

ARTIGO ORIGINAL

ELEMENTOS CONSTITUINTES DO CUIDADO: (DES)CONEXÕES QUE DESAFIAM A INTEGRALIDADE DO CUIDADO ÀS PESSOAS INDÍGENAS COM TUBERCULOSE*

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

HIGHLIGHTS

1. Serviço de Proteção aos Índios implanta experiências de saúde indígena.
2. Assistência integral feita com intersecção dos saberes.
3. Acolhimento, vínculo, resolubilidade e responsabilização como elementos constituintes do cuidado.

Saionara Santana de Jesus¹ 
Maria Yaná Guimarães Silva Freitas² 
Maria Lúcia Silva Servo² 
Neuranides Santana³ 
Ivana Silva Rodrigues² 
Guilherme de Brito Santos² 
Shâmia Sousa Silva² 

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 Banzaê/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.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

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>.

¹Núcleo Regional de Saúde Centro Leste, Feira de Santana, BA, Brasil.

²Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, BA, Brasil.

³Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

INTRODUÇÃO

No Brasil, segundo o censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹, a população indígena corresponde a 1.693.535 pessoas, o que representa 0,83% do total de habitantes do país. Em 2010, o IBGE contou 896.917 indígenas, sendo 0,47% do total de residentes do país, o que demonstra o aumento da população indígena e, conseqüentemente, a melhoria nos métodos de busca e registro dessa população com uso de novas tecnologias de coleta de dados no censo de 2022.

Os índios brasileiros vivem em 579 Terras Indígenas (TI), distribuídos em todos os estados, exceto Piauí e Rio Grande do Norte. Sua população é formada por 305 etnias, falantes de 274 línguas, possuindo diferentes formas política, social e econômica de entender, conviver e se organizar diante do mundo²⁻³.

De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) a atenção diferenciada requerida apresenta-se com a proposta de articulação do modelo assistencial à saúde, instituída oficialmente com as diversas práticas tradicionais indígenas, na valorização e inserção desses conhecimentos nas rotinas das equipes de saúde².

Apesar dos avanços obtidos com a PNASPI, é fundamental prosseguir na solidificação de um modelo assistencial inclusivo que leve em consideração o respeito aos indígenas quanto às particularidades culturais, históricas, práticas habituais e que fomente a melhoria da qualidade de vida⁴.

O cuidado em saúde é interpretado como um modo de fazer saúde com base em formas produtivas mais relacionais entre Trabalhadores da Saúde (TS) e usuários, singular a cada território, construídas a partir de ações humanizadoras dos sujeitos implicados nesse processo, com a finalidade de construir um modelo de atenção integral e responsável para com a vida das pessoas⁵. Define-se que a dimensão profissional do cuidado é norteadada por elementos que, de acordo com sua utilização, conferem a capacidade de produzir o cuidado em saúde, tais como: competência técnica de cada núcleo de saber específico; postura ética dos TS em procurar responder adequadamente às necessidades de saúde dos usuários, por intermédio da mobilização e rearranjos das práticas cuidadoras em suas reais condições de trabalho e capacidade de criar vínculos com as pessoas que precisam dos seus cuidados⁶.

Nesse sentido⁴, “o cuidado é a ética natural dos operadores da saúde”, por conseguinte, expressa o zelo dos TS para com os usuários do serviço a partir de um conjunto de ações que remetem à solidariedade, que envolve laços de afeto e respeito ao outro, de forma a promover a qualidade de vida. Produzir o cuidado está na capacidade criativa de estabelecer novas e singulares disposições no cuidado em saúde⁷⁻⁸ e, no cenário da saúde indígena, em consonância com suas peculiaridades socioculturais. Assim, compreendemos que a produção do cuidado está alinhada aos princípios da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) no qual o sistema de saúde deve ser organizado de forma a garantir que todos tenham acesso aos serviços, assumindo a saúde como um direito fundamental e uma incumbência do Estado. Além disso, requer que as ações do sistema de saúde sejam equânimes, orientadas à redução das desigualdades sociais e econômicas⁹.

A integralidade do cuidado se caracteriza como um dos princípios orientadores da APS e constitui uma importante ferramenta de ajuste às necessidades de saúde da população, ao considerar os aspectos do diagnóstico da situação de saúde e a capacidade de atendimento das unidades assistenciais e de organização da Rede de Atenção em

Saúde (RAS)¹⁰. Contudo, o conceito de integralidade para os povos indígenas está em garantir o acesso por meio da convocação ética para as condutas de saúde e organização do SUS¹¹.

