

Longitudinalidade e orientação comunitária na organização da Atenção Primária à Saúde em contexto indígena

Longitudinality and community orientation in the context of indigenous health

Longitudinalidad y orientación comunitaria en el contexto de la salud indígena

Esrone Soares Carvalho Rocha^I

ORCID: 0000-0002-1011-6053

Rizoléia Marina Pinheiro Pina^I

ORCID: 0000-0002-6114-4003

Rosana Cristina Pereira Parente^{II}

ORCID: 0000-0002-4942-9874

Maria Luiza Pereira Garnelo^{III}

ORCID: 0000-0003-0263-7286

Rúbia Aparecida Lacerda^{III}

ORCID: 0000-0003-3848-3258

RESUMO

Objetivos: analisar, na perspectiva dos profissionais de saúde, a longitudinalidade e orientação comunitária na Atenção Primária à Saúde, ofertada tanto no Distrito Sanitário Especial Indígena quanto na rede básica que atende população não indígena nos serviços municipais de saúde na região do Alto Rio Negro. **Métodos:** estudo transversal, com 116 profissionais, 87 (75%) da saúde indígena, 29 (25%) dos serviços municipais. Utilizado o *Primary Care Assessment Tool*, versão profissionais, analisado pela região do Alto Rio Negro for *Social Sciences*. Para associação de variáveis, o teste qui-quadrado e Kruskal-Wallis. **Resultados:** longitudinalidade obteve escore insatisfatório (6,4 e 6,5), assim como orientação comunitária (6,1 e 5,6) para ambos serviços. As fragilidades referem-se à rotatividade de profissionais, pouco conhecimento sobre condições de vida dos usuários, vínculo trabalhista precário. Na saúde indígena, satisfação foi maior quando comparados aos serviços municipais. **Conclusões:** é necessário aprimorar o gerenciamento do trabalho nos serviços de saúde, buscando garantir qualidade de atuação dos profissionais.

Descritores: Avaliação em Saúde; Saúde de Populações Indígenas; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária; Continuidade da Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Objectives: to analyze, from healthcare professionals' perspectives, the longitudinality and community orientation in Primary Health Care, offered both in the Special Indigenous Health District and in the primary network that assists non-indigenous population in municipal health services in Upper Rio Negro region. **Methods:** a cross-sectional study with 116 professionals, 87 (75%) of indigenous health, 29 (25%) of municipal services. Primary Care Assessment Tool, professional version, used by Upper Rio Negro for Social Sciences region. For association of variables, chi-square test and Kruskal-Wallis were used. **Results:** longitudinality obtained an unsatisfactory score (6.4 and 6.5), as well as community orientation (6.1 and 5.6) for both services. Weaknesses refer to professional turnover, little knowledge about users' living conditions, precarious employment relationship. In indigenous health, satisfaction was higher when compared to municipal services. **Conclusions:** it is necessary to improve work management in health services, seeking to guarantee the quality of performance of professionals.

Descriptors: Health Services Research; Health Services Indigenous; Primary Health Care; Community Health Nursing; Continuity of Patient Care.

RESUMEN

Objetivos: analizar, desde la perspectiva de los profesionales de la salud, la longitudinalidad y orientación comunitaria en la Atención Primaria de Salud, que se ofrece tanto en el Distrito Especial de Salud Indígena como en la red básica que atiende a la población no indígena en los servicios municipales de salud de la región del Alto Rio Negro. **Métodos:** estudio transversal con 116 profesionales, 87 (75%) de salud indígena, 29 (25%) de servicios municipales. Utilizamos el *Primary Care Assessment Tool*, versión profesional, analizada por la región Alto Rio Negro para Ciencias Sociales. Para asociación de variables, prueba de chi-cuadrado y Kruskal-Wallis. **Resultados:** la longitudinalidad obtuvo una puntuación insatisfactoria (6,4 y 6,5), así como la orientación comunitaria (6,1 y 5,6) para ambos servicios. Las debilidades se refieren a la rotación de profesionales, escaso conocimiento sobre las condiciones de vida de los usuarios, precaria relación laboral. En salud indígena, la satisfacción fue mayor en comparación con los servicios municipales. **Conclusiones:** es necesario mejorar la gestión del trabajo en los servicios de salud, buscando garantizar la calidad del desempeño de los profesionales.

Descritores: Evaluación en Salud; Salud de Poblaciones Indígenas; Atención Primaria de Salud; Enfermería en Salud Comunitaria; Continuidad de la Atención al Paciente.

^IUniversidade Federal do Amazonas. Manaus, Amazonas, Brasil.

^{II}Fundação Oswaldo Cruz. Manaus, Amazonas, Brasil.

