

**ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NUM DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL
INDÍGENA NA AMAZÔNIA SETENTRIONAL: PERCEPÇÕES DA EQUIPE
GESTORA**

**WORK ORGANIZATION IN A SPECIAL INDIGENOUS HEALTH DISTRICT IN
THE NORTHERN AMAZON: PERCEPTIONS OF THE MANAGEMENT TEAM**

Recebido em: 14/12/2024

Aceito em: 30/01/2025

Publicado em: 24/02/2025

Igor Alves de Paiva Nascimento¹ 
Universidade Federal do Acre

João Luiz Pereira de Araujo² 
Universidade Federal Fluminense

José Valdemir do Nascimento³ 
Universidade Estadual de Roraima

Jaime Louzada⁴ 
Universidade Federal de Roraima

Este estudo teve como objetivo descrever o processo de trabalho da Divisão de Atenção à Saúde Indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena Leste de Roraima, a partir da percepção da equipe gestora após a implantação do modelo de nucleação da saúde indígena em Roraima, em 2018. Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório, delineado a partir de dados obtidos por meio de entrevistas com 11 profissionais de nível superior que atuam no gerenciamento do DSEI-Leste. Foi utilizado um questionário para cada entrevistado, contendo dados sociodemográficos e perguntas de respostas abertas. Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo como base metodológica. Utilizou-se a regra de exaustividade e, também, representatividade da pesquisa, tratamento dos resultados a partir da inferência e interpretação. Sobre o processo de nucleação, 91% dos entrevistados não tiveram nenhuma capacitação, 64% relataram ter desenvolvido atividades de gestão antes de sua implantação, e 82% dos profissionais afirmaram ter trabalhado em comunidades indígenas. Portanto, o modelo de nucleação proposto em Nota Técnica mostrou-se desafiador em sua implementação, tendo em vista a ausência de capacitação sobre o modelo de nucleação como um fator determinante.

Palavras-chave: Serviços de Saúde do Indígena; Saúde de Populações Indígenas; Gestão em Saúde; Sistema Local de Saúde.

Abstract: This study aimed to describe the work process of the Division of Indigenous Health Care within the East Roraima Special Indigenous Health District, based on the management team's perspectives following the implementation of the indigenous health nucleation model in Roraima in 2018. This qualitative exploratory study

¹Enfermeiro, formado pela Universidade Federal de Roraima (UFRR), Mestrando em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Acre (UFAC). Brasil, Acre e Rio Branco. E-mail: igordelalves@gmail.com.

² Doutor em Sociologia e Direito pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Brasil, Rio de Janeiro e Niterói. E-mail: joao.lpa@hotmail.com

³ Docente e coordenador interino no Curso de Medicina da Universidade Estadual de Roraima (UERR). Brasil, Roraima e Boa Vista. E-mail: jose.nascimento@uerr.edu.br

⁴ Docente no Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Roraima (UFRR), doutor em Ciências pelo Curso de Pós-Graduação em Biologia Parasitária do Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz. Brasil, Roraima e Boa Vista. E-mail: jaime.louzada@gmail.com

was developed using data collected through interviews with 11 higher-education professionals involved in managing the DSEI-East of Roraima. Each participant received a questionnaire containing sociodemographic information and open-ended questions. Data were analyzed using Content Analysis as the methodological foundation, adhering to principles of research exhaustiveness and representativeness, along with inferential and interpretative treatment of results. Concerning the nucleation process, 91% of respondents reported receiving no training. Sixty-four percent indicated they had engaged in management activities before the model's implementation, and 82% stated they had worked in indigenous communities. Thus, the nucleation model outlined in the Technical Note proved challenging to implement, with the lack of training on the model recognized as a key determining factor.

Keywords: Indigenous Health Services; Indigenous Populations' Health; Health Management; Local Health System.

INTRODUÇÃO

O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) é caracterizado por um modelo organizacional, gerencial e descentralizado do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS). Esse modelo é direcionado a um espaço específico, com características etnoculturais e geográficas, com administração demarcada e constituído por populações diversas. Administrativamente, o DSEI desenvolve atividades técnicas com o intuito de racionalizar e qualificar as ações de atenção à saúde, bem como estabelecer redes de saúde voltadas para as práticas sanitárias, associadas a atividades administrativas e de governança, necessárias para a assistência e controle social dos povos originários (Brasil, 2015).

Considerando essas características, os territórios indígenas de Roraima apresentam desafios geográficos, além das especificidades culturais de cada etnia, que interferem na dinâmica da assistência oferecida dentro desses territórios (Garnelo, 2012). Esses desafios são históricos e, com eles, surgiu a necessidade da criação de um subsistema de atendimento de saúde capaz de suprir as necessidades e garantir o direito básico à saúde da população indígena, por meio da Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080. A partir dela, legitima-se o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI). Trata-se, portanto, de um complemento ao Sistema Único de Saúde (SUS), no qual foi considerada a individualidade intercultural para sua gênese.