Todavia, adotamos neste trabalho a concepção de cuidado em saúde por meio do conceito de integralidade do cuidado, tomando como argumento de definição os preceitos de acolhimento, vínculo, resolubilidade e responsabilização, por compreendermos que contempla os aspectos do autocuidado do usuário e da dimensão organizacional e profissional no cuidar em saúde¹².

Nessa direção, adotamos o acolhimento do usuário indígena com TB, com o foco no aspecto sociocultural do processo saúde-doença-cuidado, o qual considera o sujeito em sua singularidade e inserção em uma sociedade cujos fenômenos relacionados com os aspectos culturais e sociais são inerentes a cada etnia¹³.

A determinação analítica de vínculo, compreendida nesse trabalho, se caracteriza pelo deslocamento do plano da adstrição territorial da equipe de saúde para o elo com os usuários indígenas. Este enfoque permite tanto o relacionamento de interação afetiva, como de natureza moral. O elo afetivo liga TS e usuários de forma estável e duradoura, por incorporar espaços internos que são ocupados por pessoas significativas afetivamente. Por outro lado, o elo de natureza moral, no qual a ligação dos TS ao usuário do SUS é dependente da consciência do profissional como responsável pelo usuário, família e comunidade, a partir de adoção de princípios éticos e morais inerentes ao seu exercício profissional e como ser humano^{4,6}.

Outro aspecto central que deve ser garantido, sendo um princípio da Atenção Primária à Saúde (APS), é a resolubilidade, que representa a capacidade do serviço de saúde, de acordo com seu nível de competência, em responder positivamente às demandas individuais e/ou coletivas dos usuários do SUS, seja no primeiro contato, ou em outros níveis da RAS^{7,14}.

A responsabilização pelo cuidado em saúde, por parte tanto da equipe como da gestão, resguarda a possibilidade de não rejeitar o usuário-indígena no SUS e disponibilizar resposta positiva capaz de solucionar seus problemas de saúde. A combinação de atos cuidadores com o resultado de cura, promoção e proteção à saúde é um nó crítico que precisa ser trabalhado entre gestores e TS⁸. Assim, tomar decisões em aspectos relacionados à saúde indígena com TB é dar visibilidade a um grave problema de Saúde Pública como a TB, ao mesmo tempo em que revela o cenário complexo de desigualdade entre indígenas e não índios.

O objetivo deste estudo é analisar a produção do cuidado, no que tange ao acolhimento, vínculo, resolubilidade e responsabilização, às pessoas indígenas com tuberculose da terra indígena de um município Baiano, com vistas a contribuir para as práticas cuidadoras de forma integral e integrada entre trabalhadores de saúde da assistência e gestão.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, portanto é o método que permite que o social seja passível de investigação por intermédio do estudo dos seus significados e da compreensão da ação das pessoas como sujeitos sociais, se afirmando no campo do simbolismo e da subjetividade¹⁵.

O estudo foi realizado no Polo-Base Ribeira do Pombal, sediado na mesma cidade e pertencente ao 9º Distrito Sanitário Especial Indígena e no município de Banzaê/BA, onde está situada 95% da Terra Indígena Kiriri, composta por 10 aldeias. Segundo o censo 2022 do IBGE, nestas aldeias residem 2.539 indígenas das etnias Kiriri e uma família da etnia Tuxá, correspondendo a 21,2% da população do município.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de junho e agosto de 2018. Os participantes da pesquisa foram os gestores da secretaria municipal de saúde onde se localiza a terra indígena, gestores do Polo-Base indígena e trabalhadores de saúde das Equipes Multidisciplinares da Saúde Indígena (EMSI). Os participantes da pesquisa foram escolhidos de modo intencional a partir de suas experiências práticas na assistência, gestão e coordenação das ações de controle da TB. Ao todo foram nove participantes, quatro de nível superior e cinco de nível médio. Como critério de inclusão delimitamos que os trabalhadores de saúde das EMSI e os gestores deviam atuar no serviço de controle da TB, tendo, pelo menos, um ano de experiência na prática. Em virtude da natureza qualitativa da pesquisa e das características do objeto de investigação, utilizamos como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada, a observação sistemática e a análise documental.

Procedeu-se à entrevista semiestruturada com roteiro de entrevista organizada com base em questão norteadora e nas quatro dimensões do desenvolvimento da prática de cuidado em saúde, tais como: acolhimento, vínculo, resolubilidade e responsabilização. Na sistematização da análise das entrevistas, seguimos a partir da categorização, codificação, categorização e análise e interpretação¹⁶.

