

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

RIZIOLÉIA MARINA PINHEIRO PINA

**O CUIDADO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA MURA DE
AUTAZES-AMAZONAS: A PERSPECTIVA DAS ENFERMEIRAS DOS
SERVIÇOS**

São Paulo

2017

RIZIOLÉIA MARINA PINHEIRO PINA

**O CUIDADO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA MURA DE
AUTAZES-AMAZONAS: A PERSPECTIVA DAS ENFERMEIRAS DOS
SERVIÇOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interunidades USP – UFAM em Enfermagem na Saúde do Adulto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

Linha de Pesquisa: O Cuidado do Adulto

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vilanice Alves de Araújo Püschel

São Paulo

2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Pina, Rizioléia Marina Pinheiro

O cuidado à saúde da população indígena Mura de Autazes – Amazonas: a perspectiva das enfermeiras dos serviços / Rizioléia Marina Pinheiro Pina. São Paulo, 2017.

164 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Vilanice Alves de Araújo Püschel

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

1. Enfermagem. 2. Cuidado. 3. Saúde indígena. 4. Cultura. I. Título.

Nome: Rizioléia Marina Pinheiro Pina

Título: O Cuidado à saúde da população indígena Mura de Autazes-Amazonas: a perspectiva dos enfermeiros dos serviços

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Orientadora Prof^a. Dr^a. Vilanice Alves de Araújo Püschel

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

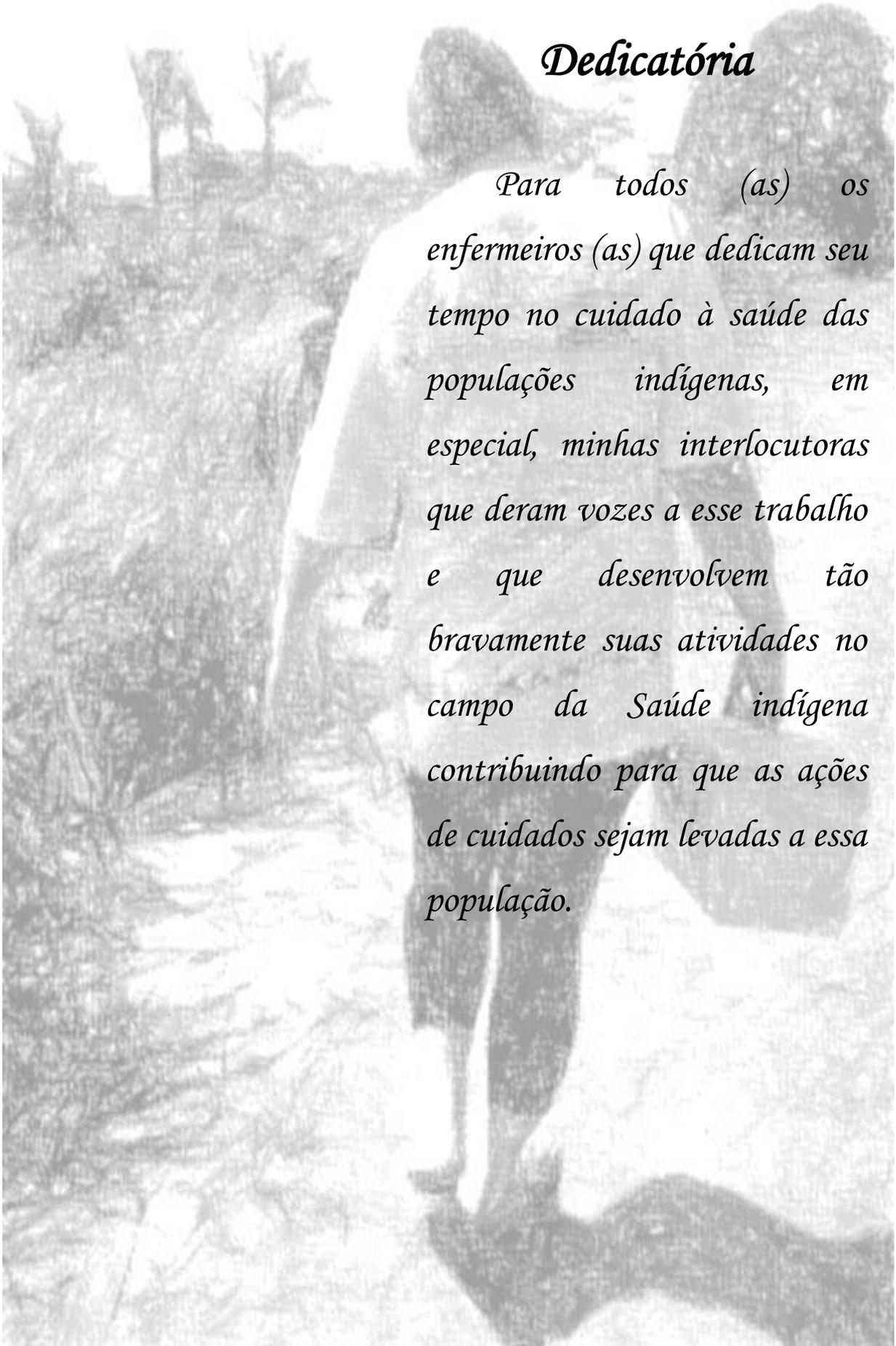
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____



Dedicatória

Para todos (as) os enfermeiros (as) que dedicam seu tempo no cuidado à saúde das populações indígenas, em especial, minhas interlocutoras que deram vozes a esse trabalho e que desenvolvem tão bravamente suas atividades no campo da Saúde indígena contribuindo para que as ações de cuidados sejam levadas a essa população.

Agradecimentos

A Deus pelo seu tão grande amor e cuidado, motivo pelo qual consegui chegar ao final dessa caminhada e pela certeza que em todos os momentos esteve ao meu lado... Obrigada meu grandioso Deus!

A minha mãe Maria da Silva Gomes, que sempre esteve próximo nos momentos difíceis e que nas minhas ausências durante as viagens para coleta de dados ou estágio doutoral ou mesmo pela ausência ainda que estando em casa, mas sem tempo para família, assumiu o papel de Mãe e avó ao mesmo tempo e sempre com muito amor e dedicação. Obrigada mãezinha por cuidar de mim e minha filha em muitos momentos dessa caminhada.

A minha filha Larissa, que sempre compreendeu a minha ausência e sempre foi a minha maior incentivadora, seu sorriso será sempre minha motivação! Essa conquista é nossa!! Obrigada minha pequena.

As minhas irmãs e irmãos, sobrinhos e sobrinhas pelas orações e incentivo em todos os momentos até a concretização deste sonho.

À Profª Drª Vilanice Alves de Araújo Püschel que de maneira tão especial e suave me orientou e conduziu na construção deste trabalho me fazendo acreditar que é possível vislumbrar novos caminhos e me deu a liberdade de buscar conhecimento em outras áreas. Muito obrigada Vila por acreditar na proposta desse trabalho e por me ensinar que ninguém constrói o conhecimento sozinho. Obrigada por permitir que esse trabalho fosse construído com a interlocução de diferentes áreas do conhecimento. Obrigada pela confiança, amizade e imenso carinho a mim direcionado no decorrer dessa caminhada. Serei eternamente grata.

Ao Profº Drº Daniel Scopel pela sua primorosa contribuição no exame de qualificação, e pela maneira tão suave a qual me apresentou os caminhos até então desconhecidos da antropologia da Saúde, sem os quais esse estudo não seria possível. Obrigadas pelos diálogos e reflexões.

A Profª Drª Lavinia por sua importante contribuição no exame de qualificação, e pelos diálogos sobre o trabalho do enfermeiro na saúde indígena, seu empenho e vasta contribuição nessa área me motivam. Obrigada!

Ao Profº Drº Danilo Paiva Ramos pela imensa contribuição para o meu trabalho durante a disciplina "A Escrita etnográfica em questão", obrigada por me apresentar o tão complexo caminho da escrita etnográfica, os quais foram essenciais no direcionamento e escrita desse trabalho.

Aos Amigos (a): Ariana Mendes, Samilva, Martins, Tainá Larissa, Fabiana Moreira, Jaqueline Herondina, Luciana Sena, Lucia Marques e Angela Maria que sempre me ajudaram, orando, acreditando na concretização dessa conquista. Obrigada!

Sergio e Shirley Dias, pelas orações e incentivo durante essa caminhada.

Sineide Santos de Sousa, pelo companheirismo, nos momentos de tensão nessa caminhada e pelas várias interlocuções na escrita desse trabalho.

Diandra; ex-aluna e amiga que muito contribuiu na etapa de finalização deste trabalho.

André Luiz Machado pelas importantes reflexões e interlocuções na construção deste trabalho.

Aos queridos amigos Ana Paula, Zilmar, Alaidistania, Priscila e Deyvylan, por dividirem comigo os momentos de angustias e alegrias. Conviver com vocês em São Paulo me fez suportar a distância da família.

Aos colegas e docentes da escola de enfermagem de Manaus em especial, aos amigos da turma do DINTER,

Não poderia esquecer Roseane e Potiguara, seus filhos Marley e Egle, uma família da etnia Mura que me acolheram em sua casa e com os quais tive agradáveis conversas e momentos de descontração enquanto estava longe de casa. Obrigada pelo acolhimento tão caloroso em todo o período do trabalho de campo em Autazes. Obrigada queridos por tamanha generosidade.

À Toda Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena em especial, as enfermeiras dos Polos-Base e do Hospital de Autazes, sem suas interlocuções esse trabalho não existiria.

Aos docentes, funcionários e coordenação do Programa de Pós-graduação de em Enfermagem na Saúde do Adulto (PROESA), pela disposição, atenção e colaboração. Meu muito Obrigada!

À Prof^a Dr^a Nair Chasse, que não mediu esforços na realização do sonho chamado DINTER. E com tamanha dedicação fez o sonho se tornar realidade.

A Universidade Federal do Amazonas e Escola de Enfermagem de Manaus pelo apoio e incentivo dispensados durante a realização deste trabalho.

“Ora, o seu Deus lhe dá toda orientação necessária e lhe ensina o caminho” Isaías 28:26

(Bíblia King James Atualizada)

Pina RMP. O Cuidado à Saúde da População Indígena Mura de Autazes-Amazonas: A perspectiva das enfermeiras dos serviços [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2017.