Em relação à governança, a atenção integral à população indígena, no âmbito da atenção primária, é atualmente estabelecida pela norma técnica que orienta a reorganização dos processos de trabalho da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI) em todos os distritos, por meio de cinco núcleos: análise da situação de saúde; planejamento, gestão do trabalho e educação permanente; saúde das mulheres e das crianças; prevenção e controle de doenças e agravos.

No processo de nucleação do Distrito Leste de Roraima, além das equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) e dos cinco núcleos que compõem a DIASI, na organização do processo de trabalho desse distrito, há também o Núcleo

Ampliado de Saúde Indígena (NASI), estruturado por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, com o objetivo de oferecer suporte técnico, sanitário e pedagógico aos profissionais que atuam no território indígena do Leste de Roraima. Nesse sentido, é relevante compreender como ocorreu a reorganização do processo de trabalho das divisões de atenção à saúde indígena na gestão central em Boa Vista e quais foram os impactos nos indicadores de saúde após a implantação do modelo de nucleação na saúde indígena do Leste de Roraima.

Para responder a essas questões, este estudo tem como objetivo descrever o processo de trabalho da Divisão de Atenção à Saúde Indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena Leste de Roraima, a partir da percepção da equipe de gestores após a implantação do modelo de nucleação da saúde indígena em Roraima, em 2018.

Este estudo é relevante porque investiga como a reorganização do trabalho com a implantação do modelo de nucleação se desenvolveu no Leste de Roraima. Compreender essa mudança é essencial para avaliar a gestão central em Boa Vista e aprimorar indicadores de saúde, orientando práticas mais eficazes e políticas públicas voltadas às necessidades locais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter descritivo e exploratório, delineado a partir de dados obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas com profissionais de nível superior que atuam na função gerencial do Distrito Sanitário Especial Indígena Leste de Roraima (DSEI-Leste). Os núcleos contam com 14 profissionais, responsáveis técnicos (RT), que exercem funções gerenciais, lotados na sede do DSEI-Leste, em Boa Vista, Roraima. Como critérios de inclusão para participar do estudo, os participantes necessitavam ter pelo menos seis meses de experiência em gestão. Assim, 11 (78,5%) profissionais que compõem os 5 núcleos foram selecionados e anuíram em participar de forma livre e esclarecida.

Nesta pesquisa, adotou-se a Análise de Conteúdo como metodologia para a análise dos dados, conforme proposta por Bardin (1977). A técnica selecionada para conduzir o processo analítico, desde as entrevistas até a interpretação dos resultados, foi a análise por unidade temática ou categorial, por ser a mais adequada aos objetivos do estudo. O processo foi realizado de forma rigorosa, iniciando-se pela etapa de pré-análise, na qual o *corpus* foi organizado a partir da sistematização das falas dos participantes. A leitura flutuante permitiu a formulação de hipóteses, objetivos e unidades de registro, contidas em múltiplas unidades de contexto, resultando em categorias prévias nesta fase (Mendes; Miskulin, 2017).

O material pesquisado foi analisado por meio da codificação de seus elementos constitutivos, composto pelo conteúdo das entrevistas transcritas. O manejo desse *corpus* seguiu o seguinte fluxo: recorte das unidades de registro dentro de cada contexto; seleção de regras de contagem (enumeração), em que a frequência foi o critério mais utilizado para criar as unidades de registro; e a escolha de categorias (classificação e agregação).

CARACTERIZAÇÃO DOS NÚCLEOS

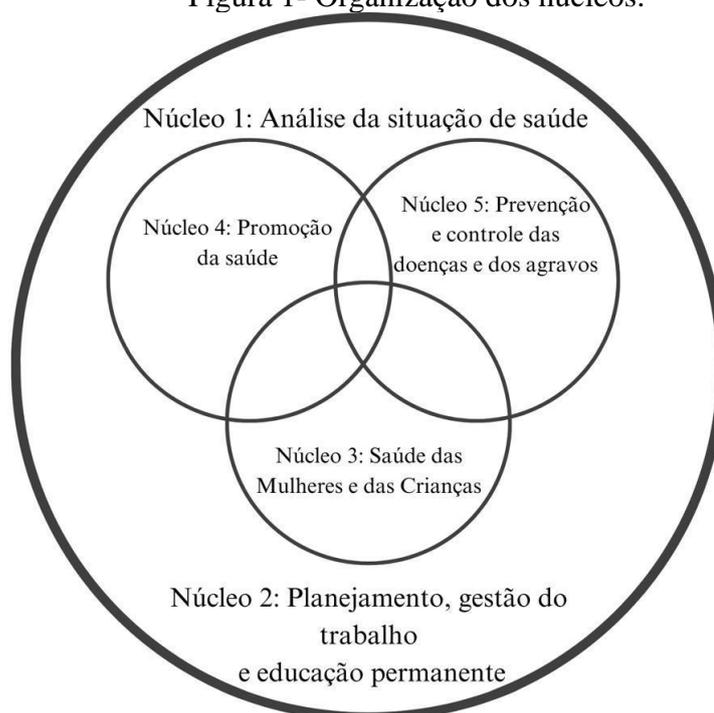
O modelo de nucleação implantado em 2018, por meio da Nota Técnica n.º 17/2018-DIASI/CGAPSI/DASI/SESAI/MS, visa estruturar o trabalho nos distritos indígenas para promover a integralidade das ações de saúde. Isso inclui promoção da saúde, prevenção de agravos, assistência e reabilitação, tudo dentro de um modelo de atenção baseado na vigilância da saúde, conforme os principais componentes desse modelo.