Na primeira fase realizamos a ordenação do material das entrevistas semiestruturadas para escolha dos documentos a serem analisados. Na sequência, efetuamos a codificação, com a decomposição do texto em unidades de significação. Na categorização foram identificados os núcleos de sentido ou unidades de registro, manifestados nos resultados do estudo, de forma a conferir significados às dimensões analíticas propostas pelo estudo.

Por fim, realizamos a análise e interpretação dos dados através do tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Nessa fase, se faz necessário encontrar conceitos que abrangem componentes com características compartilhadas e que se relacionam entre si¹⁶.

Na observação sistemática examinamos o fluxo da assistência, as ações programáticas das equipes para adesão ao tratamento, os instrumentos utilizados e os agentes envolvidos no processo de cuidado ao indígena com TB e sua interrelação com as dimensões do cuidado utilizadas como referência para este estudo.

Os dados coletados durante a observação foram inseridos no texto em articulação com os demais dados empíricos e teoria, sem a necessidade de identificação individualizada. A análise documental foi realizada pela leitura primorosa do Plano Plurianual, Relatório de Gestão, Relatório de Programação Pactuada Integrada, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e Fundo Nacional de Saúde.

Como método de análise utilizamos a triangulação de dados, a partir da análise de conteúdo das entrevistas e o acompanhamento dos participantes da pesquisa no cotidiano do seu trabalho durante cinco dias de coleta de dados, por meio do diário de campo, onde registramos os costumes e as atitudes dos participantes. Essas observações foram utilizadas para corroborar as informações coletadas nas entrevistas e registros documentais.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana sob o protocolo nº 2.524.301 e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa sob o nº 2.691.442. Todos os entrevistados falavam a língua

portuguesa e foram aptos a compreender e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A entrada da pesquisadora no campo foi realizada por meio do comunicado pessoal sobre a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (com entrega da cópia do parecer), e, por conseguinte, permissão para início da coleta de dados.

RESULTADOS

Entre os participantes do estudo, o acolhimento é dado a partir do momento em que se reconhece a necessidade da compreensão e respeito às especificidades culturais, como evidenciado nos seguintes depoimentos que se convergem.

[...]saúde indígena a gente sabe que é uma saúde diferenciada. Então, nós profissionais que trabalhamos lá, a gente também tem que ter um cuidar diferenciado. O cuidar, vamos dizer, de uma população não índia é de uma forma, o cuidar da saúde indígena é outro [...]. É completamente diferente [...]. (E8)

É muito fácil a gente falar eu estou trabalhando com índio, mas não é fácil entender o que é ele culturalmente. Tem que entender o que é a individualidade de cada um para poder dar o cuidado necessário a ele. Os cuidados são diferenciados. (E3)

Por outro lado, identificamos discursos divergentes. As compreensões apreendidas sobre o contato interétnico e suas determinações no acolhimento dos indígenas com TB, demonstram que o convívio com não indígenas foi benéfico, porquanto os indígenas aquiesceram à importância da poliquimioterapia no tratamento da TB.

Aquele que já aderiu à questão da cultura não indígena ele consegue compreender melhor [...] e aquele que já é mais isolado já é mais difícil, a gente tem que trabalhar com ele de outras formas. (E8)

[...] aquele indígena que não faz parte do convívio [com não indígenas], esse tem resistência, ele não adere ao tratamento. (E9)

Além disso, a investigação possibilitou apreender a existência de superficialidade nas relações e a deficiência no comprometimento dos trabalhadores de saúde. Identificamos que o vínculo está relacionado à cultura do trabalhador de saúde, como evidenciados nas falas seguintes.

Quando você vai todos os dias ele gosta quando você se preocupa com ele, que é o vínculo que você estabelece entre a equipe e a família [...]. (E3)

[...]a gente acaba criando um vínculo muito grande com eles, então confiam na gente, no que a gente fala. (E8)

O vínculo só é prejudicado quando se trata de profissional médico e enfermeiro, geralmente sempre troca, nesse caso. (E5)

Considerando a linha de reflexão dos participantes, compreendemos que o fortalecimento de vínculo está no fato de o trabalhador de saúde se apropriar dos problemas de saúde do indígena, mas principalmente, na construção de relações sólidas e de engajamento cultural com essa comunidade.

No que tange à organização do serviço para responder positivamente a necessidade dos usuários na rede de atenção, tal como corresponsabilização técnica e de gestão dos serviços, os discursos dos participantes revelam que a resolubilidade está comprometida pela capacidade subtraída de resposta ao usuário.