RESUMO

Introdução: A pesquisa analisa em uma perspectiva etnográfica o cotidiano de cuidado de enfermeiras à população indígena Mura do município de Autazes-Amazonas. **Objetivo:** Analisar a perspectiva das enfermeiras sobre o cuidado à saúde da população indígena Mura do município de Autazes-Amazonas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo etnográfico, realizado com dez enfermeiras que atuavam no cuidado à população indígena Mura no Município de Autazes, nos cenários do Hospital de Autazes e dos Polos-Base das aldeias de Pantaleão e Murutinga. O trabalho de campo foi realizado no período de agosto de 2015 a janeiro de 2016, sendo coletados os dados por meio da observação participante, com anotação sistemática em diário de campo, e de entrevistas semi-estruturadas, seguindo um roteiro com aspectos relacionados ao perfil das participantes e perguntas voltadas ao conhecimento sobre saúde indígena, experiência do cuidar do indígena e formação do enfermeiro para atuação em contexto indígena. A coleta e a análise de dados foram realizadas concomitantemente durante toda a realização do trabalho de campo, que foram agregados em temas, elaborados com base nas observações de campo e nos dados das entrevistas, sendo discutidos segundo o referencial da antropologia da saúde, das Políticas de Saúde Indígena, dos conceitos de cuidar/cuidado em um sentido mais amplo no campo da Enfermagem e, em particular, na perspectiva do cuidado transcultural. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de São Paulo. **Resultados:** Foram elencados seis temas que discorrem sobre os cuidados de enfermagem à saúde indígena, envolvendo os desafios e as dificuldades vivenciadas pelas participantes do estudo. Os temas que emergiram foram: Práticas de cuidado de enfermeiras à população indígena Mura de Autazes; O contexto hospitalar e o cuidar do indígena Mura; Cuidados diferenciados e atenção diferenciada: entre modos de olhar e de cuidar da população indígena Mura; Aspectos culturais que envolvem o cuidado ao indígena Mura: dificuldades e desafios para enfermeiras; Fragilidades estruturais dos serviços: dificuldades e desafios para as ações de saúde junto à população indígena e Fragilidades na formação do enfermeiro para atuação em contexto intercultural. **Conclusão:** Os resultados revelam a necessidade premente de mudanças estruturais no processo de trabalho e melhores condições para realização das ações de cuidados da enfermeira à população indígena; de formação continuada que contemple as especificidades culturais da população indígena; de ação interdisciplinar que promova o diálogo entre saúde, antropologia e cuidado transcultural para minimizar atitudes etnocêntricas dos profissionais de saúde à população assistida no contexto investigado. Recomenda-se fortemente que as Instituições de Ensino Superior em regiões geográficas com população indígena reorientem seus currículos para a formação do enfermeiro para atuar em contexto intercultural e com competências para prestar atenção diferenciada à população indígena. Novas pesquisas precisam ser desenvolvidas para preencher lacunas nessa área de conhecimento.

Palavras-chave: Enfermagem, Cuidado, Saúde Indígena, Cultura.

Pina RMP. Health Care of Indigenous Population Mura de Autazes-Amazonas: The Nurses' Perspective of Services [Thesis]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2017.

ABSTRACT

Introduction: The research analyzes, from an ethnographic perspective, the daily care of nurses to the indigenous Mura population of the municipality of Autazes-Amazonas. **Objective:** To analyze the nurses' perspective on the health care of the indigenous Mura population of the municipality of Autazes-Amazonas. **Method:** This is an ethnographic study carried out with ten nurses who worked in the care of the indigenous Mura population in the municipality of Autazes, in the settings of the Hospital of Autazes and the Base Poles of the villages of Pantaleão and Murutinga. Field work was carried out from August 2015 to January 2016, and data were collected through participant observation, with systematic annotation in field diaries, and semi-structured interviews, following a script with aspects related to the profile of the participants and questions related to knowledge about indigenous health, indigenous care experience, and nurse training to work in an indigenous context. Data collection and analysis were performed concomitantly throughout the field work. Data were aggregated into themes, elaborated based on field observations and interview data, discussed according to the anthropology of health, the Indigenous Health Policies, the concepts of care/caring in a broader sense in the field of Nursing and, in particular, from the perspective of cross-cultural care. The research was approved by the Research Ethics Committee of the School of Nursing of São Paulo. **Results:** Six themes were named that discuss nursing care for indigenous health, involving the challenges and difficulties experienced by the study participants. Themes that emerged were: Practices of care of nurses to the indigenous population Mura de Autazes; The hospital context and the care of the indigenous Mura; Differentiated care and differentiated attention: between ways of looking and caring for the indigenous Mura population; Cultural aspects that involve care for the indigenous Mura: difficulties and challenges for nurses; Structural weaknesses of services: difficulties and challenges for health actions with the indigenous population and Fragilities in the training of nurses to work in an intercultural context. **Conclusion:** The results reveal the urgent need for structural changes in the work process and better conditions for carrying out nursing care actions to the indigenous population; Continuing education that contemplates the cultural specificities of the indigenous population; Interdisciplinary action that promotes the dialogue between health, anthropology and transcultural care to minimize ethnocentric attitudes of health professionals to the population assisted in the investigated context. It is strongly recommended that Higher Education Institutions in geographic regions with indigenous populations reorient their curricula to the training of nurses to act in an intercultural context and with competencies to give differentiated attention to the indigenous population. New researches need to be developed to fill gaps in this area of knowledge.

Keywords: Nursing, Care, Indigenous Health, Culture.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo de Gestão do Subsistema de Saúde	50
Figura 2 - Mapa do Brasil com a localização dos DSEIs	51
Figura 3 - Organização do DSEI e modelo de assistência	52
Figura 4 - Diário de Campo da Pesquisadora.....	60
Figura 5 - Itinerário de viagem: Manaus-Autazes, Manaus- Aldeia Murutinga	61
Figura 6 - Mapa do DSEI Manaus	69
Figura 7 - Polo-Base Pantaleão, Autazes.....	70
Figura 8 - Polo-Base da Aldeia de Murutinga	72
Figura 9 - Hospital de Autazes	75
Figura 10 - Fluxograma de atendimento à população indígena no Polo Base da Aldeia Pantaleão	125
Figura 11 - Fluxograma de atendimento à população indígena no Polo Base de Murutinga	126

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Perfil das Enfermeiras atuantes no território indígena Mura-Autazes, Am.	82
Quadro 2 - Caracterização das interlocutoras.	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de indígenas cadastrados nos Polos-Base de Pantaleão e Murutinga, Autazes, 2013.	74
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS

AIS	Agente indígena de Saúde
AM	Amazonas
CASAI	Casa de Apoio Indígena
CEASA	Centro estadual de abastecimento
DSEI	Distrito Sanitário especial
EMSI	Equipe multidisciplinar de saúde indígena
EVS	Equipes Volantes de Saúde
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento e hipertensão e diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não governamental
PA	Pressão Arterial
PB	Polo-Base
PCCU	Prevenção de Câncer do Colo Uterino
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SIASI	Sistema de Informação de Atenção da Saúde Indígena
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional
SPI	Serviço de Proteção ao Índio

SUS	Sistema Único de Saúde
SUSAM	Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	OBJETIVOS	28
2.1	GERAL	28
2.2	ESPECÍFICOS	28
3	REVISÃO DE LITERATURA	30
4	REFERENCIAL TEÓRICO	37
4.1	A ANTROPOLOGIA DA SAÚDE	37
4.2	PANORAMA DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL	44
4.2.1	<i>Aspectos históricos da Saúde Indígena</i>	44
4.2.2	<i>O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI)</i>	47
4.3	O CUIDADO E O CUIDAR EM ENFERMAGEM	53
4.3.1	<i>O cuidado na perspectiva cultural</i>	55
5	CAMINHO METODOLÓGICO	60
5.1	ITINERÁRIO PARA ACESSO AOS CENÁRIOS DO ESTUDO	61
5.2	O TRABALHO DE CAMPO	63
5.3	O CONTEXTO SOCIAL DO CAMPO DE ESTUDO	68
5.3.1	<i>Os cenários</i>	68
5.3.2	<i>Caracterização do Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus</i>	69
5.3.3	<i>Polo-Base da Aldeia Pantaleão</i>	70
5.3.4	<i>Polo-Base da Aldeia de Murutinga</i>	72
5.3.5	<i>O hospital</i>	75
5.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	76
5.5	ANÁLISE DOS DADOS	77
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	80
6.1	O PROCESSO ETNOGRÁFICO	80
6.2	APRESENTAÇÃO DAS INTERLOCUTORAS	80
6.3	APRESENTAÇÃO DOS TEMAS	89
6.4	PRÁTICAS DE CUIDADO DE ENFERMEIRAS À POPULAÇÃO INDÍGENA MURA DE AUTAZES	89
6.4.1	<i>Atribuições do enfermeiro no contexto das Terras Indígenas Mura</i>	89
6.4.2	<i>O cotidiano e as práticas de cuidado</i>	93
6.4.3	<i>As Consultas de enfermagem nas Terras Indígenas Mura</i>	97
6.4.4	<i>Visita domiciliar em Terras Indígenas Mura</i>	100
6.4.5	<i>As atividades educativas</i>	103
6.5	O CONTEXTO HOSPITALAR E O CUIDAR DO INDÍGENA MURA	107
6.6	CUIDADOS DIFERENCIADOS E ATENÇÃO DIFERENCIADA: ENTRE MODOS DE OLHAR E DE CUIDAR DA POPULAÇÃO INDÍGENA MURA	111
6.7	ASPECTOS CULTURAIS QUE ENVOLVEM O CUIDADO AO INDÍGENA MURA: DIFICULDADES E DESAFIOS PARA AS ENFERMEIRAS	113
6.8	FRAGILIDADES ESTRUTURAIS DOS SERVIÇOS: DIFICULDADES E DESAFIOS PARA AS AÇÕES DE SAÚDE JUNTO À POPULAÇÃO INDÍGENA	118

6.8.1	<i>Fluxo de atendimento e assistência à saúde indígena: a realidade vivenciada por profissionais em Terras indígenas Mura.</i>	119
6.8.2	<i>Assistência à Saúde indígena: a dificuldade de interlocução entre os Serviços de Saúde.</i>	127
6.9	FRAGILIDADES NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA ATUAÇÃO EM CONTEXTO INTERCULTURAL	130
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	136
7.1	RECOMENDAÇÕES	139
8	REFERÊNCIAS	143
	APÊNDICES	155
	ANEXOS	158

1. Introdução

A decorative flourish consisting of a horizontal line with elegant, symmetrical scrollwork at both ends, positioned below the title.

1 INTRODUÇÃO

A tese analisa, em uma perspectiva etnográfica, as práticas de cuidado prestadas por enfermeiras à população indígena Mura em um hospital público do Município de Autazes, interior do Amazonas, e em dois Polos-Base localizados nas áreas urbana e rural deste município.

Os Muras são encontrados na área “Amazônia Centro-Meridional”; ocupam o complexo hídrico dos rios Madeira, Solimões e Purus; vivem tanto em terras indígenas quanto nos centros urbanos regionais, como Manaus, Autazes e Borba. Têm uma população com cerca de 17.296 indígenas, distribuída em mais de 40 Terras indígenas(Tis)⁽¹⁾.

A motivação e o interesse pelo objeto de estudo surgiram durante minha atuação como docente de graduação em Enfermagem em aulas práticas em ambiente hospitalar, onde corriqueiramente presenciava e muito me inquietava o modo como os profissionais desenvolviam o cuidado ao indígena, caracterizado por atitudes ora paternalistas, ora autoritárias. Por ser docente e enfermeira com formação generalista com base no paradigma positivista, afligia-me não saber como conduzir as situações que surgiam devido às diferenças culturais. Indivíduos etnicamente diferentes eram tratados como iguais, em desacordo com a Constituição Federal de 1988⁽²⁾ e à diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), no que tange à equidade.

No intuito de buscar respostas às minhas inquietações comecei a refletir sobre a importância de cuidados de enfermagem congruentes às questões culturais da população indígena, haja vista se tratar de uma população que necessitava de um olhar atento às suas especificidades. Sendo o Amazonas o Estado com maior proporção de indígenas do país, com destaque para alguns municípios como São Gabriel da Cachoeira e Santa Isabel do Rio Negro, que contam com mais de 90% de sua população que se autodeclara indígena⁽³⁾, é comum encontrar indígenas nos serviços de saúde, sendo premente a necessidade de profissionais preparados para atuar em contexto intercultural e que considere a diferença étnica no planejamento das ações de saúde.

Nesse sentido, buscar conhecimento sobre as populações indígenas, fazer uma interlocução com outras áreas de conhecimento como a antropologia, estranhar

o que me era familiar, como os cuidados de enfermagem ofertados aos não índios, seria o ponto de partida para buscar respostas aos meus questionamentos.

No Brasil, os dados sobre as populações indígenas vêm demonstrando que, de um total de cinco milhões estimado no início da colonização, essas populações sofreram drásticas reduções no decorrer dos séculos, em virtude do acometimento por doenças levadas pelos não índios, dos conflitos com colonizadores, das epidemias, da escravidão, da exploração do território e da imposição religiosa, concorrendo para rápida diminuição da população e depreciação da cultura indígena, aliados ao processo de disputas por terra, que ocorrem até os dias atuais⁽⁴⁾.