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO DISTRITO LESTE

A Figura 1 apresenta uma disposição em formato de conjuntos, ilustrando a inter-relação entre cinco núcleos, cada uma abordando diferentes aspectos da saúde pública. O círculo externo engloba os dois primeiros núcleos: “Análise da Situação de Saúde” (Núcleo 1) e “Planejamento, Gestão do Trabalho e Educação Permanente” (Núcleo 2). Esses núcleos abrangem temas mais amplos e formam a base para a análise e o planejamento estratégico. A partir deles, os demais núcleos, que lidam com questões mais específicas, são orientados, mostrando que suas intervenções dependem das diretrizes e análises fornecidas por esses dois núcleos centrais para garantir maior eficácia nos processos.

Já os núcleos internos, organizados em um formato de interseção, representam os eixos mais operacionais da estrutura. “Núcleo 4: Promoção da Saúde”, “Núcleo 5: Prevenção e Controle das Doenças e dos Agravos” e “Núcleo 3: Saúde das Mulheres e das Crianças” interagem entre si, demonstrando a complementaridade e interdependência de suas áreas de atuação, conforme indicado na Nota. Essa sobreposição sugere uma colaboração contínua e destaca a necessidade de integração entre políticas e práticas desses núcleos para garantir resultados mais amplos e eficazes em saúde. A disposição conjunta indica que, embora cada núcleo tenha um foco específico, a coordenação entre eles é essencial para enfrentar os desafios de saúde de forma abrangente e integrada.

Figura 1- Organização dos núcleos.



Fonte: Nota Técnica n.º 17/2018 – DIASI/CGAPSI/DASI/SESAI/MS (2018).

O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Leste de Roraima abrange diversas etnias, incluindo Macuxi, Wapichana, Ingarikó, Patamona, Taurepang, Saporá e Wai-Wai. Sua sede está localizada no município de Boa Vista, em Roraima, e a área de atuação atende uma população de 61.145 pessoas, distribuídas em 12.412 famílias (Brasil, 2020).

A jurisdição do DSEI cobre 347 comunidades indígenas, organizadas em 11 etnorregiões que se estendem por 11 municípios. Para assegurar a prestação de serviços de saúde, o distrito conta com 34 polos-base e 8 subpolos, onde operam 57 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), compostas por cerca de 898 profissionais de nível médio e 135 de nível superior. No entanto, o número de profissionais de nível superior é insuficiente para atender de forma adequada uma população tão numerosa e geograficamente dispersa (Brasil, 2020)

A estrutura de saúde da região também inclui 270 Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI), com acesso realizado por três modais – terrestre, aéreo e fluvial – devido à complexidade geográfica e à distribuição das comunidades (Brasil, 2023)

ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa seguiu as diretrizes éticas da Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando a voluntariedade e transparência. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Roraima (UFRR), com o Parecer n.º 6.501.776, confirmando a conformidade com normas éticas para pesquisas com seres humanos.

