores<sup>14</sup> los usuarios desean una atención en salud centrada en ellos. Así, buscan relaciones lejanas y de confianza en el trabajador de la salud para asegurarse de que su problema será comprendido y que todo lo que esté a su alcance será ofrecido para defender y mejorar su vida.

La resolubilidad dentro de la RAS reveló inseguridad de acceso a las demandas de los indígenas con TB. La red de atención no se muestra organizada, tanto a nivel municipal como en la Región de Salud del estado. Los participantes de la investigación señalaron que, en virtud de que los indígenas viven en un área demarcada, reconquistada en un proceso de lucha, no son considerados como ciudadanos del municipio, pero se muestran desconocedores de los flujos instaurados dentro de la RAS. Así siendo, se percibe que no hay resolubilidad, tomando como base la forma descoordinada como los elementos del sistema de salud resuelven los problemas de los indígenas con TB<sup>12</sup>.

En lo que respecta a la responsabilización como dimensión de la producción del cuidado, identificamos disensos entre los participantes. Además, cuestionar la condición de usuario de derecho y el acceso, traduce, por medio de la exclusión, la situación de vulnerabilidad social en la que se encuentra el indígena y, por consiguiente, la vulnerabilidad a enfermarse de tuberculosis.

Bajo este aspecto, es notorio que los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas aún tienen la deuda de un modelo organizacional efectivo, por los siguientes motivos: conflictos y desintegración entre las instancias institucionales para su amplia instrumentalización, baja cobertura en las TI, falta de infraestructura y recursos humanos para la formación de equipos gestores y multiprofesionales locales y otros<sup>18</sup>. De la misma manera, no alcanza la lógica de las necesidades y problemas de salud y la necesidad de reorganización de las prácticas y procesos de trabajo, de modo que se inserten en un proceso social para mejorar las condiciones de salud de los indígenas.

## CONSIDERACIONES FINALES

Este estudio se centró en la producción del cuidado a las personas indígenas de la etnia Kiriri con tuberculosis, abordando las dimensiones de acogida, vínculo, resolubilidad y responsabilización. En el contexto presentado, destacamos la necesidad de formación previa de trabajadores de la salud para actuar en entornos culturalmente diversos. Esto se debe al hecho de que los TS, durante su proceso de formación, tienden a reproducir una visión fragmentada sobre el cuidado y, en consecuencia, sobre las diversidades étnicas indígenas en Brasil. Además, el estudio reveló que la estructura organizacional de la red de atención en el campo empírico no permite una operacionalización eficaz para garantizar la integralidad del cuidado.

Ante las impresiones traídas, comprendemos que la producción del cuidado a los indígenas con tuberculosis necesita ser discutida para modificar conductas colectivas entre las instancias municipal, estatal y los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas. El objetivo es reconstruir las prácticas de los trabajadores de salud y la organización de la RAS que impactan directamente en la integralidad del cuidado y permitan seguridad en el acceso a los servicios de salud.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Universidade Estadual de Feira de Santana por todo el apoyo e incentivo financiero a la investigación científica a través de la Resolución CONSU 012/2019 que autoriza la ayuda financiera al programa de Posgrado *Stricto Sensu*.

## REFERENCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010: características gerais dos indígenas - resultados do universo [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2012 [cited 2024 June 15]. Disponible em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102018.pdf>
2. Ministério da Saúde (BR). National Policy for Indigenous Health Care. Brasília. [Internet]: Ministry of Health Publisher; 2002. [cited 2023 Nov. 12]; 40 p. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf)
3. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico: tuberculose, população indígena e determinantes sociais. [Internet]. Brasília: Editora do MS; 2014; 45(18). [cited 2023 Nov. 12]. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim\\_epidemiologico\\_numero\\_2\\_2014.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epidemiologico_numero_2_2014.pdf)
4. Boff L. O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ética e na espiritualidade. Petrópolis (RJ): Vozes; 2012. 287 p.
5. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santos ML de M, Bertussi DC, Baduy RS. Basic healthcare network, field of forces and micropolitics: implications for health management and care. Saúde em Debate. [Internet]. 2020 [cited 2023 Nov. 12]; 43(spe 6). Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606>
6. Cecilio LCO. Theoretical-conceptual notes on evaluative processes considering the multiple dimensions of health care management. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. [Internet]. 2011 [cited 2023 Nov.