[...] a secretária às vezes não consegue encaminhar, aí a gente tem uma apoiadora institucional que é mulher do secretário de Finanças, a gente consegue ou faz particular. (E2)

Eu acho que os exames deveriam ser mais rápidos dentro de um mês a baciloscopia [...] pra saber que aquele paciente vai entrar em tratamento ou não. (E3)

Os exames são difíceis. Aqui são por cotas aí a gente tem poucas vagas para área indígena. Tem muitos pacientes que pagam consulta particular na espera, mas quem não tem condição não paga. Quem determina essas cotas é o próprio município. (E4)

As falas se complementam ao argumentarem que a resolubilidade do cuidado é dificultada em virtude da gestão municipal. Igualmente, os participantes consideram que a manutenção da cadeia de transmissão da TB se dá por conta da falta de resolubilidade a nível municipal e da rede de atenção e fragilidade na garantia dos exames de apoio diagnóstico da TB a fim de proporcionar o cuidado resolutivo ao usuário.

Quanto à responsabilização, fazer o cuidado em saúde acontecer por meio da gestão dos serviços de saúde é uma realidade a ser conquistada para garantir a integralidade do cuidado ao indígena com TB, como evidenciado nos depoimentos:

[...] no início desse ano eu entrei em contato com todos os órgãos, seja municipal, estadual e federal e a gente faz um planejamento. Esse planejamento é encaminhado e você não tem um feedback. [...] Só depende das pessoas se entregarem, terem mais responsabilidade para dar algum retorno a esse paciente porque ele precisa [...]. (E3)

Não existe responsabilização em questão do município, porque a gente parte da seguinte questão: a área indígena ela é vista pelo município com outros olhos, a população indígena não é vista como munícipe, ela é vista como povo indígena que roubou o território de Banzaê. (E8)

De acordo com os discursos, a falta de união das instâncias gestoras responsáveis pela produção do cuidado contribui para a ineficiência do serviço de saúde direcionado à população indígena com TB.

DISCUSSÃO

Quanto ao acolhimento, os participantes da pesquisa reconhecem a necessidade da compreensão e respeito às especificidades culturais como forma de acolher o indígena e sua queixa. Entretanto, consideram que o contato interétnico favorece os TS no que se refere ao usuário aquiescer o SCB e, por conseguinte o tratamento da TB, por não existir o estranhamento cultural entre TS e usuários.

Para alguns autores¹³ se faz necessária uma comunicação intercultural mais sensível e dialógica em contextos indígenas. Consideram como grande desafio oportunizar a atenção à saúde em espaços cujos costumes e visão de mundo são diferentes à sua formação acadêmica, nos quais os valores e conhecimentos pautados nos referenciais do

Sistema Cultural Biomédico (SCB) se conflitua com o sistema cultural das comunidades indígenas. Do mesmo modo, os depoimentos corroboram com outros estudos¹⁷, ao afirmar que a opinião do indígena sobre o processo saúde-doença é diferente entre os indígenas com distintos contatos com os não indígenas e suas culturas. Desta forma, quanto maior a aproximação com a cultura não indígena, melhor o entendimento sobre o SCB ou mais fácil de prevalecer o saber do não indígena. Perante o exposto, no que diz respeito à TB, o contato interétnico é um facilitador à aceitação e não abandono ao tratamento pela poliquimioterapia.

No que concerne ao vínculo, identificamos como fator positivo a cultura e/ou compreensão da cultura indígena do TS e como fator negativo a precarização do serviço dos profissionais médicos e enfermeiros. No entendimento dos entrevistados, análogo ao de alguns autores¹⁴ os usuários almejam um cuidado em saúde centrado neles. Assim, buscam relações longínquas e de confiança no trabalhador da saúde para certificar-se que seu problema vai ser compreendido e que tudo que estiver ao alcance vai ser oferecido para defender e melhorar sua vida.

A resolubilidade dentro da RAS revelou insegurança de acesso às demandas dos indígenas com TB. A rede de atenção não se mostra organizada, tanto a nível municipal como na Região de Saúde do estado. Os participantes da pesquisa apontaram que em virtude de os indígenas viverem em área demarcada, reconquistada em processo de luta, não são considerados como cidadãos do município, porém se mostram desconhecedores dos fluxos instaurados dentro da RAS. Assim sendo, percebe-se, que não há resolubilidade, tomando como base a forma descoordenada como os elementos do sistema de saúde resolvem os problemas dos indígenas com TB¹².