^{III}Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Rocha ESC, Pina RMP, Parente RCP, Garnelo MLP, Lacerda RA. Longitudinality and community orientation in the context of indigenous health. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(1):e20190872. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0872>

Autor Correspondente:

Esrone Soares Carvalho Rocha
E-mail: erocha@ufam.edu.br



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa

EDITOR ASSOCIADO: Rafael Silva

Submissão: 28-01-2020

Aprovação: 23-09-2020

INTRODUÇÃO

No Brasil, a rede Atenção Primária à Saúde (APS) adota como norteadores da APS tanto os atributos essenciais quanto os derivados nos termos estabelecidos por Bárbara Starfield⁽¹⁾, além de vínculo e responsabilização das equipes por determinado território de abrangência e pela população que ali vive. De modo similar, o subsistema de atenção à saúde indígena, instituído pela Lei nº 9.836/99, dispõe de uma rede de atenção à saúde dessas minorias geridas pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde, que, através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), oferta ações de APS nas terras indígenas⁽²⁾.

A existência de um subsistema de saúde indígena expressa o reconhecimento, pelo legislador, da necessidade de ofertar alternativa capaz de promover extensão de cobertura e prover atenção específica às necessidades de saúde moldadas por singularidades linguísticas e culturais, além de barreiras geográficas e de acesso enfrentadas por tais grupos culturalmente diferenciados⁽³⁾. Contudo, eventuais singularidades na atuação dos DSEI não anulam o fato que eles ofertam ações de APS, permitindo pressupor que ali permanecem vigentes os princípios norteadores e atributos do modelo assistencial da APS.

Por outro lado, os desafios à oferta de APS em terras indígenas têm similaridades com aqueles enfrentados pelos sistemas municipais de saúde em áreas remotas e de difícil acesso, mostrando-se potencialmente enriquecedor o diálogo entre ambas realidades. Entretanto, ao se iniciar a pesquisa, na revisão da literatura sobre a temática, não foram evidenciados estudos que comparassem às duas realidades, tornando a abordagem ainda mais relevante.

Em pesquisa social, a comparação entre diferenças e similaridades enfrenta o desafio de selecionar adequadamente os elementos a serem comparados, pois, diferentemente do que ocorre nos métodos experimentais, não há como controlar as variáveis envolvidas na comparação⁽⁴⁾.

A pesquisa que deu origem a este artigo efetuou a análise de atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção) e derivados (atenção centrada na família, orientação comunitária e competência cultural) da APS⁽¹⁾. Os atributos da APS se prestam a dimensionar a resolutividade e qualidade na organização dos serviços, baseando-se no pressuposto de que a maior proporção da presença deles, no cotidiano da rede básica, equivale a um incremento do impacto positivo na saúde da população atendida. Tais atributos também vêm sendo utilizados no país através do PCATool-Brasil, como indicadores de desempenho na avaliação da rede de APS do SUS (Sistema Único de Saúde)⁽⁵⁾, o que amplia a fidedignidade em seu uso.

Para o presente artigo, priorizou-se a análise de um atributo essencial (longitudinalidade) e um derivado (orientação comunitária). O primeiro é visto por Starfield⁽¹⁾ como característica central e exclusiva da APS, por propiciar, ao longo do tempo, o acompanhamento dos episódios de doença e a prestação de cuidados preventivos às famílias acompanhadas pelos profissionais das equipes de APS.

O bom desempenho do atributo longitudinalidade também se liga à garantia de continuidade do cuidado, com repercussões positivas no desempenho das equipes, o que justifica o seu uso

para fins de avaliação da APS. A orientação comunitária também é considerada na qualificação das ações de saúde na APS, pois possui relevância pautada no conhecimento do profissional acerca da necessidade dos usuários em seu contexto social por meio de dados epidemiológicos, sociais, culturais, além da vivência na comunidade favorecer a identificação de problemas de saúde existentes na comunidade, avaliação dos serviços e readequação desses às necessidades de saúde e sociais da população, sendo também um atributo considerado na qualificação das ações dos serviços da APS⁽¹⁾.

O entendimento das características de saúde na comunidade e dos recursos disponíveis favorece uma maneira mais ampla de avaliação das necessidades do que apenas nas interações com os pacientes ou com suas famílias⁽¹⁾.

A seleção dos dois atributos se justifica por terem se mostrado mais sensíveis ao processo comparativo, pois o escrutínio prévio dos dados evidenciou que, de amplo conjunto de atributos, a longitudinalidade e a orientação comunitária foram aqueles implementados com maior constância e regularidade pelas equipes de profissionais de saúde, tanto do DSEI Alto Rio Negro quanto dos sistemas municipais de saúde investigados, prestando-se melhor ao exercício da comparabilidade. Em que pese o caráter local da análise aqui desenvolvida, a mesma tem potencialidade para contribuir para o aprimoramento da oferta de atenção à saúde de populações rurais, fronteiriças e outras localidades remotas e de difícil acesso, inclusive não indígenas.