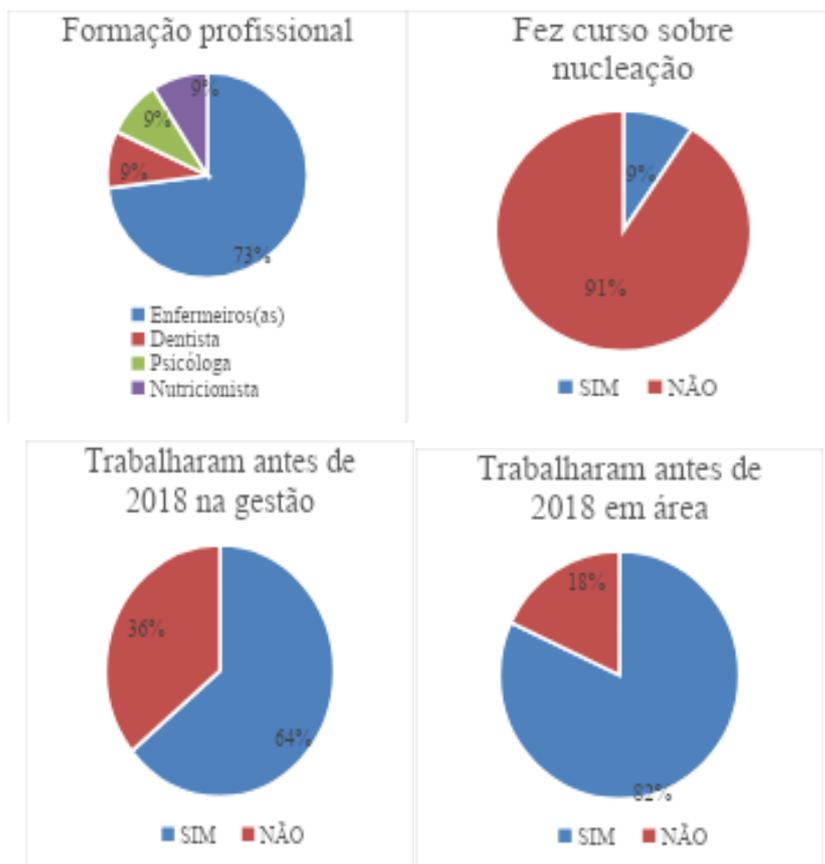
Com o cuidado de garantir o anonimato, os participantes foram identificados como “Entrev. 1”, “Entrev. 2”, “Entrev. 3” e “Entrev. 11”, seguindo a sequência lógica e numérica dos entrevistados. É importante salientar que a ordem dos entrevistados não obedeceu a uma sequência, portanto permutá-las dentro do texto não interferiu na qualidade do conteúdo prestado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este perfil de grupo de estudo descreve uma equipe multiprofissional atuante no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Leste, composta principalmente por profissionais do sexo feminino (73 mulheres e 27 homens), todos brasileiros. A equipe é formada por enfermeiros(as), uma psicóloga, um cirurgião-dentista e uma nutricionista, refletindo a diversidade necessária para atender às demandas específicas do território indígena. O tempo de serviço dos profissionais varia entre 4 e 30 anos em atuação direta no território e entre 4 e 21 anos em cargos de gestão, com uma média de 4 anos de experiência no núcleo atual. Em relação à formação, 73% dos entrevistados são enfermeiros(as), enquanto as outras especialidades – cirurgião-dentista, psicóloga e nutricionista – representam conjuntamente 27% do grupo, consolidando uma equipe diversificada.

Sobre o processo de nucleação, 91% (10) dos entrevistados afirmaram não ter participado de nenhuma capacitação específica, enquanto apenas 9% (1) relataram ter feito um curso sobre o tema. Conforme ilustrado na Figura 2, no que diz respeito à experiência profissional em gestão, a maioria (64%) relatou ter desenvolvido atividades de gestão antes da implantação do núcleo, o que pode ter contribuído para a efetivação desse modelo organizacional. Da mesma forma, a maioria (82%) dos profissionais afirmou ter trabalhado em comunidades indígenas, uma vivência que é importante para a implementação das estratégias de gestão e cuidado propostas pelo modelo de nucleação.

Figura 2 – Dados sociodemográficos sobre o processo de trabalho.



Fonte: Elaboração do autor (2024).

Embora outras categorias tenham emergido durante a análise, optou-se por concentrar o estudo em três temas principais em consonância com seu objetivo. Esses temas foram categorizados e subcategorizados com base nas frequências das unidades de registro contabilizadas no contexto, e a ocorrência (número de vezes que a palavra apareceu em diferentes entrevistas) variou entre 90% (10 entrevistados) e 100%, conforme identificadas nas unidades de registro (palavras repetidas com significado) extraídas manualmente do contexto das falas dos entrevistados.

Tabela 1 – Análise das principais categorias identificadas no estudo.

Categoria	Frequência	Ocorrência/entrevistado	Subcategoria
Recursos Humanos	53	90%	Gestão
			Rotatividade dos Profissionais
Comunicação	41	100%	Trabalho em Equipe
			Fragilidade entre Núcleos
Logística	15	100%	Impacto na Vigilância
			Dificuldades Operacionais

Fonte: Elaboração do autor, 2024

A categoria Recursos Humanos, especialmente no que diz respeito à subcategoria Gestão e Rotatividade dos Profissionais, foi identificada como tema recorrente e interpretada como fragilidade no contexto da proposta de nucleação. Além da rotatividade, os entrevistados destacaram como questão importante o número reduzido de profissionais, tanto na gestão quanto na assistência de saúde em território indígena.

Quase todos os entrevistados associaram a gestão à comunicação, considerando-a tanto um espaço de encontros quanto de fragilidades. No entanto, os participantes interpretam a gestão como uma oportunidade para otimizar as ações de saúde em território indígena:

É válido ter um ponto focal, para atender a população indígena, por exemplo, falar de saúde mental é muito complexo e na população indígena ela se torna muito maior, então a gente vê essa necessidade (Entrev. 5).