No que concerne à responsabilização como dimensão da produção do cuidado, identificamos dissensos entre os participantes. Além disso, contestar a condição de usuário de direito e o acesso, traduz, por meio da exclusão, a situação da vulnerabilidade social em que o indígena está inserido e, por conseguinte, a vulnerabilidade ao adoecimento por tuberculose.

Sob esse aspecto, é notório que os Distritos Sanitários Especiais Indígenas ainda têm o débito de um modelo organizacional efetivo, pelos seguintes motivos: conflitos e desintegração entre as instancias institucionais para sua ampla instrumentalização, baixa cobertura nas TI, falta de infraestrutura e recursos humanos para a formação de equipes gestoras e multiprofissionais locais e outros¹⁸. Do mesmo modo, não alcança a lógica das necessidades e problemas de saúde e a necessidade de reorganização das práticas e processos de trabalho, de modo que sejam inseridas num processo social pela melhora das condições de saúde dos indígenas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo focalizou a produção do cuidado às pessoas indígenas da etnia Kiriri com tuberculose, abordando as dimensões de acolhimento, vínculo, resolubilidade e responsabilização. No contexto apresentado, destacamos a necessidade de formação prévia de trabalhadores da saúde para atuação em ambientes culturalmente diversos. Isso se deve ao fato de que os TS, durante seu processo de formação, tendem a reproduzir uma visão fragmentada sobre o cuidado e, em decorrência, sobre as diversidades étnicas indígenas no Brasil. Além disso, o estudo revelou que a estrutura organizacional da rede

de atenção no campo empírico não permite uma operacionalização eficaz para garantir a integralidade do cuidado.

Diante das impressões trazidas, compreendemos que a produção do cuidado aos indígenas com tuberculose precisa ser discutida para modificar condutas coletivas entre as instâncias municipal, estadual e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. O objetivo é reconstruir as práticas dos trabalhadores de saúde e a organização da RAS que impactam diretamente na integralidade do cuidado e permita segurança no acesso aos serviços de saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Universidade Estadual de Feira de Santana por todo apoio e incentivo financeiro à pesquisa científica por meio da Resolução CONSU 012/2019 que autoriza o auxílio financeiro ao programa de Pós-Graduação Stricto Sensu.

REFERÊNCIAS

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]. Disponível 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
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
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
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

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
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
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>

ELEMENTOS CONSTITUINTES DO CUIDADO: (DES)CONEXÕES QUE DESAFIAM A INTEGRALIDADE DO CUIDADO ÀS PESSOAS INDÍGENAS COM TUBERCULOSE*

RESUMO:

Objetivo: analisar a produção do cuidado, no que tange ao acolhimento, vínculo, resolubilidade e responsabilização, às pessoas indígenas com tuberculose. **Método:** estudo qualitativo, com observação sistemática, análise documental e entrevista semiestruturada com trabalhadores de saúde e gestão da saúde indígena e secretaria municipal de saúde de Banzaê/Bahia - Brasil. Realizou-se a triangulação de dados das entrevistas, registros documentais e observação do campo. **Resultados:** o acolhimento é dado quando se reconhece a necessidade de compreensão e respeito às especificidades culturais, o vínculo está relacionado à cultura do trabalhador de saúde, a resolubilidade é dificultada em virtude da gestão municipal e há presença de divergências entre os responsáveis pela saúde indígena na responsabilização pelo cuidado. **Conclusão:** são necessárias condutas coletivas entre as instâncias municipal, estadual e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, quanto ao percurso dos serviços de saúde da rede.

DESCRIPTORIOS: Cuidado Preventivo; Saúde Indígena; Tuberculose; Integralidade em Saúde.

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

RESUMEN:

Objetivo: 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 semiestruturada con trabajadores de salud y gestión de la salud indígena y secretaría 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.

DESCRIPTORIOS: Cuidado Preventivo; Salud Indígena; Tuberculosis; Integralidad en Salud.

*Artigo extraído da dissertação do mestrado: "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.

Recebido em: 12/12/2023

Aprovado em: 23/06/2024

Editora associada: Dra. Maria Helena Barbosa

Autor Correspondente:

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

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - **Jesus SS de, Freitas MYGS, Servo MLS, Santana N, Rodrigues IS, Santos G de B, Silva SS**. Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - **Jesus SS de, Freitas MYGS, Servo MLS, Rodrigues IS, Santos G de B, Silva SS** Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - **Jesus SS de**. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

ISSN 2176-9133



Este obra está licenciada com uma [Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).