OBJETIVOS

Analisar, na perspectiva dos profissionais de saúde, a longitudinalidade e a orientação comunitária na Atenção Primária à Saúde, ofertada tanto no Distrito Sanitário Especial Indígena quanto na rede básica, que atende população não indígena nos sistemas municipais de saúde na região do Alto Rio Negro.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Em conformidade com a Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Desenho, período e local do estudo

Trata-se de um estudo transversal quantitativo. O instrumento selecionado para orientação da metodologia foi o *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). O estudo foi realizado no Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Negro (DSEI-ARN) e nos serviços de APS dos municípios de São Gabriel da Cachoeira (SGC), Santa Isabel do Rio Negro (SIRN) e Barcelos no Amazonas, no período de junho a agosto de 2015. Os serviços municipais de saúde estudados foram selecionados em função das interfaces que mantêm com o DSEI-ARN, uma vez que esse é distribuído entre esses três territórios municipais,

guardando relações operacionais importantes com tais secretarias, uma vez que elas recebem pacientes referenciados a partir de terras indígenas para atendimentos de saúde que não são ofertados pelo DSEI-ARN.

No conjunto, os três municípios, que se encontram no território distrital, formam uma extensa região (295.917,10 km²), conhecida como Alto/Médio Rio Negro, representando 35% da área total do estado do Amazonas⁽⁶⁾. Nessa área, vive uma população de aproximadamente 96.616 pessoas, sendo que 75% da população que vive em área rural se autodeclara indígena, vinculada a um dos 25 (vinte e cinco) grupos étnicos demarcados por um dos quatro grupos linguísticos (Tukano Oriental, Aruak, Maku e Yanomami)⁽⁷⁾ que ali se distribuem. Os municípios apresentam baixos índices sociais, com o IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Médio) variando de 0,47 em SIRM, 0,50 em Barcelos e 0,62 em SGC⁽⁶⁾.

População; critérios de inclusão e exclusão

A população elegível correspondeu a 131 profissionais (médicos e enfermeiros), que foram captados tendo como fonte o registro do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e confirmado com os gestores locais das secretarias de saúde. Após a confirmação dos dados, foi realizado contato prévio com os profissionais para agendar o início da coleta de dados. Do total de 131 profissionais, 91 eram vinculados ao DSEI-ARN, que atende população indígena aldeada. O restante da população de estudo (40 profissionais) se vinculava às Secretarias de Saúde dos três municípios, atendendo à população que vive nas sedes municipais e em áreas rurais não demarcadas, independentemente de se autodeclararem ou não como indígenas.

No período da aplicação da pesquisa, 5 profissionais se encontravam afastados para tratamento de saúde, 5 em gozo de férias, e 5 se recusaram a participar, resultando o número de 116 profissionais, que participaram do estudo. A escolha desses profissionais se justifica por serem considerados os prestadores de cuidados primários de nível superior que compõem uma equipe mínima da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Foram incluídos, no estudo, enfermeiros e médicos que atuavam há mais de 6 meses no DSEI-ARN e/ou na APS dos três municípios, possuindo vínculo empregatício com as secretarias municipais de saúde e/ou com a SESAI/DSEI-ARN. Foram excluídos os profissionais que se encontravam afastados por licença médica e/ou férias.

Protocolo do estudo

Foi utilizado o questionário *Primary Care Assessment* (PCATool) – Brasil, versão profissional de saúde, então validado⁽⁵⁾. Foram selecionados para este estudo os componentes longitudinalidade e orientação comunitária (variáveis dependentes) e o grau de orientação para APS, considerado estrutural, utilizado para avaliar o alcance dos atributos.

As respostas seguiram uma escala do tipo Likert, com pontuação de 1 a 4, “Com certeza, sim” (valor = 4); “Provavelmente, sim” (valor = 3); “Provavelmente, não” (valor = 2); “Com certeza, não” (valor = 1). Quando a soma de resposta “Não sei/não lembro” (valor = 9) atingiu 50% ou mais do total de itens dos atributos, o questionário foi excluído; caso contrário, essas respostas foram

consideradas como “Provavelmente, não”⁽⁵⁾. No caso deste estudo, não houve perda de questionário.

Os escores foram calculados pela média aritmética dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente⁽⁵⁾. O escore médio para os atributos longitudinalidade (composto por 13 variáveis) e orientação comunitária (composto por 6 variáveis) foi calculado pela soma do valor das variáveis, dividido pelo número delas para cada componente, conforme estabelecido no manual do instrumento PCATool-Brasil⁽⁵⁾. Assim temos: escore médio A = (A1 + A2 + A3 + A4 + A5 + A6 + A7 + A8 + A9 + A10 + A11 + A12 + A13) / 13 e escore médio B = (B1 + B2 + B3 + B4 + B5 + B6) / 6. Em seguida, esses escores obtidos para cada componente foram transformados em uma escala de 0 a 10, sendo denominado como escore ajustado, seguindo a fórmula:

$$\text{Escore ajustado} = (\text{Escore obtido} - 1) \times 10/3$$

Para avaliação do grau de orientação à APS, foram considerados como satisfatórios valores de escore $\geq 6,6$, e, como insatisfatórios, $< 6,6$.