O termo “ponto focal” é utilizado como sinônimo de Responsável Técnico (RT) e refere-se aos profissionais que exercem funções de gerenciamento nos núcleos, conforme orientado pela Nota Técnica n.º 17/2018-DIASI/CGAPSI/DASI/SESAI/MS: “A DIASI é uma só, precisa trabalhar de maneira harmônica, integrada e em equipe”. Além disso, essa nota reforça a necessidade da integralidade ao afirmar que os núcleos não são excludentes, pois sua essência é a cooperação para o fortalecimento da gestão e a efetividade das ações em território indígena.

Entretanto, diante dessas orientações, cabe apresentar críticas. Embora o modelo de nucleação proponha a partilha de responsabilidades solidárias, os profissionais que ali atuam ainda preservam resquícios do modelo anterior, estruturando as operações em torno de um ponto focal. Essa configuração compromete a ideia de integralidade promovida pela nota técnica, uma vez que mantém uma dinâmica centralizadora e hierarquizada, em contraste com a proposta colaborativa idealizada.

A associação entre gestão e comunicação para otimizar as ações de saúde no território passa pela retroalimentação dos dados produzidos, que muitas vezes não são compartilhados entre os núcleos, conforme se pode perceber nas falas dos entrevistados a seguir:

Essa relação (comunicação) não é tão próxima, mas existe. Todo dado coletado e toda notificação são inseridos no SIASE, que é o núcleo 1 de gestão das informações (Entrev. 1).

O suporte da nucleação é eficaz quando há harmonização dentro da equipe, seja ela dividida ou não. No entanto, ele se torna ineficaz quando os RTs dentro do próprio núcleo não conseguem se entender, pois isso leva à exclusão de alguns membros, o que dificulta a colaboração. Quando não estou presente, meu colega de núcleo acaba, de certa forma, me cobrindo e resolvendo as questões pendentes. Ele também orienta

quem me procura na minha ausência. No entanto, se não houver comunicação e alinhamento dentro do núcleo, esse suporte perde seu valor (Entrev. 3).

A totalidade dos entrevistados (100%) percebe uma integração entre alguns núcleos. No entanto, a fragilidade está na falta de conexão entre todos eles. A integração efetiva ocorre frequentemente apenas com o Núcleo 1, que, entre outras atividades, é responsável pelo sistema de informação. O Sistema de Informação de Agravos do Subsistema de Saúde Indígena (SIASI) é uma plataforma essencial para a notificação e análise epidemiológica de condições de saúde nas comunidades indígenas. Ele desempenha um papel crucial no fornecimento de dados que fundamentam o planejamento e as intervenções de saúde nesse contexto específico. De acordo com Reis *et al.* (2022), o SIASI não apenas organiza os dados de maneira técnica e eficiente, mas também os transforma em informações úteis para o processo de intervenção, tanto na gestão quanto na execução das ações de saúde no território indígena.

Em relação aos recursos humanos, o contingente de profissionais é insuficiente para suprir adequadamente a demanda em um território geográfica e etnicamente disperso. O DSEI-Leste de Roraima presta assistência à saúde das seguintes etnias: Macuxi, Ingarikó, Taurepang, Patamona, Wai-Wai, Wapichana e Saporá, totalizando aproximadamente 61.145 indígenas dispersos em 347 comunidades (Barroso, 2021; Silva, 2013).

De fato, prestar assistência na perspectiva da atenção primária e atender a outras demandas, como urgências e emergências, revela que o território indígena é um local complexo que exige um quadro de pessoal capacitado e suficiente, além de uma logística refinada, como podemos observar nas falas dos entrevistados:

Atualmente, se os indicadores de saúde não são alcançados, isso se deve principalmente ao fato de nosso território ser muito vasto, além das dificuldades logísticas e da insuficiência de recursos humanos (Entrev. 1).

O quantitativo de profissionais é insuficiente em relação ao território, pois temos mais de 60 mil usuários e muitas localidades de difícil acesso, em regiões remotas. Ainda contamos com poucos profissionais, o que nos impede de atender toda a demanda vinda dessas áreas (Entrev. 7).

A fragilidade está no déficit de profissionais para conseguirmos atuar de forma eficiente. Fazemos o possível para acompanhar cada um dos programas, mas, apesar da equipe ser insuficiente, priorizamos as demandas mais urgentes (Entrev. 9).

As fragilidades do núcleo estão exatamente na interação entre os RTs, principalmente por causa da alta rotatividade. Como um depende do outro, seria possível unificar as ações e atuar de forma integrada. No entanto, se cada RT trabalha isoladamente, dentro de sua própria “caixinha”, acaba-se realizando tarefas semelhantes, o que compromete a eficiência do núcleo (Entrev. 11).