Conforme censo do IBGE⁽³⁾ de 2010, 896.917 mil pessoas se autodeclararam indígenas, ocorrendo nas últimas décadas a chamada “revolução demográfica” das populações indígenas. Os povos indígenas aparecem constituídos por 305 grupos étnicos, falantes de 274 idiomas. Dessa população, 36,2% residem em área urbana e 63,8% na área rural, ocupando em torno de 12,5% do território nacional.

Apesar da expressividade dessa população no Brasil, os órgãos indigenistas responsáveis por essas populações não garantiam o direito às questões territoriais, étnicas, culturais e de saúde. Nesse sentido, houve sucessivas transições de responsabilidade pela gestão da população indígena entre os órgãos indigenistas. Na saúde, enfrentaram problemas relacionados à ausência de recursos financeiros e técnicos para a realização das ações de saúde o que resultou em má qualidade da assistência ofertada nas aldeias⁽⁵⁾.

Tal contexto foi modificado pela Constituição de 1988, que reconheceu os direitos dos povos indígenas às suas terras, às políticas sociais diferenciadas e adequadas às suas especificidades, à auto-representação jurídico-política e à preservação de suas línguas e culturas. Outro avanço significativo foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que passou a oferecer acesso gratuito aos serviços de saúde a toda população, regido pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Para Garnelo⁽⁶⁾, a Constituição de 1988 trouxe ganhos inegáveis à população indígena, porém a saúde dessa população não se configurava como prioridade para o SUS, haja vista a gestão da saúde indígena permanecer sob a responsabilidade dos órgãos indigenistas. Além disso, a autora aponta como influência negativa para a saúde indígena a tendência do SUS em priorizar ações de saúde voltadas às áreas urbanas.

Nesse sentido, o reconhecimento do modo de vida indígena e suas peculiaridades, a falta de preparo do SUS para dar respostas às demandas indígenas, aliados às reivindicações dessa população, culminou na proposta de criação de um Subsistema de Saúde específico para a população indígena, criado em 1999 pela lei 9.836, conhecida como Lei Arouca⁽⁵⁾.

A implantação oficial do Subsistema de Saúde Indígena, organizado em Distritos Sanitários Especial Indígena (DSEI), caracteriza-se como uma rede interconectada de serviços de saúde com capacidade para ofertar cuidados de atenção primária, adequados às necessidades sanitárias da maioria da população. São 34 DSEIs distribuídos por todo o território nacional⁽⁶⁾.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), criada para garantir às populações indígenas o acesso à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contempla a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde⁽⁷⁾.

Apesar dos DSEIs terem sido implantados em 1999 e a PNASPI ter sido regulamentada em 2002, observa-se a inexistência de monitoramento e avaliação sistemática das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas. Essa afirmação também foi apontada por Langdon e Garnelo⁽⁸⁾, quando estas observam a ausência de estudos com ênfase nos “métodos e práticas que ali têm sido desenvolvidos e sobre a eficácia e resolutividade dessas ações”. Outro aspecto importante, ressaltado pelas autoras, é a inexistência de avaliação adequada dos cursos de formação continuada, ofertados aos profissionais dos distritos sanitários, que deveriam preparar esses profissionais para atuar em situações interculturais.

Estudo que analisou a capacitação de enfermeiros que atuavam na Saúde Indígena no contexto do DSEI/Manaus, mostrou que apesar do preparo ser voltado para profissionais de área indígena, o enfoque principal estava na implementação e desenvolvimento das ações de saúde para a execução de programas de saúde em área indígena e que conteúdos como antropologia, relação interpessoal profissional/indígena e diversidade étnica eram pouco abordados e, por vezes, inexistentes em algumas capacitações. Essa mesma autora aponta a descontinuidade dessas capacitações como prejudicial para a eficácia dessas atividades⁽⁹⁾.

Portanto, a ausência ou descontinuidade de formação continuada dos profissionais para atuação em área indígena reflete de forma negativa na oferta de

cuidados a essa população que mesmo com a existência de um Subsistema de saúde específico para atender as demandas etnicamente diferenciadas, ainda se observa que a assistência prestada a essa população é desenvolvida, na maioria das vezes, com base no modelo destinado aos não índios dos centros urbanos, o que impossibilita atender às reais necessidades dessa população, cujas práticas devem ser planejadas para dar respostas às demandas locais.

Como o quantitativo populacional de indígenas no Estado do Amazonas é bastante expressivo, entende-se que a ausência de conhecimento específico sobre a população indígena, suas especificidades, sua visão de mundo, sua compreensão sobre o processo saúde-doença-cura, bem como a falta de preparo específico dos profissionais voltado às questões étnicas e culturais dessa população, dificulta, consideravelmente, a atuação do enfermeiro em contexto intercultural, afetando a oferta de cuidados.

Considera-se que atenção especial deve ser dada aos aspectos étnicos, antropológicos, culturais, sociais, geográficos e epidemiológicos que, direta ou indiretamente, envolvem a saúde das populações indígenas.

Com esse panorama, é esperado que o sistema de saúde no Amazonas e as Instituições de Ensino Superior que oferecem cursos na área da saúde, em particular no curso de Enfermagem, estejam preparados para atuar frente às necessidades de saúde dessa população, bem como formar profissionais para atuação nesses contextos.

O enfermeiro tem importante papel nas equipes de saúde que atuam em área indígena. Porém, sua atuação é cercada por inúmeros desafios, tais como: superação do choque cultural por meio de desconstrução e construção de novos conceitos, criação de estratégias de abordagem ao indígena e que sejam compatíveis com as necessidades de saúde dessa população, considerando seus saberes e seus valores culturais.

Portanto, para a atuação desse profissional na saúde indígena, é essencial o conhecimento da realidade local e da população que será assistida; a compreensão do processo saúde-doença de forma ampliada, incluindo o aspecto étnico-cultural; a capacidade para atuar na atenção básica na saúde indígena; a identificação de fatores de risco para atuar de forma preventiva, além de considerar as dificuldades para compreender as lideranças indígenas e buscar estratégias para minimizar essas dificuldades⁽¹⁰⁾.

Nesta perspectiva, na formação do enfermeiro, o ensino da saúde indígena deve ser centrado na busca de respostas às demandas de saúde das populações indígenas, além de favorecer a formação crítica e reflexiva sobre os cuidados direcionados a essas populações, com vistas a promover um cuidado que considere as particularidades inerentes às questões culturais e étnicas.

No contexto brasileiro, os cuidados de enfermagem destinados à população indígena têm sido desenvolvidos por profissionais com formação generalista, pautada no modelo biomédico, centrado nas necessidades biológicas, que priorizam ações de saúde normatizadas em protocolos e manuais. Ressalta-se que o cuidado humano implica uma relação interpessoal, permeada por atitudes que considerem as peculiaridades de quem está sendo cuidado⁽¹¹⁾.

O modelo biomédico refere-se à epistemologia e às práticas que embasam a medicina oficial. Sendo esse sistema também identificado como “medicina científica”, tendo como paradigma principal o modelo biológico do corpo como base do processo saúde e doença, sendo visto como independente dos contextos sociais e culturais⁽¹²⁾.

O modelo biomédico é definido por Capra⁽¹³⁾ (p 116), como:

O corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enfiado.

Para Seabra⁽¹⁴⁾, o modelo cartesiano é a base das concepções dos fundamentos metodológico-mecanicista e distinção corpo-mente, tendo como manifestação um corpo biologizado exaurido de sua dimensão intrapsíquica e interpessoal.

O Relatório Flexner de 1910 é considerado um marco conceitual para conduzir o ensino e a organização da biomedicina, que foi motivado pela baixa qualidade da formação dos médicos e pelo uso de terapêuticas ineficientes com o propósito de nortear uma formação científica sólida para a medicina nos Estados Unidos. Esse se expandiu para o mundo, inclusive para o Brasil, e determinou, por meio de seus elementos estruturais, profundas transformações nas práticas em saúde. O modelo biomédico assumiu o mecanicismo, o biologismo, o individualismo, a especialização, a exclusão de práticas alternativas, a tecnificação do cuidado à saúde e a ênfase na prática curativa Mendes^(15,16,17).

Para Pagliosa e Da Ros⁽¹⁸⁾ (p.495) o Relatório de Flexner

Se por um lado – para o bem - permitiu reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas médicas, por outro – para o mal -, desencadeou um processo terrível de extirpação de todas as propostas de atenção em saúde que não professassem o modelo proposto.

Os autores⁽¹⁸⁾ julgam que o valor do relatório de Flexner é “a busca da excelência na preparação dos futuros médicos, introduzindo uma salutar racionalidade científica, para o contexto da época”. Entretanto, ao desconsiderar outros fatores que interferem na educação médica, no desempenho profissional e na organização dos serviços de saúde, o modelo biomédico torna-se ineficiente para atender as necessidades de saúde da população, haja vista que o “trabalho multiprofissional e os conhecimentos interdisciplinares se fazem necessários para enfrentar as complexas necessidades das pessoas e comunidades”, e ainda, que as matrizes curriculares tradicionais merecem novas construções, assim como os cenários e as estratégias de ensino-aprendizagem, baseados na competência profissional pretendida para dar conta das demandas da saúde da atualidade.

As bases da formação médica, assim como o modelo biomédico, influenciaram sobremaneira os cursos de saúde e, em particular, o de enfermagem, dessa forma, a ênfase na formação é voltada para atuação no âmbito hospitalar e, portanto, na assistência curativa⁽¹⁹⁾.

Embora o histórico da saúde indígena no Brasil aponte avanços no que concerne à regulamentação das políticas públicas, com significativas mudanças para a saúde dessa população, ainda é identificada a falta de conhecimento dos profissionais de saúde quanto ao reconhecimento de que essa população necessita de um olhar que transcenda a visão biologicista e de ações de saúde que garantam os direitos conquistados, os quais conferem a essa população atenção à saúde diferenciada.

Neste estudo, é reconhecida a relevância dos enfermeiros para a consolidação dessas políticas, devendo esse profissional buscar conhecimento sobre os direitos dos indígenas, além de compreender que a equipe de enfermagem tem função central no planejamento, organização e implementação de uma atenção diferenciada a essa população.

A PNASPI fundamenta-se em três princípios, nos quais se amparam o modelo de atenção diferenciada, a saber: Primeiro, considerar as especificidades culturais,

epidemiológicas e operacionais; Segundo, sustentar a proposição de que, para a organização do modelo, deve considerar os sistemas de representações, valores e tratamentos dos povos indígenas, bem como buscar os especialistas da área indígena e formar os profissionais de saúde para o contexto intercultural; e Terceiro, promover a participação das lideranças e organizações indígenas no planejamento das ações de saúde, na gestão do Sistema de Saúde Indígena, por meio de conselhos e conferências⁽⁷⁾.

Diante dessas considerações e somadas às minhas inquietações sobre os modos de cuidar da população indígena, realizados por enfermeiras em contexto hospitalar, desenvolvi uma aproximação com a realidade concreta das práticas de cuidado realizadas por profissionais nos cenários escolhidos para realização desse estudo.

Nesse sentido, tomava como pressuposto que os enfermeiros devem refletir constantemente sobre os aspectos culturais envolvidos no encontro entre duas culturas distintas, a cultura do profissional de saúde e a cultura indígena.

Na Enfermagem, a abordagem cultural, com vistas a compreender os aspectos relacionados aos cuidados, foi largamente difundida com estudos e imersão no campo da antropologia, com a *Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural*, desenvolvida por Leininger, e publicada em 1991. Para a autora, culturas diferentes percebem, conhecem e praticam o cuidado de diferentes maneiras, embora ela reconheça que existam cuidados universais⁽²⁰⁾.