Análise dos resultados e estatística

Os dados coletados foram inseridos em uma planilha única do *software Microsoft Excel*. A análise estatística foi feita utilizando o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS[®]), versão 21.0 para Windows e no pacote estatístico R.

Para as análises estatísticas, as alternativas “Com certeza, sim” e “Provavelmente, sim” foram agregadas, representadas nas tabelas por 1*, o mesmo ocorrendo para as alternativas “Com certeza, não” e “Provavelmente, não”, que, nas tabelas, estão representadas por 2*.

A avaliação dos itens que compõem os dois atributos da APS objeto deste artigo foi feita por cruzamento de variáveis do PCATool e a instituição de origem dos profissionais (DSEI-ARN e SEMSA). A associação entre essas variáveis foi avaliada através do teste Qui-Quadrado ou o teste da Máxima Verossimilhança, quando adequado. Para a comparação dos escores entre as instituições de origem dos profissionais, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, uma vez que os dados não possuíam distribuição normal. Para todas as análises estatísticas, considerou-se nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Do universo de 131 profissionais elegíveis, 116 (88,5%) responderam ao questionário, sendo 87 do DSEIARN e 29 da SEMSA. Desses, 84 (72%) eram enfermeiros e 32 (28%) eram médicos, com média de idade foi de 35 anos, prevalência do sexo feminino (59,7%), cor parda (42,2%), estado civil solteiro (44%). Em relação ao agente contratante, 60,3% eram contratados por Organizações Não Governamentais (ONG) e 39,7% por Administração Direta. O tempo de formação foi de 5 anos, com 3 anos de atuação na APS na região do Alto Rio Negro.

As variáveis que compõem o atributo longitudinalidade estão apresentadas na Tabela 1. Evidenciou-se diferenças estatisticamente significativas obtidas entre as variáveis A1 (p = 0,001), A4 (p = 0,001), A7 (p = 0,007) e A11 (p = 0,001). Ainda em relação aos dados apresentados na Tabela 1, é relevante destacar

que, na variável B6, observou-se diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,001$). O grau de orientação para APS apresentou baixo escore (6,1; 5,6) e diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,004$).

Para o conjunto das instituições estudadas, o consolidado das respostas, dadas pelos profissionais, mostra escore insatisfatório para o grau de orientação para longitudinalidade (6,4 e 6,5 para DSEI-ARN e SEMSA, respectivamente), totalizando valores abaixo do ponto de corte ($\geq 6,6$) recomendado no instrumento PCATool para uma adequada orientação desse atributo em atividades de APS, ainda que o sistema municipal tenha obtido um desempenho mais próximo ao recomendado.

A Tabela 2 sistematiza os dados relativos ao componente Orientação Comunitária e grau de sua orientação para a APS.

Na Tabela 2, somente a variável B6 mostrou diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,001$) na comparação entre os dois tipos de prestadores de serviço. O grau de orientação para a APS também apresentou baixo escore (6,1; 5,6); para ambos, é diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,004$).

Ressalte-se, porém, que a ausência de diferença estatisticamente significativa não impede apreciação das variáveis em que tal diferença esteve ausente, pois se trata de um universo pequeno, sujeito, portanto, a flutuação nas análises.

Tabela 1 - Comparativo dos escores da longitudinalidade e grau de orientação para a Atenção Primária à Saúde entre o Distrito Sanitário Especial Indígena e a Secretaria Municipal de Saúde segundo os profissionais de saúde do Alto Rio Negro, São Gabriel da Cachoeira, Amazonas, Brasil

Variáveis	INSTITUIÇÃO				Valor de p
	Distrito Indígena n= 87		Secretaria de Saúde n= 29		
	1* (n=%)	2* (n=%)	1* (n=%)	2* (n=%)	
A1 - No seu serviço de saúde, os pacientes são atendidos sempre pelo mesmo médico/enfermeiro?	25(28,7)	62(71,3)	19(65,5)	10(34,5)	0,001
A2 - Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?*	87(100)	-	29(100)	-	-
A3 - Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	85(97,7)	2(2,3)	29(100)	-	0,281
A4 - Se os pacientes têm um problema, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	49(56,3)	38(43,7)	5(17,2)	24(82,8)	0,001
A5 - Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	83(95,4)	4(4,60)	29(100)	-	0,571
A6 - Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	76(87,4)	11(12,6)	28(96,6)	1(3,4)	0,119
A7 - Você conhece mais seus pacientes como pessoas do que somente como alguém com um problema de saúde?	80(92,0)	7(8,0)	27(93,1)	2(6,90)	0,839
A8 - Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	51(58,6)	36(41,4)	8(27,6)	21(72,4)	0,007
A9 - Você entende quais problemas são mais importantes para os pacientes que você atende?	71(81,6)	16(18,4)	26(89,7)	3(10,3)	0,395
A10 - Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	22(25,3)	65(74,7)	9(31)	20(69)	0,716
A11 - Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	52(59,8)	35(40,2)	5(17,2)	24(82,8)	0,001
A12 - Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	74(85,1)	13(14,9)	27(93,1)	2(6,9)	0,236
A13 - Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	41(47,1)	46(52,9)	15(51,7)	14(48,3)	0,6679
Grau de orientação da APS					
Longitudinalidade (consolidado para o atributo)		6,4		6,5	0,828

Nota: APS - Atenção Primária à Saúde; A resposta "Com certeza, sim/provavelmente, sim" está representada na tabela com o número 1* e "Com certeza, não /provavelmente, não" com o número 2*; ** não foi possível aplicar teste estatístico porque em ambas as instituições os profissionais assinalaram uma única alternativa.