- 14]; 15(37):589-99. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>
7. Merhy EE. Search of lost time: the micropolitics of living labor in health. In: Merhy EE, Onocko R, eds. *Acting in health: a challenge for the public*. 3th ed. [Internet] São Paulo: Hucitec; 2007 [cited 2023 Nov. 14]; p. 71-112. Available from: [https://digitalrepository.unm.edu/lasm\\_pt/145](https://digitalrepository.unm.edu/lasm_pt/145)
8. Merhy EE. Health: The cartography of living Labor [Internet]. São Paulo: Hucitec; 2002. [cited 2023 Nov. 14]; p. 19-66. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800023>
9. Aciole GG. After the reform: contribution to the critique of collective health [Internet]. São Paulo: Hucitec Editora; 2013 [cited 2023 Nov. 12]; p. 184. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/273760238\\_Depois\\_da\\_Reforma\\_contribuicao\\_a\\_critica\\_da\\_Saude\\_Coletiva](https://www.researchgate.net/publication/273760238_Depois_da_Reforma_contribuicao_a_critica_da_Saude_Coletiva)
10. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology [Internet]. Brasília: UNESCO; Ministry of Health; 2002. [cited 2023 Nov. 15]. Available from: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>
11. Diehl EE, Pellegrini MA. Health and indigenous peoples in Brazil: the challenge of training and continuing education for workers to act in intercultural contexts [Internet]. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2014 [cited 2023 Nov. 14]; 30(4):867-74. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00030014>
12. Santos AM, Assis MMA. From fragmentation to completeness: building and (un) building oral health practice in the family health program of Alagoinhas - BA. *Cien Saude Colet*. [Internet]. 2006 [cited 2023 Nov. 13]; 11(1):53-61. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000100012>
13. Schweickardt JC, Silva JMB de F, Ahmadpour B. A saúde indígena no contexto da interculturalidade no cotidiano do trabalho. In: *Saúde Indígena: práticas e saberes por um diálogo intercultural*. [Internet]. Porto Alegre (RS): Rede UNIDA; 2020. p. 8-24. [cited 2023 Nov. 13]; 11(1):53-61. Available from: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2018/11/SAUDE-INDIGENA-praticas-e-saberes-por-um-dialogo-intercultural.pdf>
14. Merhy EE. The act of caring: the soul of health services. In: Ministry of Health (BR), Secretariat of Labor and Health Education, Department of Health Education Management [Internet]. Brasília: Ministry of Health; 2004 [cited 2023 Nov. 16]. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER\\_SUS.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf)
15. Assis MMA, Jorge MSB. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: Santana JS da S, Nascimento MAA do (Orgs). *Pesquisa: método e técnicas de conhecimento da realidade social*. Feira de Santana: UEFS Editora; 2010. p. 139-160.
16. Assis MMA, Nascimento MAA, Lima WCMB, Oliveira SS, Franco TB, Jorge MSB, et al. Theoretical and methodological dimensions of health care production. In: Assis MMA, et al (Eds.). *Care production in the family health program: analytical perspectives in different scenarios* [Internet]. Salvador: Edufba; 2010 [cited 2023 Nov. 12]. p. 13-38. Available from: <https://books.scielo.org/id/xjcw9/pdf/assis-9788523208776-02.pdf>
17. Buchillet D. Culture and public health: reflections on the indigenous special sanitary district of Rio Negro. In: Langdon EJ, Garnello L. (Orgs.). *Indigenous peoples' health: reflections on participatory anthropology*. [Internet]. Rio de Janeiro: Brazilian Anthropology Association; 2004. [cited 2023 Nov. 12] p. 53-67. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/235936124\\_Cultura\\_e\\_saude\\_publica\\_reflexoes\\_sobre\\_o\\_Distrito\\_Sanitario\\_Especial\\_Indigena\\_do\\_Rio\\_Negro\\_Culture\\_and\\_politics\\_of\\_health\\_Some\\_reflexions\\_on\\_the\\_indigenous\\_sanitary\\_district\\_of\\_the\\_Rio\\_Negro\\_region](https://www.researchgate.net/publication/235936124_Cultura_e_saude_publica_reflexoes_sobre_o_Distrito_Sanitario_Especial_Indigena_do_Rio_Negro_Culture_and_politics_of_health_Some_reflexions_on_the_indigenous_sanitary_district_of_the_Rio_Negro_region)
18. Cardoso MD. Health and indigenous peoples in Brazil: notes on some current policy mistakes. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2014 [cited 2023 Nov. 12]; 30(4):860-6. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00027814>

## CONSTITUENT ELEMENTS OF CARE: (DIS)CONNECTIONS THAT CHALLENGE THE INTEGRALITY IN HEALTH FOR INDIGENOUS PEOPLE WITH TUBERCULOSIS\*

### ABSTRACT:

**Objective:** To analyze the production of care, regarding reception, bonding, resolvability, and accountability, for indigenous people with tuberculosis. **Method:** Qualitative study, with systematic observation, document analysis, and semi-structured interviews with health workers and indigenous health management and the municipal health department of Banaê/Bahia - Brazil. Data triangulation was carried out from interviews, documentary records, and field observation. **Results:** The reception is given when the need for understanding and respect for cultural specificities is recognized, the bond is related to the health worker's culture, the resolvability is hindered due to municipal management, and there are divergences among those responsible for indigenous health in taking responsibility for care. **Conclusion:** Collective actions are necessary between the municipal, state instances and the Special Indigenous Sanitary Districts, regarding the path of the health services network.

**KEYWORDS:** Preventive Care; Indigenous Health; Tuberculosis; Integrality in Health.

\*Artículo extraído de la tesis de máster: "PRODUÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS INDÍGENAS COM TUBERCULOSE: O CUIDAR, A CULTURA E A SAÚDE", Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, BA, Brasil, 2018.

Recibido en: 12/12/2023

Aprobado en: 23/06/2024

Editor asociado: Dra. Maria Helena Barbosa

### Autor correspondiente:

Ivana Silva Rodrigues

Universidade Estadual de Feira de Santana

Av. Transnordestina, S/N, Novo Horizonte, Feira de Santana, BA, Brasil.

E-mail: [lvana172308@gmail.com](mailto:lvana172308@gmail.com)

### Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **Jesus SS de, Freitas MYGS, Servo MLS, Santana N, Rodrigues IS, Santos G de B, Silva SS**. Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **Jesus SS de, Freitas MYGS, Servo MLS, Rodrigues IS, Santos G de B, Silva SS**. Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **Jesus SS de**. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).