Além das precárias condições das estruturas físicas das unidades de saúde, há a complexidade operacional desse território, somada às dificuldades de aquisição de insumos. Essas condições dificultam a operacionalização da assistência na maioria das comunidades. Ademais, a rotatividade dos profissionais também tem impactos negativos na qualidade das ações de saúde prestadas aos indígenas, conforme afirmam Mendes *et al.* (2018). Corroborando estes últimos, autores como Garnelo (2017), Langdon (2016) e Cardoso (2015) revelam que a falta de vinculação dos profissionais, devido à rotatividade, pode interferir no cuidado diferenciado que considera os aspectos culturais dos povos indígenas. Portanto, a rotatividade emergiu como um tema de grande relevância nas falas dos entrevistados, afetando tanto os profissionais da gestão (RT) quanto as equipes em território indígena.

A gestão foi um tema recorrente, interpretado por todos como ponto central para a funcionalidade eficiente dos núcleos. Embora tenha sido a categoria mais criticada pelos entrevistados, também foi exaltada como uma potencialidade e um elo entre a equipe de saúde no território e os núcleos na sede em Boa Vista.

Apesar de tentarmos explorar o termo “eficiência”, ele não ficou claro, pois os entrevistados ora o traduziam como sinônimo de “trabalham bem” ora como “está melhorando”. Por isso, não foi possível qualificar a gestão em termos avaliativos a partir da percepção dos entrevistados. O cálculo da eficiência é amplamente discutido na literatura, permitindo mensurar o desempenho da gestão dos serviços de saúde. Existem métodos e técnicas de estimativa aplicados para analisar a eficiência da gestão, como destacam Gontijo e Reis (2021).

Segundo Almeida e Viana-Gomes (2024, p. 1), “a comunicação em saúde é um instrumento da literacia em saúde para um melhor acesso, compreensão, avaliação e, sobretudo, uso dos recursos de saúde”. Em nosso estudo, a categoria “comunicação” surge atrelada a múltiplos contextos, principalmente ao acesso aos serviços prestados ao usuário indígena, bem como na perspectiva de avaliação do serviço vinculada à gestão dos núcleos. Esse acesso aos serviços foi interpretado pelo Entrev. 5: “*a fragilidade como eu falei é desse impasse da falta de comunicação e de entender que um programa não pode e não precisa caminhar só, é preciso realmente abraçar um a o outro para gente realmente ter o êxito e atingir a base que são as comunidades*”. Corroborando a fala desse entrevistado, Silva (2013) e Silva *et al.* (2023) relacionam a interprofissionalidade com a integralidade e a resolutividade do cuidado em saúde, destacando a importância da comunicação entre os membros das equipes, como enfatiza o Entrev. 5, quando diz que “*é preciso realmente abraçar uns aos outros*”.

O trabalho em equipe e as fragilidades entre os núcleos (subcategorias) aparecem potencializados em todos os contextos e também estão associados à categoria comunicação. Na configuração da nucleação, o Núcleo 1 é transversal aos demais, pois responde pelo sistema de vigilância, que abrange todas as situações e programas de saúde. Essa característica o define como o grupo de gerentes (RTs), com capilaridade em todos os núcleos e demais setores envolvidos na gestão e na assistência, como a logística e instituições externas de contato. Contudo, novamente a comunicação ressurgiu como fragilidade, conforme observa o Entrev. 10:

O Núcleo 1, nesse modelo de trabalho, funciona basicamente como o ponto central. Não que ele seja mais importante que os demais, mas ele acaba abraçando todos, enquanto os outros não o abraçam da mesma forma, conforme o modelo atual. Por isso, é necessário compreender o processo para que possamos fazer cobranças eficazes e, assim, transformar essas cobranças em indicadores positivos.

A partir das falas de todos os entrevistados, torna-se evidente que há um desencontro entre os núcleos, exceto pelo Núcleo 1, que apresenta inserção nos demais. Os núcleos são formados por multiprofissionais com diversos conhecimentos para atender à diversidade dos problemas de saúde dos indígenas que vivem no leste de Roraima. Portanto, a colaboração interprofissional com capacidade de articulação gera múltiplos conhecimentos na produção de cuidados. Conforme descrevem Kanno *et al.* (2023) e Peduzzi e Agreli (2018), a tipificação, no contexto do SUS, apresenta duas modalidades de colaboração interpessoal: colaboração em equipe e colaboração em rede e com a comunidade. No contexto do DSEI Leste, a produção de cuidados é realizada por diversos caminhos, incluindo o uso de tecnologia, que pode ser interpretado como um arranjo local: “É um núcleo que, particularmente, mantém a comunicação apenas para enviar as escalas pelo WhatsApp e radiofonia” (Entrev. 3). Isso envolve a utilização de aplicativos para resolver questões de saúde, especialmente emergências provenientes das comunidades com conectividade por internet, ou radiofonia nas localidades que possuem esse mecanismo como meio de comunicação de distância mais rápido. Para futuros estudos, é importante investigar os fatores que impedem a plena adesão dos profissionais ao modelo de nucleação na organização da atenção à saúde indígena.