Tabela 2 - Comparativo dos escores Orientação Comunitária e o grau de orientação para a Atenção Primária à Saúde entre o Distrito Sanitário Especial Indígena e a Secretaria Municipal de Saúde segundo os profissionais de saúde do Alto Rio Negro, São Gabriel da Cachoeira, Amazonas, Brasil

Variáveis	INSTITUIÇÃO				Valor de p
	Distrito Indígena n=87		Secretaria de Saúde n=29		
	1* (n=%)	2* (n=%)	1* (n=%)	2* (n=%)	
B1 - Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	86(98,9)	1(1,1)	29(100)	-	0,447
B2 - Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	63(72,4)	24(27,6)	21(72,4)	8(27,6)	0,188
B3 - Seu serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	74(85,1)	13(14,9)	22(75,9)	7(24,1)	0,395
B4 - Faz pesquisa com os pacientes para ver se os serviços satisfazem as necessidades das pessoas?	13(14,9)	77(85,1)	4(13,8)	25(86,2)	0,878
B5 - Faz pesquisa na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	20(23)	67(77)	7(21,1)	22(75,9)	0,899
B6 - Presença de usuários no Conselho Local de Saúde?	85(97,7)	2(2,3)	11(37,9)	18(62,1)	0,001
Grau de orientação da APS					
Orientação Comunitária (consolidado do atributo)		6,1		5,6	0,004

Nota: APS - Atenção Primária à Saúde.

DISCUSSÃO

A utilização de um instrumento validado para avaliar serviços de saúde, com base nos atributos da APS, como é o caso do PCATool, é importante, pois permite aferir como os profissionais de saúde percebem os serviços que prestam às populações que atendem, contribuindo também para aprimorar acessibilidade, qualidade e efetividade dos atributos característicos da APS⁽⁸⁻⁹⁾.

Na comparação das respostas dos entrevistados do DSEI-ARN e das Secretarias Municipais de Saúde para o atributo longitudinalidade e no que diz respeito à estabilidade do atendimento pelo mesmo profissional, os 71,3% de respostas negativas dos que atuam no DSEI-ARN, em contraponto aos 34,5% de respostas negativas dos vinculados aos sistemas municipais de saúde, sugerem elevada rotatividade da força de trabalho nos DSEI. Ainda que os dados oriundos da pesquisa não permitam concluir taxativamente que a rotatividade é a causa do problema, trata-se de uma dificuldade conhecida e apontada em publicações⁽²⁻¹⁰⁾ que versaram sobre a organização dos serviços no subsistema de saúde indígena, apontando dificuldade dos DSEI em garantir a manutenção de profissionais qualificados para prestação de cuidados de saúde nas aldeias.

Para outras variáveis do mesmo atributo, observa-se limitado conhecimento sobre condições de vida e de trabalho dos pacientes atendidos, tanto para os que atuam no DSEI-ARN (58,6% conhecem os co-residentes de seus pacientes e 59,8% o trabalho desempenhado por eles) quanto pelos profissionais da atenção básica não indígena, cujos percentuais de respostas favoráveis são ainda mais baixos (27,6% conhecem os familiares de seus pacientes e 17,2% o trabalho desempenhado por eles). Ou seja, embora a rotatividade no atendimento aos indígenas possa ser alta, o trabalho nas aldeias parece favorecer um atendimento mais personalizado, em contraponto ao anonimato dos pacientes atendidos nas sedes municipais, sugerindo carência de vínculos e de humanização no trabalho das equipes de APS que ali atuam.

A limitação do vínculo estabelecido com os pacientes é reafirmada pelas respostas dadas à variável A4, na qual foi perguntado se, ao enfrentar problemas, o paciente pode telefonar para o profissional de saúde. Os 17,2% de respostas afirmativas dadas pelos profissionais da atenção básica não indígena mostra a frágil vinculação propiciada pelos serviços no atendimento às situações imprevistas enfrentadas pelos usuários. Já os 56,3% de respostas afirmativas dadas pelos profissionais do DSEI-ARN demandam esclarecimentos adicionais sobre as condições de trabalho no DSEI-ARN. Embora seja baixo, esse percentual de respostas afirmativas evidencia esforço para estabelecer uma relação profissional-paciente capaz de instituir algum acolhimento aos problemas de saúde enfrentados pelos usuários indígenas, mesmo distantes em termos geográficos.