Diante disso, foi estabelecido como objeto de estudo “as práticas de cuidados do enfermeiro à população indígena Mura de Autazes”, justificado pelo crescimento da população indígena, sua expressividade, em termos quantitativos na região Norte do país, e, mais especificamente, no Amazonas, bem como a constante presença desta população nas instituições de saúde. O modo como os cuidados são realizados nesses contextos, motivaram-me a buscar respostas para a seguinte questão norteadora deste estudo: “*Como são realizadas as práticas de cuidado do enfermeiro à população indígena Mura do Município de Autazes?*”

A escolha por refletir sobre as práticas de cuidado dos enfermeiros que atuam especificamente com a etnia Mura, deu-se por esta ser a maior etnia em termos quantitativos, atendida pelo DSEI/Manaus, representada por 68,32% da população indígena atendida por esse DSEI, registrada no ano de 2013. A escolha pelo município

de Autazes se deu pela expressiva quantidade de indígenas desta etnia neste município⁽¹⁾.

A etnia Mura, ao longo da história de contato com o não índio, sofreu diversos estigmas, massacres e perdas demográficas, linguísticas e culturais. Atualmente, os indígenas dessa etnia, residentes na região urbana e rural do município de Autazes são falantes do português. Os Mura reafirmam a consciência de um complexo histórico vivenciado por eles para manter a identidade. Porém, a sociedade regional constantemente questiona se os Mura seriam “índios de verdade”⁽²¹⁾.

Vale ressaltar que a pesquisa ora proposta vai ao encontro das prioridades da Agenda Nacional de Pesquisa em Saúde, que aponta a necessidade de estudos sobre as práticas de atenção à saúde dos povos indígenas, no nível local, analisando as relações entre profissionais de saúde, incluindo a equipe de saúde indígena e os usuários e de estudos sobre formação e recrutamento de recursos humanos para saúde indígena⁽²²⁾.

É importante compreendermos como se dão as práticas de cuidado às populações indígenas com vistas a contribuir significativamente para a formação do enfermeiro e para a modificação e implementação de práticas de cuidado de enfermagem e de políticas públicas que promovam ações de saúde mais efetivas e, conseqüentemente, melhores condições de saúde à população indígena.

Pretende-se, com este estudo, oferecer subsídios para o ensino da saúde indígena nas Instituições de Ensino Superior, especialmente nas regiões geográficas com maior população indígena; para a prática dos profissionais de enfermagem dirigidos à população indígena; para a pesquisa em enfermagem no âmbito da Saúde indígena e para a população indígena propriamente dita que se beneficiará de um cuidado diferenciado.

Na academia, pretende-se fomentar o pensamento crítico-reflexivo de docentes e de discentes sobre a realidade do enfermeiro na assistência ao indígena, e dessa forma, fortalecer o ensino da saúde indígena nos cursos de graduação e de pós-graduação em enfermagem, com a intenção de formar profissionais com conhecimentos, habilidades e atitudes, com visão crítica e reflexiva sobre as práticas de cuidado das populações etnicamente diferenciadas.

Na prática dos profissionais de enfermagem, pretende-se colaborar significativamente para o aperfeiçoamento da competência cultural para a modificação

e implementação de cuidados com vistas a torná-los congruentes com as reais necessidades de saúde da população indígena.

Na área social, poderá beneficiar a população indígena por meio da oferta de cuidados que considerem os aspectos socioculturais dessa população, além de embasar e reorientar práticas de saúde e políticas públicas que promovam ações de saúde mais efetivas e que respondam às demandas dessa população.

Pretende-se, ainda, oferecer subsídios para a pesquisa em enfermagem, além de contribuir para o incremento da produção científica na atenção à saúde indígena no Amazonas, haja vista a escassez de estudos sobre cuidados de enfermagem no âmbito da saúde indígena.

2. Objetivos



2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- ✓ Analisar a perspectiva dos enfermeiros sobre o cuidado à saúde da população indígena Mura do município de Autazes.

2.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar o perfil dos enfermeiros participantes da pesquisa quanto sexo, idade, tempo de formação, titulação, formação específica e experiência profissional na área da Saúde Indígena, cargo ou função.
- ✓ Compreender como se dão as práticas de cuidado de enfermagem à população indígena Mura nas unidades de saúde das aldeias Pantaleão e Murutinga, bem como na Unidade Hospitalar do município de Autazes.
- ✓ Identificar os desafios e dificuldades enfrentados pelos enfermeiros para atuação profissional nos serviços de saúde que cuidam da população indígena Mura no município de Autazes.

3. Revisão de Literatura

A decorative flourish consisting of a horizontal line with elegant, symmetrical scrollwork at both ends, positioned below the section header.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O presente capítulo, não tem a pretensão de fazer uma revisão exaustiva da literatura, porém trazer um panorama das produções científicas no campo da saúde indígena no Brasil, mais especificamente na área da enfermagem.

De modo geral, a grande produção científica voltada à população indígena é decorrente da área das ciências sociais. Quando se trata da saúde indígena as pesquisas decorrentes da área das ciências sociais têm despontado, porém são recentes e incipientes. Teixeira e Silva⁽²³⁾ chamam atenção para as produções científicas na saúde indígena, que são realizadas, predominantemente, em programas de pós-graduação, nos quais a antropologia aparece de forma transversal, entretanto, é na saúde pública que há maior produção de conhecimento. Referem ainda que a tendência por uma abordagem interdisciplinar e a articulação entre pesquisadores e profissionais de saúde tem contribuído para o avanço nas pesquisas em saúde indígena⁽²³⁾.

Nessa perspectiva, pesquisadores do Instituto Leônidas & Maria Deane (Fiocruz Amazônia) vêm desenvolvendo pesquisa no campo da saúde indígena em seu Programa de Pós-Graduação com uma linha de pesquisa que contempla a Saúde das populações indígenas.

Dentre as pesquisas desenvolvidas pela Fiocruz Amazônia, destacamos os estudos de Souza e Garnelo⁽²⁴⁾ que realizaram uma revisão de conceitos utilizados nas pesquisas nacionais sobre o uso de álcool por populações indígenas em que ficou evidenciado o uso indiscriminado da noção de alcoolismo. Esses autores apresentaram a proposta de um modelo teórico no qual são articulados os conceitos de dependência, problemas relacionados ao uso de álcool e alcoolização norteando pesquisadores na construção do objeto de pesquisa no campo da saúde indígena.

Novo⁽²⁵⁾ realizou um estudo etnográfico sobre os Agentes Indígena de Saúde no Alto Xingu, relativos à formação e atuação no papel que lhes foi atribuído no modelo de atenção diferenciada. Os resultados demonstraram a ambiguidade e imprecisão na formulação do papel desses Agentes, ora vistos pelos profissionais de saúde como transmissores dos conhecimentos biomédicos à população atendida, ora como fontes para os indígenas de acesso aos bens e serviços provenientes da sociedade nacional.

Grassi⁽²⁶⁾ realizou um estudo sobre o uso e as percepções sobre os medicamentos, assim como as formas de autoatenção utilizadas por índios Guarani de uma Terra Indígena do litoral de Santa Catarina.

Dias-Scopel⁽²⁷⁾ em uma etnografia das práticas de autoatenção relativas à gestação, ao parto e ao pós-parto entre os índios Munduruku da Terra Indígena Kwatá-Laranjal, no município de Borba/AM, possibilitou a compreensão das relações cosmopolíticas praticadas por essa população e indicou a necessidade de atenção diferenciada para a consolidação da atenção à saúde dessa população.

Sobre estudos realizados com a população indígena da etnia Mura, etnia com a qual as enfermeiras participantes deste estudo trabalhavam, destaca-se o estudo de Scopel⁽²⁸⁾ que fez uma etnografia da experiência de adoecer e de curar-se, na perspectiva dos conceitos da antropologia da saúde, com o objetivo de compreender como os indígenas Mura de Autazes (Amazonas) vivenciavam a Hanseníase. Os resultados do estudo mostraram a articulação de concepções nativas com práticas biomédicas, sendo evocadas causalidades nativas para hanseníase. A construção social da doença era permeada pelas relações micropolíticas e estruturadas em torno das relações de parentesco.

Em relação aos estudos realizados por enfermeiros no campo da saúde indígena, foram identificados, principalmente, os relacionados às dificuldades encontradas pela equipe de saúde na implementação das ações de saúde junto à população indígena, como o estudo de Marinelli *et al*⁽²⁹⁾. Esse estudo descreve as dificuldades encontradas por enfermeiros que atuavam na assistência à população indígena no Programa Saúde da Família Indígena (PSFI) de Grajaú-MA, quais sejam a falta de treinamento ao iniciar o trabalho com o indígena, a dificuldade de comunicação, as barreiras geográficas, a aceitação do profissional por parte do indígena e as condições de trabalho não satisfatórias.

Silva⁽³⁰⁾ investigou o atendimento do enfermeiro ao indígena no âmbito hospitalar em Cuiabá. Considerando o corpo do indígena como a centralidade do cuidar, evidenciou que o cuidar de forma integral é um desafio e que enfermeiros não são devidamente formados na graduação para atuar no campo da interculturalidade e para criar estratégias no sentido de convergir os saberes para o cuidado do corpo indígena adoecido que busca tratamento fora de sua comunidade.

Outro estudo⁽³¹⁾ relatou experiências vivenciadas com acadêmicos de cursos da área da saúde, evidenciando que a vivência e o aprendizado dos profissionais de saúde e alunos de graduação no Ambulatório do Índio e Hospital de São Paulo da UNIFESP contribuíram para a reflexão sobre o atendimento diferenciado ao indígena nos serviços de saúde de média e alta complexidade e sobre as diferenças e vulnerabilidades que permeiam essas populações.

No Amazonas, etnografia realizada por Rocha⁽³²⁾ envolvendo as práticas sanitárias desenvolvidas no DSEI Rio Negro, com enfoque na organização do trabalho dos profissionais da equipe multidisciplinar de saúde indígena, evidenciou que a atuação do enfermeiro é alicerçada no modelo assistencial curativo e que a logística de deslocamento para realização das ações de saúde em área indígena consome grande parte do tempo e energia da equipe e, conseqüentemente, prejudica a supervisão e acompanhamento dos AIS, bem como a efetivação do princípio da atenção diferenciada previsto na PNASPI.

Estudo realizado por Oliveira⁽⁹⁾ analisou a capacitação dos enfermeiros que atuam na saúde indígena no DSEI/Manaus e demonstrou a precariedade nas capacitações relacionadas ao enfoque indígena, haja vista o pequeno destaque na diversidade étnica das populações indígenas, a descontinuidade no processo ensino-aprendizagem e a falta de periodicidade das ações educativas, embora estas sejam consideradas pelos enfermeiros essenciais para a mudança na assistência ao indígena.

Investigação⁽³³⁾ realizada em área indígena ianomâmi, nos municípios de Barcelos e Santa Isabel do Rio Negro, evidenciou fragilidades e potencialidades no trabalho da enfermagem. Os autores apontaram como fragilidades a estrutura, o acesso à área indígena, o gerenciamento em enfermagem e os aspectos culturais das diferentes etnias. Como potencialidades, destacaram as atividades de saúde desenvolvidas pelos AIS nas aldeias, a educação em saúde e a interação entre equipe de saúde e comunidade.

No município de Borba, um estudo⁽³⁴⁾ que abordou a percepção sobre a resolutividade no Polo-base Kwatá, com indígenas da etnia Munduruku e profissionais da EMSI demonstrou que indígenas e profissionais consideraram ineficiente a resolução dos problemas de saúde e relataram dificuldades na efetivação da PNASPI. A resolutividade foi compreendida como o equilíbrio entre as práticas tradicionais de

saúde e as práticas do modelo biomédico, sem, contudo, dizimar a cultura indígena no processo de cuidar.