Logística, como categoria, foi um tema transversal nas discussões, associada ao impacto das atividades de vigilância, especialmente devido às dificuldades operacionais impostas pela geografia dos espaços que abrigam comunidades dispersas e remotas, além das condições de trafegabilidade durante o período chuvoso. Por estar presente em todas as ações de saúde no

território, a logística é considerada um setor fundamental para a operacionalização das atividades.

No entanto, a maioria dos entrevistados a percebeu como uma fragilidade significativa no processo de execução das ações de saúde no território. A maioria dos profissionais (81,8%) atribui a melhoria dos indicadores de saúde do DSEI Leste ao processo de nucleação, embora ressaltem críticas quanto à comunicação entre os núcleos. Além disso, todos os entrevistados consideram que a logística está diretamente associada às dificuldades na execução das ações de saúde no território, o que pode impactar negativamente os indicadores. Silva (2021) destaca que as dificuldades geográficas, devido à localização remota e à presença de áreas de floresta, são características comuns nos territórios indígenas, resultando em significativa perda de tempo para locomoção.

Nesse sentido, Garnelo, Sousa e Silva (2017) chamam a atenção para a complexidade dos espaços amazônicos e o reconhecimento das especificidades geográficas, características que precisam ser consideradas na formulação de estratégias de intervenção para a atenção à saúde.

No contexto da saúde rural, Cortes (2023) também aponta que, nesse ambiente, há dificuldades decorrentes das barreiras geográficas, levando muitos pacientes a desistir devido ao longo tempo de espera, o que dificulta o acesso aos serviços de saúde (Arruda *et al.* 2018). Tais aspectos também surgiram nas falas dos entrevistados:

Hoje os indicadores de saúde eles não são alcançados justamente por nosso território ser muito vasto e a nossa logística e nossos recursos humanos também são deficientes (Entrev. 9).

A questão de não se ter uma estrutura, a questão dos insumos que às vezes a gente tem alguma dificuldade logística da região e não consegue realizar nossas ações (Entrev. 8).

Nossa logística e nossos recursos humanos também são deficientes para atender a população em locais que você chega com dificuldade, regiões remotas (Entrev. 7).

Considerando as falas dos entrevistados, de modo geral, é possível afirmar que a comunicação entre os núcleos é percebida como uma fragilidade, especialmente quando associada à logística no território. No entanto, a comunicação entre os núcleos e a equipe em campo foi vista como uma potencialidade, refletindo positivamente nos indicadores de saúde. Os entrevistados associam as dificuldades logísticas às características naturais do território, à infraestrutura precária, à dispersão geográfica das comunidades e ao descompasso entre a

demanda populacional e o contingente de trabalhadores de saúde no DSEI Leste de Roraima. Essas características também foram associadas ao desempenho negativo da vigilância, agravado pela dificuldade de comunicação entre alguns núcleos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na análise apresentada a partir das entrevistas, é possível concluir que, embora a nota técnica proponha um modelo de nucleação que promova a cooperação e a integralidade nas ações em territórios indígenas, na prática ainda se observam desafios na implementação dessa abordagem. A persistência de uma estrutura centrada em pontos focais, característica do modelo anterior, compromete a efetiva integração entre os núcleos e enfraquece a proposta de responsabilidade compartilhada. Outro desdobramento desse cenário se materializa no fato de que algumas áreas temáticas não têm a devida representatividade.

Nesse sentido, a ausência de capacitação específica sobre o modelo de nucleação pode ser um fator determinante para a dificuldade dos profissionais em aderir à nova cultura organizacional. O fato de mais de 90% dos entrevistados não terem participado de treinamentos voltados para esse modelo sugere uma lacuna crítica no processo de implementação. A falta de formação adequada impede que os profissionais compreendam plenamente os princípios e as práticas do modelo de nucleação, o que compromete sua efetiva adoção.

Adicionalmente, a rotatividade de pessoas e as características territoriais e geográficas dos territórios indígenas se apresentam como fatores que ampliam a complexidade da implementação. A alta rotatividade pode prejudicar a continuidade das ações, enquanto as especificidades dos territórios exigem abordagens adaptadas e contextualizadas. Assim, a combinação entre falta de capacitação, rotatividade e desafios geográficos reforça a necessidade de estratégias eficazes para consolidar o modelo proposto, promovendo sua sustentabilidade e impacto positivo nas comunidades atendidas. Portanto, é necessário rever as práticas de gestão e atuação dos profissionais para alinhar melhor o trabalho ao princípio de integralidade defendido na nota técnica, garantindo eficácia das ações em saúde.