São limitadas as publicações que descrevem condições de acesso, organização e oferta de serviços de saúde nas terras indígenas rionegrinas. Entretanto, aquelas disponíveis⁽²⁻¹⁰⁾ mostram que características geográficas, como grandes distâncias e obstáculos naturais, dificultam a oferta regular do cuidado nas aldeias indígenas, seja nos moldes preconizados pela ESF ou pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).

Tais publicações⁽²⁻¹⁰⁾ também evidenciam limitações de infraestrutura, como a falta de luz elétrica e de meios de comunicação

como rede telefônica, impossibilitando a prestação cotidiana de ações e serviços de saúde. Nesse contexto, o atendimento em APS é feito mediante viagens periódicas das equipes, que precisam se deslocar em condições penosas, da sede municipal para as aldeias de modo a prover o cuidado. A comunicação se dá, principalmente, através de radiofonia, instalada em um restrito número de localidades. Nesse contexto, deve-se inferir que a resposta dada pelos entrevistados que atuam no DSEI-ARN à pergunta contida na variável A4 (se o paciente pode telefonar para o profissional de saúde quando enfrenta problemas) se refira, de fato, à busca de contato através da radiofonia, conotando um importante esforço para atender a tais necessidades através de um meio tão precário de comunicação, como é a radiofonia.

As condições de trabalho descritas para o DSEI-ARN devem ser entendidas como barreiras estruturais de acesso aos serviços tanto no que diz respeito à estruturação da rede física quanto ao gerenciamento, organização e oferta das ações de saúde. Tais limitações ampliam, dentre outras consequências, a dificuldade de fixar a força de trabalho e de obter e exercer a competência cultural⁽¹¹⁾ necessária à provisão de um cuidado culturalmente adequado. Além disso, limitam a longitudinalidade da atenção e o atendimento às disposições da PNASPI⁽⁷⁾.

A descrição das circunstâncias que moldam o atendimento feito pelos profissionais do DSEI-ARN torna inteligível – e em certa medida justificável – o alcance de baixos percentuais de respostas afirmativas para as variáveis que compõem o atributo da longitudinalidade do cuidado ofertado aos indígenas, evidenciando elementos de dificuldade para que o DSEI-ARN se torne uma fonte regular e cotidiana de cuidados.

Em contrapartida, os profissionais das Secretarias Municipais de Saúde atuam no tecido urbano das pequenas sedes municipais nos moldes habituais da ESF, mediante regime de 8 horas de trabalho e funcionamento diário das unidades. Embora gozem de condições mais favoráveis de trabalho, os escores obtidos por este grupo são baixos em decorrência do elevado número de respostas negativas às perguntas dispostas nas variáveis A4, A8, A10, A11 e A13 (Tabela 2), que avaliam o conhecimento dos profissionais sobre histórico de saúde, modo de vida e trabalho da clientela adscrita como partes integrantes do atributo longitudinalidade.

Para este grupo de respondentes, também, a rotatividade dos profissionais não deve ser desprezada, porque, embora atuem em condições mais favoráveis que sua contraparte no DSEI-ARN, trata-se de evento conhecido no cenário nacional para a rede de atenção básica⁽¹²⁾ e, em particular, para os pequenos municípios, onde a rede APS também enfrenta dificuldades para atuar como fonte regular de cuidados à população.

O escore insatisfatório do consolidado das respostas dadas pelos profissionais de ambas as instituições para o atributo longitudinalidade (6,4 e 6,5 para DSEI-ARN e SEMSA, respectivamente) não difere essencialmente dos resultados obtidos em outras áreas do país, inclusive em regiões mais ricas e com melhor IDH, como as regiões Sul e Sudeste do Brasil^(9,13). São resultados que expressam as barreiras enfrentadas pelo SUS para promover a equidade, qualidade, efetividade da rede de atenção básica⁽¹⁴⁾.

Para orientação comunitária, o segundo atributo avaliado, os resultados obtidos se mostram um tanto paradoxais. Para ambos os serviços, mais de 70% dos respondentes acreditam

ter conhecimento adequado das necessidades de saúde da comunidade (variável B2, Tabela 2). Entretanto, tal crença não se apoia em avaliações consistentes, como pesquisas de satisfação dos usuários (variável B4 da Tabela 2, com 14,9% de respostas favoráveis para o DSEI-ARN e 13,8% para os profissionais que atendem populações não indígenas) ou em investigações sobre os principais problemas de saúde da comunidade (variável B5, tabela 2 = 23% e 21,1%, respectivamente).

Os resultados obtidos para o Alto Rio Negro neste atributo são de difícil comparação com a literatura, em função da seleção por alguns autores, de variáveis diferentes daquelas recomendadas no PCATool-Brasil e de adoção de pontos de corte também distintos para classificar os escores⁽¹⁵⁾.