Toledo⁽³⁵⁾ em pesquisa com acadêmicos do oitavo período de enfermagem em Instituições de Ensino Superior de Manaus/AM mostrou que os estudantes possuem uma representação estigmatizada do indígena e não relacionam a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como metodologia de trabalho do enfermeiro ao indígena hospitalizado.

Entretanto, experiências exitosas foram relatadas por docentes do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Ao ministrarem disciplinas, comprovaram que a aproximação dos acadêmicos com a Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas e com a prática de enfermagem na saúde indígena concorreu para a formação crítica-reflexiva sobre a visão do indígena no processo saúde-doença e nas ações de saúde desenvolvidas por enfermeiros. As atividades possibilitaram considerar e valorizar o aspecto étnico-cultural das populações indígenas no planejamento das intervenções de enfermagem e, ainda, o repensar de docentes sobre a reconstrução das práticas pedagógicas para a elaboração de estratégias voltadas à solução dos problemas identificados^(10,36).

Outros estudos têm se preocupado com as doenças que atingem a população indígena, como o de Toledo⁽³⁷⁾ que comparou a prevalência dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares entre indígenas das etnias do Rio Negro, Sateré-Mawé e seus vizinhos brancos, pardos/negros residentes em Manaus e concluiu que os indígenas, independentemente de serem de etnias oriundas do Rio Negro ou Sateré-Mawé, tiveram menor prevalência de hipertensão, triglicerídeos e glicose elevada, quando comparado aos brancos, pardos/ negros do estudo.

Diante da necessidade de estudos sobre a saúde das populações indígenas, dada à escassez de produções científicas no campo da enfermagem que abordem a saúde indígena e com o intuito de fortalecer o ensino da saúde indígena em nível de graduação e pós-graduação, uma iniciativa do Doutorado Interinstitucional entre a Universidade de São Paulo e a Universidade Federal do Amazonas (DINTER-USP/UFAM) culminou em seis pesquisas nessa área, especificamente com a etnia Mura, exceto o estudo de Rocha⁽³⁸⁾. Tais pesquisas são apresentadas a seguir.

Rocha⁽³⁸⁾ avaliou os atributos da APS sob a ótica dos profissionais de saúde nos serviços ofertados à população nos municípios de São Gabriel da Cachoeira,

Santa Isabel do Rio Negro e Barcelos do DSEI do Alto Rio Negro e Secretarias de Saúde. Foi realizada a comparação entre os serviços de saúde indígenas e não indígenas. Os atributos avaliados foram: acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e orientação comunitária. Esses atributos apresentaram altos escores, embora houvesse falha na prestação de serviços. O autor destaca que no geral os atributos apresentaram forte orientação para APS em ambos os serviços, porém o acesso e a integralidade foram insatisfatórios.

Carvalho⁽³⁹⁾ pesquisou a prevalência do comprometimento cognitivo em adultos e idosos indígenas Mura, na aldeia de Pantaleão, no município de Autazes/AM, e identificou que a prevalência aumenta quanto maior a faixa etária e que a chance para o desenvolvimento de algum comprometimento aumenta quanto maior a idade, menor a escolaridade e a renda familiar.

Ferreira⁽⁴⁰⁾ e Souza Filho⁽⁴¹⁾ realizaram estudos envolvendo a hipertensão arterial com indígenas Mura, residentes nas áreas rural e urbana do município de Autazes/AM. O estudo de Ferreira mostrou que a hipertensão arterial, o consumo de bebida alcoólica e o transtorno mental nessa população foram elevados. Souza Filho⁽³⁴⁾ comparou o perfil de fatores de risco cardiovasculares entre indígenas Mura da área rural e urbana e revelou que a prevalência de hipertensão e de fatores de risco cardiovasculares apresentaram-se elevados. Os autores concluíram que tais achados podem estar relacionados à proximidade e convivência com os não indígenas, o que favorece mudanças culturais e, conseqüentemente, de hábitos e estilos de vida, elevando o risco de doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial.

Reis⁽⁴²⁾ também desenvolveu estudo com indígenas da etnia Mura de Autazes-Amazonas com Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), porém enfocou as práticas de autocuidado e o cuidado familiar. Dentre várias considerações da investigação, destacou que os profissionais da equipe multidisciplinar precisavam ter conhecimento das peculiaridades que envolvem o indígena com DCNT, principalmente as questões que envolvem o próprio cuidado e o apoio social promovido pela família, com o intuito de ter bases concretas para o planejamento do tratamento e das ações votadas para essa população.

A nossa tese faz parte do conjunto dos estudos do DINTER-USP/UFAM que se engajaram na perspectiva de produzir conhecimento no campo da saúde indígena

com vistas a oferecer subsídios no campo das políticas públicas, do ensino, da pesquisa e das práticas do enfermeiro no âmbito da saúde indígena.

4. Referencial Teórico

A decorative flourish consisting of a horizontal line with elegant, symmetrical scrollwork at both ends, positioned below the section header.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

O presente referencial teórico trata de temas importantes que serviram de âncora para essa tese, os quais favoreceram a compreensão das práticas de cuidados realizados por enfermeiros no contexto da saúde indígena.

Os assuntos são divididos em tópicos que perpassam pelo arcabouço teórico da antropologia da saúde, pelas Políticas de Saúde Indígena, por conceitos de cuidar/cuidado em um sentido mais amplo no campo da Enfermagem e, em particular, na perspectiva do cuidado transcultural, que dão sustentação à análise dos dados.

4.1 ANTROPOLOGIA DA SAÚDE

Para refletir sobre os cuidados de saúde dirigidos à população indígena é importante apresentar as bases conceituais da antropologia da saúde como possibilidade para a apreensão de novos significados às práticas de cuidado de saúde para essa população.

A antropologia possui campos de estudo que estão relacionados entre si, como a antropologia física ou biológica, que estuda a evolução da espécie humana; a antropologia pré-histórica ou arqueológica, que estuda o homem através dos vestígios encontrados nos ambientes; a antropologia linguística, que investiga o modo como as pessoas se expressam e suas técnicas de comunicação e a antropologia social e cultural (etnologia), que pesquisa as sociedades contemporâneas e seus sistemas culturais, descrevendo e explicando semelhanças e diferenças⁽⁴³⁾.

Segundo Langdon⁽⁴⁴⁾, em meados do século passado, antropólogos como Rivers, Clements, Ackernecht e outros, começaram a examinar a medicina primitiva entre culturas distintas. Com base nesses estudos, foi-se firmando, nas ciências sociais, o campo da antropologia médica e da antropologia da doença, atualmente conhecidas como antropologia em saúde. Porém, essa mesma autora⁽⁴⁴⁾ menciona que o método adotado para a realização desses estudos era o mesmo utilizado na medicina científica, o qual considerava a medicina primitiva inferior qualitativamente à

medicina científica, que, por sua vez, era caracterizada como o único sistema universal e eficaz.

Alves e Minayo⁽⁴⁵⁾ referem que o crescimento da Antropologia da Saúde ou médica é recente no mundo acadêmico e que nas últimas décadas ocorreu acelerado crescimento, despertando o interesse e o reconhecimento de profissionais da área da saúde e de diferentes instituições de ensino e pesquisa, sendo evidenciado pela vasta produção de livros e revistas nos Estados Unidos e Canadá e França.

Canesqui⁽⁴⁶⁾ aborda de maneira bastante pertinente os desdobramentos da Antropologia para a área da saúde nos cenários internacional e nacional. Surge nos anos 60, nos Estados Unidos da América, uma área específica de estudos em antropologia aplicada à área da saúde, denominada de Antropologia Médica, ramo aplicado da antropologia geral, associado à epidemiologia e à clínica, dedicada aos estudos da incidência e distribuição das doenças, aos cuidados em instituições médicas, aos estudos dos problemas de saúde e à Etnomedicina. Porém, essa vertente sofreu críticas por suas interpretações relacionadas aos eventos culturais e ao processo saúde-doença por serem fortemente arraigadas ao paradigma da biomedicina.

Na década de 70, o interesse antropológico sobre as questões relacionadas à saúde foi se fortalecendo. Na década de 80, a antropologia aproxima-se das temáticas da saúde, da doença e dos diferentes sistemas de cura, o que demonstrava o interesse da Antropologia em refletir sobre essas questões da sociedade, haja vista os fenômenos saúde, doença e cura ultrapassarem a dimensão restritamente biológica. A escola francesa faz críticas ao pragmatismo americano da Antropologia Médica, propondo uma antropologia da doença, consonante às teorias da antropologia. Nesse sentido, Laplatine⁽⁴⁵⁾ propôs uma Antropologia da doença e da saúde capaz de analisar as formas essenciais da doença e da cura, com a finalidade de conhecer os modelos etiológicos-terapêuticos na sociedade francesa contemporânea da época comparando-as com outras sociedades.

A Antropologia da saúde vem argumentando que existem diversos “saberes médicos” e o saber oficial. Esse último é representado pelo saber biomédico, que se caracteriza como sistema de saberes e práticas fundamentados na visão biológica do corpo. As diversas práticas alternativas servem como recursos importantes para a manutenção da saúde. Portanto, a antropologia propõe uma visão alternativa

à biomedicina sobre os processos de saúde/doença, sem, no entanto, rejeitar a ciência biomédica como um saber⁽¹²⁾.

No Brasil, a antropologia da saúde surge na década de 70, assumindo diversas denominações tais como: antropologia da saúde, antropologia da doença, antropologia nutricional, antropologia médica. Com diferentes denominações, uma rede restrita de antropólogos e profissionais de saúde vem produzindo conhecimento sobre os temas alimentação, saúde e doença que atingem principalmente a classe trabalhadora ou grupos minoritários, saberes, cura e práticas da medicina oficial e as tentativas de reformulações de modelos assistenciais tradicionais⁽³⁴⁾. Tais denominações evidenciam, de certo modo, uma fragmentação de abordagens, como saúde, doença, nutricional e médica, talvez como tentativa de aproximar o campo dos saberes antropológicos a essas áreas de ação profissional⁽⁴⁶⁾.

No ano de 1970, Arthur Kleinman⁽⁴⁷⁾, médico e antropólogo, definiu a biomedicina como um sistema cultural, igual aos demais sistemas culturais, como parentesco, política, economia ou religião. Nessa perspectiva, a antropologia procura apontar os limites da biomedicina em entender a complexidade dos processos de saúde/doença, bem como indicar outras dimensões que interferem no adoecer e no curar. A Antropologia da Saúde reconhece que os saberes locais têm igual importância nos processos de saúde e doença, apesar de serem pouco reconhecidos pela ciência médica⁽⁴⁸⁾.

A antropologia da saúde aborda as formas pelas quais as pessoas, em diferentes culturas e grupos sociais, explicam as causas dos problemas de saúde, como relacionam os tipos de tratamento nos quais acreditam e a quem recorrem quando adoecem. Relaciona ainda as crenças e práticas às mudanças biológicas, sociais e psicológicas do indivíduo, tanto na saúde quanto na doença⁽⁴⁷⁾.

Na perspectiva da antropologia interpretativa de Geertz⁽⁴⁹⁾ a cultura é compreendida como uma teia de significados tecida pelo próprio homem, tendo como principal característica o caráter dinâmico e heterogêneo em constante construção o qual possibilita um leque de caminhos a serem seguidos pelos sujeitos sociais. A dinâmica da cultura reflete diretamente nas necessidades e demandas de saúde dos indivíduos as quais devem ser consideradas nas ações de cuidado dos profissionais de saúde. Portanto, o movimento constante da cultura deve ser observado e considerado pelos profissionais nas relações de cuidados no âmbito da saúde indígena, objeto da nossa pesquisa.