O público-alvo do projeto original inclui, além dos responsáveis técnicos (gestores), os profissionais que atuam diretamente no território. No entanto, não foi possível incluí-los nesta fase devido à incompatibilidade entre a escala de serviço e o tempo necessário para concluir a pesquisa, uma vez que a equipe de campo permanece por 30 dias em áreas indígenas. A amostra obtida não foi representativa, o que levou à decisão de excluir esses dados e retomar o estudo

em um momento oportuno. Assim, a pesquisa concentrou-se exclusivamente em profissionais da gestão, deixando de fora trabalhadores da assistência direta.

Portanto, a inclusão dessas perspectivas poderia oferecer uma visão abrangente sobre a implementação do modelo de nucleação. Além disso, embora o artigo explore percepções qualitativas sobre o modelo, faltam indicadores quantitativos que permitam uma avaliação objetiva da eficiência e do impacto das ações realizadas. Essas limitações indicam que futuras pesquisas poderiam ampliar a amostra, incorporar dados quantitativos e adotar metodologias complementares para validar e aprofundar os resultados apresentados.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Cristina Vaz de; VIANA-GOMES, Diego. O poder da comunicação em saúde. **Jornal de Investigação Médica (JIM)**, [s.l.], v. 5, n. 1, p. 01-02, 2024.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROSO, Maria Macedo. Dos organismos às organizações: a estruturação do DSEI Leste Roraima e as mobilizações em torno da saúde indígena. **Políticas antes da Política de Saúde Indígena**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2021.

BRASIL. Portaria n.º 1.801, de 9 de novembro de 2015. Define os Subtipos de Estabelecimentos de Saúde Indígena e estabelece as diretrizes para elaboração de seus projetos arquitetônicos, no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 9 nov. 2015.

BRASIL. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CARDOSO, Marina D. Políticas de Saúde Indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. In. LANGDON, Esther Jean; CARDOSO, Marina D. (orgs.). **Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. p. 83-106.

CORTES, S. M. V.. Saúde rural: desafios e perspectivas para a Atenção Primária no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 139, p. 5-15, 2023.

GARNELO, Luiza. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In. GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia (orgs.). **Saúde indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012. p. 18-59. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf. Acesso em: set. 2018.

GARNELO, Luiza; SOUSA, Amandia Braga Lima; SILVA, Clayton de Oliveira da. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1225-1234, 2017.

GONTIJO, Tiago Silveira; REIS, Ilka Afonso. Os determinantes da eficiência na Atenção Primária à Saúde dos municípios paulistas: um modelo georreferenciado. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310132, 2021.

KANNO, Natália de Paula; PEDUZZI, Marina; GERMANI, Ana Claudia Camargo Gonçalves; DE SOÁREZ, Patrícia Coelho; SILVA, Andréa Tenório Correia da. A colaboração interprofissional na atenção primária à saúde na perspectiva da ciência da implementação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 10, p. e00213322, 2023.

LANGDON, Esther Jean. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas em saúde indígena. In. LANGDON, Esther Jean; GRISOTTI, Márcia (orgs.). **Políticas públicas: reflexões antropológicas**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2016. p. 17-41.

MENDES, Anapaula Martins; LEITE, Maurício Soares; LANGDON, Esther Jean; GRISOTTI, Márcia. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, e184, 2018. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>

MENDES, Rosana Maria; MISKULIN, Rosana Giaretta Sguerra. A análise de conteúdo como uma metodologia. **Cadernos de pesquisa**, v. 47, n. 165, p. 1044-1066, 2017.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloise Fernandes. Trabalho em equipe e prática colaborativa na atenção primária à saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 22, p. 1525-34, 2018.

REIS, Ana Cristina; CASANOVA, Angela Oliveira; CRUZ, Marly Marques da; CUNHA, Maria Luíza Silva; GOMES, Marcelly de Freitas et al. Estudo de avaliabilidade do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena: potencialidades e desafios para apoiar a gestão em saúde no nível local. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 5, 2022.

SILVA, Lielma Carla Chagas da et al. Dimensão técnico-pedagógica na atuação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e da Atenção Básica. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 139, p. 893-904, 2023.

SILVA, Sarlene Moreira da. Gestão da Saúde Indígena no Brasil: os distritos sanitários especiais indígenas/DSEI e o Distrito Leste de Roraima/DSL. **Seminários em Administração**, v. 14, 2013.

SOUSA, Ewellyn Cristina Santos de; CORTES, João Paulo Soares de. Transporte fluvial e desafios no acesso à saúde em comunidades ribeirinhas nas hidrovias Tapajós e Arapiuns. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 20, p. e2009, 2024. DOI: 10.14393/Hygeia2068928. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/68928>. Acesso em: 23 set. 2024.