Os resultados mais factíveis de comparação foram encontrados em uma pesquisa realizada no estado do Maranhão⁽¹⁶⁾, que utilizou variáveis compatíveis com as adotadas em nossa pesquisa no Alto Rio Negro. Ressalve-se, porém, que a pesquisa de Alencar et al⁽¹⁶⁾, no Maranhão, não foi orientada para a população indígena, pois abrangeu um leque mais amplo de entrevistados (usuários, profissionais e gestores), usando outra escala para agrupar as respostas obtidas. Ainda assim, isolando-se apenas os resultados obtidos junto aos profissionais que atuavam na rede básica, foi possível observar que, no Maranhão, somente 15% dos entrevistados acreditavam conhecer os principais problemas de saúde da comunidade. Entre os mesmos respondentes, somente 7,5% (contra 14,9% do DSEI-ARN e 13,8% dos trabalhadores das secretarias de saúde do Alto Rio Negro) realizavam pesquisas para avaliar a satisfação dos usuários. Para a pergunta, buscou-se identificar os principais problemas da população através de enquetes. Somente 3,7% dos profissionais da rede básica do Maranhão declararam fazê-lo, contra 23% dos respondentes do DSEI-ARN e 21,1% dos que atuam junto às populações não indígenas no Alto Rio Negro.

O expressivo reconhecimento pelos profissionais do DSEI-ARN em relação à participação dos usuários indígenas em conselhos de saúde (97,7%) contrasta com os 37,9% de respostas positivas dadas pelos entrevistados que atuam nos sistemas municipais de saúde abrangidos pela pesquisa, bem como com o reconhecimento de 59,3% para o mesmo item, obtido na pesquisa de Alencar et al⁽¹⁶⁾ realizada junto aos profissionais que atuam em APS no Maranhão.

No caso rionegrino, pode-se inferir que tais resultados se devam principalmente ao forte protagonismo das associações indígenas na política de saúde⁽¹⁷⁾. Tal fato torna sua participação nos conselhos de saúde⁽¹⁸⁾ e em outros espaços de gestão da política indigenista, seja em âmbito local ou nacional, um evento cotidiano impossível de ser ignorado pelos profissionais que atuam no DSEI-ARN. Trata-se de um cenário singular que não se repete para os não indígenas das municipalidades adjacentes, contribuindo para explicar o elevado percentual de respostas negativas dos entrevistados que atuam com populações não indígenas.

Para o conjunto do atributo orientação comunitária, o consolidado dos escores resulta baixo, mas aquele alcançado pelos profissionais que atuam no DSEI-ARN (6,1) se aproxima mais do ponto de corte de 6,6 estipulado na pesquisa como escore satisfatório, em contraponto ao resultado de 5,6, alcançado pelos

respondentes oriundos das secretarias municipais de saúde. Neste sentido, a análise empreendida por Gonçalves e Bógus⁽¹⁹⁾ corrobora os achados deste estudo, pois reforça a ideia de que a participação social e a atuação dos conselhos de saúde ainda se expressam de modo apenas incipiente nas rotinas das equipes de saúde da família.

Limitações do estudo

A principal limitação do estudo é decorrente da escassez de pesquisas que favoreçam a comparação dos achados aqui apresentados com aqueles encontrados em outras realidades.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou políticas públicas

Este estudo contribui para a reflexão crítica sobre a necessidade de aprimorar o processo de trabalho dos profissionais que atuam em regiões remotas e de difícil acesso, apontando, também, achados que não apenas expressam a singular sociodiversidade amazônica, mas também identificam situações inovadoras capazes de revitalizar o perfil da APS na região. Também tem potencialidade para contribuir para o necessário reordenamento dos serviços e ações de saúde de APS, de modo a torná-los mais permeáveis às necessidades das populações locais. Destarte, pode ser fonte de dados para estudos futuros que busquem evidências de que a garantia do acesso equânime e integral ao cuidado ofertado na rede de APS na região do Alto Rio Negro continua se processando e se aprimorando.

CONCLUSÕES

O estudo demonstra a contribuição do método avaliativo para o conhecimento da realidade social e oferta de informações contextuais que moldam a vivência dos profissionais de saúde no labor cotidiano, possibilitando traçar estratégias para o aprimoramento de suas práticas em determinado território de saúde. Reafirma a pertinência do uso de instrumentos validados, como o PCATool, na avaliação das características centrais da APS no SUS.

No conjunto, os dados revelam que a apropriação dos atributos longitudinalidade e orientação comunitária pelas equipes que ofertam cuidados às populações indígenas e não indígenas do Alto Rio Negro ainda carece de aprimoramento. Ainda assim, tais achados não são contraditórios com aqueles encontrados em outras regiões do país, demonstrando limitações enfrentadas pela Política Nacional de Atenção Básica em prover extensão de cobertura a lugares remotos do território nacional.