Langdon⁽⁴⁴⁾ aponta que a antropologia da saúde e da doença emerge da interação entre indivíduos, os quais agem entre si com a finalidade de compreender os eventos relacionados ao processo saúde e doença, com vistas a procurar soluções para seus padecimentos. Assim, os significados elaborados sobre o processo saúde-doença-cura emergem de ações construídas pelos próprios indivíduos. Nesse sentido, a cultura não é uma unidade estática, porém uma construção simbólica do mundo em constante transformação.

Langdon e Wiik⁽⁵⁰⁾ apontam a cultura como conceito fundamental da antropologia, que serve como instrumento para profissionais da saúde que atuam em diferentes contextos e atendem pacientes pertencentes a diferentes classes sociais, religiões, regiões ou grupos étnicos, os quais apresentam posturas e pensamentos peculiares sobre a experiência da doença e da saúde e formas de tratamento, sendo essas particularidades e diferenças de origens socioculturais e não biológicas. Para esses autores, é a cultura que determina essas particularidades, devendo as questões inerentes à saúde e à doença serem pensadas a partir dos diferentes contextos em que os indivíduos estão inseridos.

O pressuposto defendido por Langdon e Wiik⁽⁵⁰⁾ também foi corroborado por teóricos^(20,36) dos campos da medicina e enfermagem, a partir da década de 60, que apontam a biomedicina como sistema cultural e que as realidades da clínica médica devem ser analisadas em uma perspectiva transcultural.

Kleinman⁽⁴⁷⁾ menciona que ao analisar uma sociedade complexa identificam-se três subsistemas de cuidado à saúde, a saber: o sistema informal, o popular e o profissional. Esses subsistemas são amplamente utilizados de forma sobreposta e não excludente pelos indivíduos, os quais interagem mediante suas passagens por esses sistemas que fornecem aos indivíduos caminhos para interpretação de suas condições de saúde e/ou doença procurando ações que promovam o cuidado ou cura. Nesse sentido, segundo esse autor os subsistemas se apresentam como descritos a seguir.

- *Subsistema familiar ou informal* expressa a cultura popular, o senso comum, onde as primeiras manifestações das doenças são identificadas e enfrentadas. Os cuidados comumente adotados pelo indivíduo ou família são: remédios caseiros, repouso, suporte emocional, práticas religiosas, mudança na dieta alimentar, massagens, etc.

- *Subsistema profissional*, representado pelas profissões legalmente reconhecidas, representadas pela biomedicina nas sociedades ocidentais.
- *Subsistema popular*, representado por especialistas de cura não reconhecidos legalmente, tais como curandeiros, benzedeiros e outros, os quais são vastamente aceitos pela sociedade e fortemente ligados ao subsistema familiar.

Para Kleinman⁽⁴⁷⁾, os sistemas de cuidado e as opções terapêuticas são escolhidas pela acessibilidade ao processo terapêutico e pelo entendimento que os indivíduos têm sobre a doença, a cura e sobre os tratamentos que funcionam e que tem resolutividade. Considerando a perspectiva desse autor, entende-se que os profissionais da área da saúde devem considerar a existência desses sistemas.

Para os profissionais de saúde, a aproximação e a interlocução com a antropologia da saúde contribuem significativamente para que suas ações se sobreponham para além das fronteiras do campo biológico, interligando saberes e desenvolvendo a capacidade de escutar e compreender a complexidade das práticas de cuidados a partir do ponto de vista da população, enquanto atores sociais.

Segundo Minayo⁽⁵¹⁾ a abordagem antropológica contribui para relativização dos conceitos biomédicos; desvela a organização das estratégias terapêuticas dos sujeitos para mostrar relações entre saúde e doença e realidade social; para viabilizar o entendimento da contextualização social que os sujeitos produzem diante do fenômeno.

Para compreender o processo saúde-doença é importante considerar as mudanças no corpo biológico como um fenômeno sociocultural, em que a experiência da doença possui significado sócio e culturalmente construídos e envolve as relações entre comportamentos e crenças com as situações sociais vivenciadas por cada indivíduo. Portanto, a interpretação da doença emerge do processo de entender, perceber, dar significado e acompanhar todo o processo da doença, o itinerário terapêutico e as falas dos atores sociais⁽⁴⁴⁾.

A antropologia da saúde considera que a saúde e tudo que se relaciona a ela, tais como riscos, prevenção, tratamento e causas, são fenômenos construídos e interpretados culturalmente. Portanto, a perspectiva qualitativa é empregada para identificar e analisar os fatores sociais e culturais na construção de formas de pensar e de agir frente à saúde e à doença. Nesse sentido, o discurso antropológico desvela

os limites e a insuficiência da tecnologia biomédica quando se trata de mudar de forma permanente o estado de saúde de uma população. Revelando que o estado de saúde está diretamente ligado ao modo de vida e ao universo social e cultural de uma comunidade^(52,53).

Segundo Minayo⁽⁵⁴⁾ é incontestável a importância da antropologia para a compreensão do fenômeno saúde-doença. Aponta ainda que somados a dados quantitativos e com o conhecimento técnico-científico das doenças, qualquer ação de prevenção, tratamento ou de planejamento de saúde necessita levar em conta valores, atitudes e crenças de uma população.

Para Bydlowski, Westphal e Pereira⁽⁵⁵⁾, a saúde é produzida socialmente e determinada por fatores biológicos, ambientais, sociais, econômicos e culturais. Portanto, seus problemas devem ser solucionados com políticas públicas descentralizadas, intersetoriais e multidisciplinares para provocar mudanças efetivas nos indivíduos e sociedade que precisa ser empoderada para participar ativamente na tomada de decisão, com vistas a garantir condições mínimas de saúde e qualidade de vida à população, em particular a indígena, objeto dessa pesquisa.

A antropologia tem se mostrado indispensável para o conhecimento dos fatores socioculturais que influenciam o processo saúde-doença e para fundamentar e instrumentalizar os profissionais da saúde a oferecer um cuidado integral e diferenciado à população para a qual presta serviços.

Garnelo e Buchillet⁽⁵⁶⁾ em um estudo sobre taxonomias das doenças entre os índios das etnias Baniwa e Desana do Alto rio Negro no Amazonas, apontam o reconhecimento do contexto sócio simbólico como fator essencial da origem e reprodução do processo saúde-doença, como base explicativa e reconhecida na origem do adoecimento e na consequente adesão ou rejeição de procedimentos de cura pelos indígenas. Segundo esses autores, “a adoção dessas premissas pelos sistemas de saúde promove um encontro – ainda que sob lógicas e finalidades distintas – com a sociogênese indígena da doença e da cura” (p.27).

Para Uchôa e Vidal⁽⁵³⁾, o discurso antropológico na área da saúde aponta os limites e as insuficiências da tecnologia biomédica na busca por solucionar problema de saúde de uma população, sem, no entanto, considerar que este está intimamente relacionado ao modo de vida e universo sociocultural de uma dada população.

Nessa perspectiva, é imprescindível pensar as práticas de cuidado do enfermeiro no âmbito da saúde indígena utilizando como fio condutor os pressupostos

da antropologia da saúde para que o planejamento das ações de cuidado avance para além das demandas biológicas que envolvem a compreensão do processo saúde e doença, bem como dos significados atribuídos pelos indígenas às enfermidades.

Segundo Antoni *et al.*⁽⁵⁷⁾, a realidade da enfermagem no Brasil é um campo vasto para implementação de cuidados, haja vista a diversidade regional, de contextos sociais e culturais apresentarem diferentes necessidades, significados e expectativas de cuidado. Porém, na prestação do cuidado essas diferenças, frequentemente, são pouco consideradas.

Silva⁽⁵⁸⁾, refere que uma das características comum a qualquer Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) é a presença do profissional de enfermagem. Para essa autora, não é possível compreender a dimensão organizacional dos serviços nesses espaços sem incorporar a importância da enfermagem.

No campo da saúde indígena o enfermeiro deve atuar atendendo o que preconiza a Lei 9.836/199 do Subsistema de Atenção aos Povos indígenas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), realizando cuidados de enfermagem congruentes com as particularidades e diversidades culturais desses povos⁽⁵⁹⁾.

Ainda que o modelo hegemônico de atuação dos profissionais de saúde no campo da saúde indígena seja o biomédico, é progressiva a exigência por aspectos holísticos na produção dos cuidados de saúde que exigem o entendimento das simbolizações e dos recursos utilizados pela população indígena para solucionar seus problemas de saúde⁽⁵⁶⁾.

Portanto, é preciso que os enfermeiros planejem cuidados que transcendam as manifestações biológicas da doença e esses devem considerar as condições econômicas, sociais, culturais e do ambiente onde os indivíduos e suas coletividades estão inseridos⁽⁵⁷⁾.

Pensando na importância e constante presença do enfermeiro em contextos indígenas, estudos^(29,60) apontam as dificuldades enfrentadas por esses profissionais no que concerne às questões culturais para a realização das práticas de cuidado, o que demonstra fragilidade no desconhecimento do processo saúde-doença da população indígena, uma vez que suas práticas são pautadas no modelo biomédico.

Amadigi *et al.*⁽⁶¹⁾ apontam a importância da criação de espaços para novas práticas de cuidado e diálogos, entre profissionais da saúde e usuários, na construção de projetos terapêuticos capazes de superar a dicotomia do modelo biomédico hegemônico. Para essa autora, as práticas redimensionariam os usuários para

sujeitos ativos nas ações de cuidado a eles direcionados, os espaços se caracterizariam por diálogos entre os atores sociais envolvidos no processo terapêutico, o que diminuiria a possibilidade de exercício de poder de um sujeito sobre outro e promoveria verdadeiros processos promotores de saúde.

A inserção do enfermeiro no contexto da saúde indígena está apoiada por uma Política Nacional de Saúde Indígena, que será abordada a seguir.

4.2 PANORAMA DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

Trazer a trajetória das Políticas Públicas de Atenção à Saúde das populações indígenas no Brasil possibilita o entendimento de como as ações de cuidados de saúde destinados à população indígena foram inicialmente articuladas e implantadas em nível nacional e, também, permite compreender os avanços, retrocessos e dificuldades em sua implementação. Em particular, permite refletir sobre as ações de cuidado em nível local, especificamente nas terras indígenas (TIs) Mura do município de Autazes, foco de investigação nesse trabalho.

4.2.1 Aspectos históricos da Saúde Indígena

A saúde indígena é historiada a partir da colonização, marcada pela atuação das missões religiosas que prestavam assistência à saúde do índio, e, posteriormente, pela política indigenista (política de Estado dirigida à população indígena) caracterizada por uma forte intervenção do poder público sobre a população indígena. Nesse sentido, o poder público, por vezes associada às entidades religiosas e civis, buscava promover a assimilação da população indígena à sociedade brasileira, fundamentado no pressuposto de que a população indígena ao longo do tempo iria se extinguir como grupo culturalmente diferenciado, pois acreditavam na integração destes à sociedade brasileira^(62,6).

Para Hoffmann-Barroso *et al*⁽⁶²⁾, tal fato causaria considerável diminuição dessa população ou mesmo a sua absorção à cultura dos centros urbanos e sua integração à sociedade nacional. Porém, a política que se configurava como uma política de integração da população indígena não se concretizou e com o passar dos anos ao

invés do desaparecimento desse grupo, ocorreu um crescimento demográfico contínuo da população indígena, bem como o despertar pela busca de direitos relacionados às questões étnicas e culturais.

A atuação direta das instituições públicas na política indigenista se deu com a criação do Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILTN), criada em 1910, que visava minimizar conflitos gerados pela ocupação de territórios indígenas, ficando mais tarde conhecido como Serviço de Proteção ao Índio (SPI)^(62,5).

Entretanto, o SPI não mostrou grandes avanços, pois as ações de saúde realizadas resumiam-se a atendimentos emergenciais, distribuição de medicamentos, campanhas de vacinação, os quais eram realizados por trabalhadores que não possuíam preparo para atuação em contexto etnicamente diferenciado, com população vivendo em condições sanitárias e de saúde precárias. Tais situações se configuravam em dificuldades e grande desafio para os trabalhadores da saúde, permanecendo as populações indígenas sem melhorias nas condições de saúde⁽⁶³⁾.

Após aproximadamente cinco décadas de atuação do SPI, foram deflagradas denúncias referentes à atuação dos trabalhadores, que eram acusados de conveniência com extermínio de indígenas, trabalho indígena em condições precárias e transmissão de doenças aos grupos indígenas de pouco contato, o que levou a consequente falência e extinção deste órgão em 1967 e a criação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), coordenada pelo Ministério do Interior, a qual foi delegada a responsabilidade pela educação, atividades produtivas e pela saúde do índio^(5,6).

Entretanto, a substituição do SPI pela FUNAI não gerou avanços significativos para a saúde indígena e em 1980 a FUNAI passou por uma avaliação que evidenciou a precariedade na qualidade das ações de saúde destinadas às populações indígenas, sendo destacado o caráter emergencial das ações de saúde realizadas e o despreparo dos profissionais para atuar mediante as especificidades e peculiaridades dos povos indígenas, a escassez de recursos humanos e financeiros, bem como uma rede de atenção à saúde considerada confusa e burocrática⁽⁶³⁾.

Simultaneamente aos órgãos indigenistas como SPI e FUNAI, outras formas de intervenção ocorreram na saúde do índio como o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), a partir de 1956, que atuou em parceria com o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), que atendiam as populações mais isoladas^(64,63).

Conforme apontam Garnelo, Macedo e Brandão⁽⁵⁾ e Dias-Scopel⁽⁶³⁾, não houve mudança significativa nas ações dos dois órgãos no que concerne ao pressuposto norteador da política indigenista da época, que acreditava na existência de graus diferentes de evolução entre os humanos, estando o homem branco no ápice da evolução e o indígena em estágio primitivo, mas que se desenvolveria até chegar ao patamar ocupado pelo homem branco. Esses pressupostos refletiam diretamente nas ações dos órgãos indigenistas, marcados pela discriminação e desrespeito aos povos indígenas.

Garnelo, Macedo e Brandão⁽⁵⁾ referem que tanto as ações de cuidados destinados à população indígena realizadas pelo SPI, especialmente pela FUNAI, eram orientadas por um modelo “campanhista” de assistência por serem de caráter emergencial e focado na doença, realizados por equipe volantes de Saúde (EVS), que periodicamente se deslocavam das cidades até as aldeias para a realização de atendimentos.

Além disso, existia a chamada tutela que consistia em uma prática dos órgãos indigenistas adotada no Brasil que delegava juridicamente ao órgão indigenista oficial o direito de decidir pelas comunidades indígenas, retirando destas a possibilidade de decidirem sobre suas vidas, o que não se traduzia em melhores condições de vida para a população indígena, muito pelo contrário, os órgãos indigenistas enfrentaram a falta de suporte técnico e financeiro, o que refletia, conseqüentemente, em baixa qualidade da assistência sanitária nas aldeias⁽⁶²⁾.

Diante disso, surgem reivindicações por mudanças nas ações governamentais destinadas a essa população devido às insatisfações por parte dos indígenas e entidades não governamentais que os apoiavam. Mobilizações nacionais e internacionais lutavam pelo reconhecimento dos direitos indígenas, o que resultou na criação do Estatuto do Índio, por meio da Lei 6.001/73 que regulamentou os direitos dos indígenas no Brasil. O Estatuto traz como propósito, a preservação da cultura, a integração progressiva e pacífica do índio à sociedade nacional vigente^(5, 6, 65,66).

Com a promulgação da Constituição de 1988 desencadeou-se mudanças importantes voltadas à atenção à população indígena no Brasil, tais como o reconhecimento dos direitos de terras, a inclusão de políticas adequadas às suas peculiaridades culturais, a preservação das culturas e línguas, contribuindo significativamente e satisfatoriamente para a política indigenista. Para a sociedade em geral, fortaleceu o reconhecimento de que a existência de um tratamento diferenciado

à saúde dos povos indígenas se constitui em um direito conquistado por essa população ao longo das décadas⁽⁶⁷⁾.

A partir de 1991, um conjunto de decretos da Presidência da República retirou da FUNAI grande parte das atribuições que foram passadas ao Ministério da Saúde. Com isso, foi criada a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) que ficou responsável pela saúde indígena⁽⁶⁸⁾.

No entanto, como o Ministério da Saúde não possuía experiência no desenvolvimento de políticas de saúde indígena, a FUNAI reassumiu parcialmente a competência de gestora de saúde indígena, por meio do decreto 1.141/94, em parceria com a FUNASA, havendo uma divisão de tarefas entre esses órgãos. A FUNAI ficou responsável pela atenção à saúde indígena, remoção do indígena para tratamento de saúde fora da aldeia e pela Casa de Saúde Indígena (CASAI). A FUNASA ficou responsável pelo saneamento básico, controle de endemias, capacitação e remuneração dos profissionais^(57,69).

A CASAI é um centro de atendimento que tem como objetivo apoiar os pacientes indígenas em área urbana; encaminhá-los para unidades de referência do SUS, para realização de exames, consultas e tratamento. As Unidades de referências são unidades constituídas por ambulatórios e hospitais gerais e especializados, situados nas sedes dos municípios ou na capital do estado.

4.2.2 O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI)

Para expor a atual política de saúde indígena é importante apresentar as características do Sistema Único de Saúde (SUS), do qual emergiu o atual modelo de assistência à saúde dos povos indígenas. Criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, o SUS é um sistema público de prestação de serviços de saúde a toda população brasileira sem distinção, com atividades desenvolvidas no âmbito federal, estadual e municipal para garantir acesso universal e igualitário em todos os níveis de assistência no âmbito individual e/ou coletivo^(70,71).

As ações desenvolvidas pelo SUS são voltadas para a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças. O SUS é considerado uma política de proteção social e produto de uma reforma técnica e política na saúde, conhecida como Reforma

Sanitária, iniciada na década de 1980, que teve como destaque em suas propostas a qualidade da oferta de saúde para toda a população brasileira, inclusive para as populações que vivem em situações de pobreza e em regiões de difícil acesso como as indígenas⁽⁷²⁾.

Para Garnelo e Pontes⁽⁶⁾, mesmo compondo o grupo de populações em situação de pobreza ou vivendo em regiões de difícil acesso, a saúde indígena não representava uma das prioridades do Sistema Único de Saúde (SUS), estando nessa época a saúde do índio sob a responsabilidade dos órgãos indigenista.

Além disso, essas autoras ⁽⁶⁾ destacam que a tendência do SUS em priorizar ações de saúde voltadas para as áreas urbanas ocasionou o desenvolvimento de maior expertise em organizar serviços de saúde voltados para atuação em contexto urbano pelos órgãos de saúde e refletiu negativamente na saúde da população indígena e, conseqüentemente, em dificuldades na adaptação de estratégias para atender as populações que vivem em áreas rurais e regiões de difícil acesso.

Para Garnelo, Macedo e Brandão⁽⁵⁾ e Garnelo e Pontes⁽⁶⁾, os direitos da população indígena conquistados pelo SUS não assegurava uma assistência de qualidade e adequada para atender as demandas dessa população. Os desafios e dificuldades enfrentados, bem como o despreparo para atuar com populações culturalmente diferentes, gerou reivindicações por melhores condições de vida e saúde, que aliados ao reconhecimento de que a população indígena possui singularidades e especificidades que devem ser respeitadas, surgiu a proposta da criação de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) do SUS.

Tal subsistema foi aprovado por meio da Lei 9.836/99, conhecida como Lei Arouca, que criou o SASI. Com isso, as ações de saúde indígena foram transferidas para a FUNASA, por meio do decreto 3.156 de 27 de agosto de 1999. Com isso, é definido como modelo central de gestão na atenção à saúde indígena o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI)^(59,73).

Em 2002, foi instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), com o propósito de garantir assistência à saúde integral aos povos indígenas de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, considerando suas diversidades sociais, culturais e geográficas⁽⁷⁾.

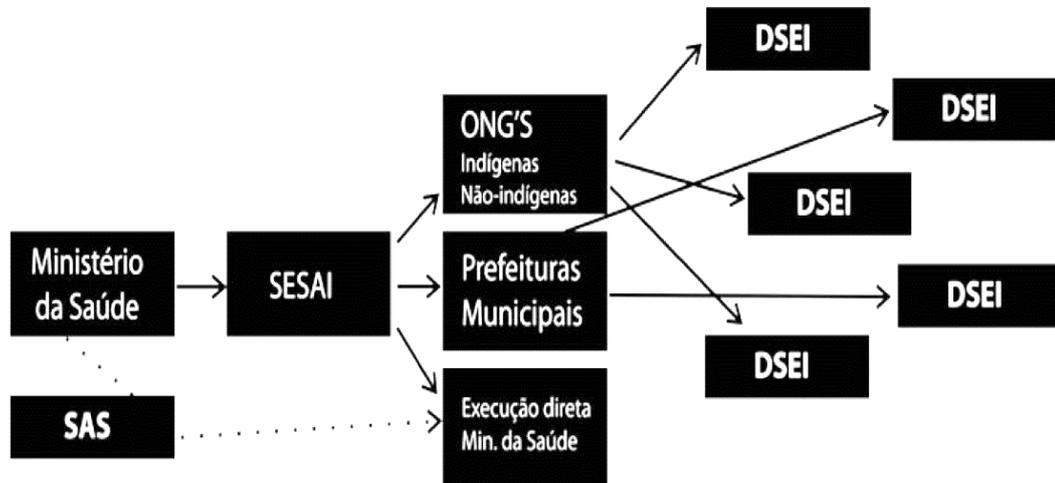
A criação de uma política de atenção à saúde indígena se deu pelo crescimento da força política indígena, o que exigia a consideração das especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais dessa população⁽⁶⁾.

Com a publicação do decreto nº 7336/MS no ano de 2010, foi formalizada a decisão tomada pelo governo em repassar a gestão do SASI, na época sob gestão da FUNASA, para a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) ⁽⁶⁾.

Para Garnelo e Pontes⁽⁶⁾, essa mudança de gestão foi considerada uma conquista histórica do movimento de apoio à causa indígena, por ser consenso entre os apoiadores que as políticas indigenistas deveriam ficar sob a responsabilidade do Governo Federal devido aos preconceitos e hostilidades que os índios sofriam serem mais acentuadas em territórios municipais. Daí a importância de resguardar os direitos indígenas, mantendo a prestação das ações de saúde no âmbito do Ministério da Saúde.

Criada em outubro de 2010, a SESAI surge pela necessidade de reformulação da gestão da saúde indígena no país, sendo esta reivindicada pelos indígenas durante as Conferências Nacionais de Saúde Indígena. A SESAI ficou responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos povos Indígenas e todo o processo de gestão do SASI no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁾.

As atribuições da SESAI são: Atenção integral à saúde indígena em consonância com os programas do SUS e considerando as práticas de saúde tradicionais; Planejar e coordenar as ações de saneamento e edificações de saúde indígena; Articular com estados, municípios e organizações não governamentais, ações de saúde que considerem as especificidades culturais e o perfil epidemiológico de cada povo e Promover o fortalecimento do Controle Social no âmbito do SASI. Para a execução dessas ações, a SESAI conta com três departamentos: Departamento de Gestão da Saúde Indígena (DGESI), Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI), Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde (DSESI)⁽¹⁾.