Entretanto, a análise dos escores obtidos pelos entrevistados que militam na saúde indígena, em comparação àqueles que atuam nos sistemas de saúde dos municípios adjacentes às terras indígenas, sugere que, apesar de enfrentarem condições adversas de trabalho e os problemas comuns às equipes de APS alocadas em regiões pobres e com baixo IDH, os profissionais do DSEI-ARN expressam, comparativamente, maior adesão aos atributos longitudinalidade e orientação comunitária, avaliados na pesquisa.

Os resultados encontrados não podem ser considerados satisfatórios, porém demonstram a importância de mapear os

elementos societários e contextuais que cercam a atuação de equipes de APS e que podem contribuir para a melhoria de sua atuação, mesmo em condições adversas. Os achados da pesquisa também ressaltam a necessidade de compreender os modos de vida das populações que habitam os territórios atendidos pelas equipes, os quais têm marcada interveniência nos perfis de saúde ali encontrados.

Tal premissa foi demonstrada, por exemplo, na constatação de que o elevado reconhecimento das atividades de controle social pelas equipes que atuam no DSEI-ARN se relaciona ao protagonismo das lutas etnopolíticas que contribuem para a politização do fazer cotidiano das equipes. Em contrapartida, o

baixo reconhecimento da participação comunitária no controle social entre profissionais que atuam junto aos não indígenas evidencia o limitado protagonismo político das populações regionais não indígenas nos municípios estudados.

Apesar disso, os achados da pesquisa não deixam de ser preocupantes, já que os atributos estudados moldam o acompanhamento temporal, longitudinal das situações de saúde e ocorrência de agravos na população atendida. A limitada apropriação pelos profissionais de características essenciais e derivadas da APS indica a necessidade de aprimorar a gestão do trabalho nas unidades de saúde, buscando garantir qualidade e efetividade de atuação de seus profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Starfield B, Shi L, Macincko J. Contribution of Primary care to health systems and health. *Milbank Q* [Internet]. 2005 [cited 2018 Apr 5];83(3):457-502. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/>
2. Cardoso A, Santos RV, Coimbra Jr CED, Garnelo L, Chaves MBG. Políticas Públicas de Saúde para os Povos Indígenas. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz;2012. p. 911-32.
3. Garnelo L. O SUS e a Saúde Indígena: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena. In: Teixeira CC, Garnelo L, (Org.). *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. p. 107-42.
4. Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.
5. Ministério da Saúde (BR). Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2018 Sep 22]. Available from: http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados gerais do município. 2019: Brasil [Internet]. [cited 2019 Mar 20]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/>
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI. Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro [Internet]. 2018[cited 2018 Oct 10]. Available from: <http://www.saude.gov.br/saude-indigena/saneamento-e-edificacoes/dseis>
8. Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ET, et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(6):1881-93. doi: 10.1590/1413-81232017226.14282016
9. Ferreira VD, Oliveira JM, Maia MAC, Santos JS, Andrade RD, Machado GAB. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um Município Mineiro. *Esc Anna Nery* 2016;20(4). doi: 10.5935/1414-8145.20160104
10. Garnelo L, Macedo G, Brandão LC. Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde indígena no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. 120 p.
11. McMurray A, Param R. Culture-specific care for indigenous people: a primary health care perspective. *Contemp Nurse*. 2008;28(1-2):165-72. doi: 10.5172/conu.673.28.1-2.165
12. Tonelli B, Leal AP, Tonelli W, Veloso DC, Gonçalves D, Tonelli S. Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *RFO* [Internet]. 2018 [cited 2018 Sep 20];23(2). Available from: <http://www.seer.ufp.br/index.php/rfo/article/view/8314>
13. Kessler M, Lima SB, Weiller TH, Lopes LP, Ferraz L, Eberhardt TD, et al. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(2):186-93. doi: 10.1590/1982-0194201900026
14. Gasparini MFV, Furtado JP. Longitudinalidade e integralidade no Programa Mais Médicos: um estudo avaliativo. *Saúde Debate*. 2019;40(120):30-42. doi: 10.1590/0103-1104201912002
15. Paula WKAS, Samico IC, Caminha MFC, Batista Filho M, Figueirôa JN. Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. *Cad Saúde Colet*. 2017;25(2):242-8. doi: 10.1590/1414-462x201700020113
16. Alencar MN, Coimbra LC, Morais APP, Silva AAM, Pinheiro SRA, Queiroz RCS. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(2):353-64. doi: 10.1590/1413-81232014192.08522012
17. Garnelo L, Sampaio S. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na região norte do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(1):311-17. doi: 10.1590/S0102-311X2003000100035
18. Baniwa A, Karipuna K. Controle social: o ponto de vista das lideranças. In: Garnelo L, Pontes AL, (Org.). *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: Ed. MEC-SECADI, 2012, pg. 216-241. (Coleção Educação para Todos), 280 pg.
19. Gonçalves CCM, Bógus CM. Participação social, planejamento urbano e promoção da saúde em Campo Grande (MS). *Trab Educ Saúde*. 2017;15(2), 617-40. doi: 10.1590/1981-7746-sol00057