Figura 1 - Modelo de Gestão do Subsistema de Saúde

Fonte: Garnelo⁽⁶⁾, 2012

Legenda: DSAI = Departamento de Saúde Indígena
 DSEI = Distrito Sanitário Especial Indígena
 SAS = Secretaria de Assistência à Saúde

O SASI, implantado oficialmente em 1999, tinha como principal responsabilidade prestar assistência à população aldeada em terra indígena. Organizado em DSEIs, unidades organizacionais sob responsabilidade sanitária que reúne um conjunto de ações da atenção básica, são responsáveis pela referência e contra referência e composta por uma equipe mínima para executar suas ações⁽⁷⁾.

Os distritos devem prover ações básicas de saúde à população indígena que moram em aldeias, com a atuação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), composta por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e Agente Indígena de Saúde (AIS). As EMSI realizam visitas de atendimento à população indígena e atendimentos de acordo com as necessidades locais⁽⁷⁴⁾.

A Figura 2 mostra como estão distribuídos os 34 DSEIs em todo o território nacional, bem como a localização dos 18 DSEIs da região Norte.

Figura 2 - Mapa do Brasil com a localização dos DSEIs

FONTE: Desai/Funasa/MS, setembro de 2003

A área circulada representa o DSEI/Manaus, responsável por coordenar as ações de saúde nas terras indígenas Mura no município de Autazes.

O Estado do Amazonas possui sete DSEIs com vasta área de abrangência, localizados no Alto Rio Negro, Médio Rios Purus, Parintins, Vale do Javari, Manaus, Médio Rio Solimões e afluentes. Os DSEIS possuem uma rede de serviços dentro de seu território, articulados ao SUS. Cada DSEI conta com uma rede de serviços de saúde. A rede de serviços considera a estrutura de serviços já existentes nas áreas indígenas, sendo os serviços realizados dentro das aldeias a base da atenção à saúde dos indígenas, ou seja, a porta de entrada dos serviços. O DSEI/Manaus é responsável por coordenar as ações de saúde nas unidades de saúde, cenário desse estudo.

Os DSEIs organizam a atenção ao indígena de acordo com o nível de complexidade exigida para o atendimento, sendo o Posto de Saúde a unidade mais simples, contando com a atuação do agente indígena de saúde (AIS), que é o profissional mais próximo da população indígena na prestação do cuidado nas aldeias.

O Polo-Base representa outro nível de atenção, sendo estruturado como uma Unidade Básica de Saúde, localizada em sua maioria na sede do município, sendo a

primeira unidade de referência para os indígenas e conta com a atuação de uma equipe multiprofissional.

Os agravos à saúde não atendidos nessa unidade, em função do grau de resolatividade ou de complexidade, são encaminhados para a rede de serviços do SUS mais próxima. A Rede já tem sua localização geográfica definida e é articulada e incentivada a atender os indígenas, levando em consideração a realidade socioeconômica e cultural de cada povo^(6,7).

A Figura 3 mostra a organização dos DSEIs.

Figura 3 - Organização do DSEI e modelo de assistência



Fonte: SESAI/MS, 2012

A seguir, serão apresentados os conceitos de cuidar/cuidado na perspectiva de estudiosos e o cuidar em enfermagem

4.3 O CUIDADO E O CUIDAR EM ENFERMAGEM

O cuidado humano sempre esteve presente na história da humanidade como forma de manter a espécie, de viver, de se relacionar com o outro e como atividade religiosa^(11,75,76).

Para Boff⁽⁷⁷⁾, o cuidado existe antes do agir humano, estando presente em todas as situações dos seres humanos. O cuidado é uma atitude que gera atos e expressa a atitude de fundo, que é a essência ou cuidado em si.

Os seres humanos nascem com o potencial de cuidar do outro, bem como necessitam de cuidados. Entretanto, os indivíduos desenvolvem diferentes maneira de cuidar, as quais são influenciadas por diversos fatores, tais como: história de vida, ambiente, cultura, economia, política e religião⁽⁷⁸⁾.

A enfermagem foi a primeira área a profissionalizar o cuidado^(11,60). No entanto, o cuidado sofreu forte influência religiosa, uma vez que a dedicação aos doentes era reconhecida como missão para alcançar a vida eterna^(57,58). Isso perdurou até a segunda metade do século XIX.

Na atualidade, o cuidado engloba o processo de saúde, de adoecimento, de invalidez, pois ele busca promover, manter ou recuperar a dignidade e a totalidade humana^(11,78).

Para Leineinger⁽²⁰⁾, o cuidar refere-se às ações com vistas a assistir, apoiar ou capacitar indivíduos ou grupos com necessidades evidentes ou antecipadas, a fim de melhorar a condição ou modo de vida humana ou para se defrontar com a morte.

Watson⁽⁷⁹⁾ refere que o cuidado em enfermagem implica em relação intersubjetiva enfermeira-paciente/pessoa, em inter-relação que implica em compreender e ser compreendido; em buscar o crescimento do ser no mundo; em propiciar uma relação de ajuda e confiança, em que a sensibilidade é inerente à prática; em favorecer a comunicação, em compreender o significado de vida e de saúde para o ser cuidado, valorizando sua autonomia, além de aceitar demonstrações de sentimentos positivos e também negativos.

Para Waldow^(11,75), o cuidado é compreendido como uma forma de viver, de ser e de se expressar, relacional e contextual, permeado por valores que interagem entre si, tais como: respeito, amor, compaixão, cultura, história, ética, conhecimento, responsabilidade, respeito e conforto.

O cuidar não se refere apenas a procedimentos, o cuidar envolve uma relação de troca entre o ser que cuida e o ser cuidado, há preocupação, interesse e responsabilidade não somente na realização do procedimento, mas principalmente, na pessoa que recebe o cuidado, ou seja, é inerente ao cuidar o afeto, o estar com, o assistir e proteger, considerar as respostas do outro e atender suas necessidades ⁽⁸¹⁾.

O cuidado profissional requer empatia; envolvimento; o olhar, ouvir, conhecer e sentir o outro; disponibilidade para a realização dos cuidados e/ou procedimentos técnicos; compartilhamento de saberes; deve tornar o indivíduo e familiares participantes do cuidado; deve garantir a qualidade do cuidado, seja ele profissional ou não, pois não há como dissociar o corpo do espírito, o indivíduo do seu contexto e de sua família^(81,82).

Apesar dos autores supracitados enaltecerem as relações no cuidado, a empatia e a visão holística no cuidado, Bueno e Queiroz⁽⁸³⁾ mencionam que o cuidado de enfermagem evoluiu cientificamente ao longo do tempo e buscou respostas para o processo saúde-doença focando o olhar nas características biológicas do ser humano, ou seja, o cuidado de enfermagem também tornou-se centrado na doença e cura e não no indivíduo e isto influencia a formação e a prática do cuidado até os dias atuais, tornando o cuidado de enfermagem impessoal.

Portanto, é necessário ir além do modelo biomédico, que é centrado nas alterações fisiopatológicas dos indivíduos e que não atende as necessidades de saúde da população. Torna-se essencial para integralidade do cuidado, um olhar atento para os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), pois destacam as condições de vida da população como sujeitos que interferem no processo saúde-doença, ou seja, como fatores de risco nesse processo, os determinantes sociais econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais⁽⁸⁴⁾.

Resgatar a importância e a influência da cultura sobre o comportamento do indivíduo ou grupo social é um trabalho que requer do profissional de saúde o envolvimento, a cooperação, o respeito à diversidade cultural, a abertura e o diálogo, pois são fundamentais para a descoberta de fatores que possam dificultar ou impedir o cuidado⁽⁸⁵⁾.

Langdon⁽⁸⁶⁾ defende que a doença é construída socioculturalmente e cada cultura apresenta diferentes formas de compreender o processo saúde-doença, bem como o tratamento e recuperação. Portanto, para um cuidado efetivo importa conhecer a maneira como as pessoas compreendem o mundo, experimentam e

vivenciam o processo saúde-doença, que é o reflexo do que apreenderam na sociedade em que estão inseridas.

O cuidado sem a busca por compreender a perspectiva do indivíduo/comunidade sobre o processo saúde e doença e seus determinantes se torna pouco eficaz. Nessa perspectiva, para a elaboração do plano de cuidados é necessário que o enfermeiro tenha um envolvimento com indivíduo/comunidade, na criação de vínculo, considerando as peculiaridades sociopsicoculturais e do contexto em que este está inserido; nesse sentido há que se construir relação de confiança, a qual exigirá conhecimento, dedicação para planejar ações de cuidados congruentes com a realidade de quem os recebe.

Nesse sentido Leininger⁽²⁰⁾ traz significativas contribuições para a enfermagem ao abordar o cuidado de enfermagem na perspectiva cultural, considerando sempre o cuidado de forma humanizada e reafirma que as ações que envolvem prestação do cuidado devem primariamente considerar a visão que o indivíduo possui sobre saúde e não apenas a visão ou significado que o enfermeiro tem ou dá à saúde. O que avalia é avaliado como postura profissional errada, sendo os modos de ser, agir e cuidar fortemente influenciados pela cultura. O cuidado cultural será abordado a seguir.

4.3.1 O cuidado na perspectiva cultural

Considerando a temática do cuidado e cuidar em enfermagem e dada à relevância dos conceitos ora abordados, optou-se por adotar o conceito de cuidado cultural na perspectiva de Leininger⁽²⁰⁾, por ser o conceito que mais dialoga com o referencial teórico da antropologia da saúde adotado nesse estudo.

O cuidado cultural é definido por Leininger⁽²⁰⁾ como valores, crenças e modos de vida padronizados, apreendidos subjetiva e objetivamente. São cognitivamente conhecidos, transmitidos, auxiliam, facilitam ou capacitam o indivíduo ou grupo a preservar o bem-estar, a saúde, melhorar os modos de vida e sua condição humana ou enfrentarem situações de doenças, morte e deficiências.

Madeleine Leininger; enfermeira e antropóloga, por volta de 1940, percebeu a necessidade do cuidado cultural como essencial às práticas de enfermagem. Na metade dos anos 50, enquanto trabalhava como enfermeira em uma clínica psiquiátrica com crianças com distúrbios mentais de diversas culturas, percebeu a

importância da cultura para o cuidado de enfermagem. Após vários estudos em antropologia, compreendeu o comportamento como culturalmente constituído e influenciado pela saúde mental⁽⁸⁷⁾.

A curiosidade e a falta de conhecimento sobre os fatores culturais na saúde física e mental conduziram-na aos estudos da antropologia e, posteriormente, a desenvolver no campo da enfermagem transcultural um foco comparativo do cuidado⁽⁸⁷⁾.

Nas décadas de 50 e 60, o interesse pelos estudos médicos das doenças, sintomas e tratamento, bem como os avanços tecnológicos na área biomédica, influenciaram as práticas tecnicistas, provocando o distanciamento enfermeira/cuidado. Inconformada com tal situação, Leininger⁽⁸⁷⁾ procurou resgatar a importância do cuidado para a prática de enfermagem, com a criação da Teoria transcultural, publicada em 1991.

Fundamentada na antropologia e nos conhecimentos da enfermagem, Leininger⁽²⁰⁾ menciona que o cuidado é culturalmente constituído e que cada cultura tem a sua forma, seus padrões, suas expressões e estruturas para conhecer, explicar e prever o estado de bem-estar, assim como padrões de comportamentos relacionados ao processo saúde-doença e os universos sociais e culturais onde ocorrem. A autora defende que cuidados com base cultural são essenciais, sendo estes mais abrangentes e holísticos.

A Teoria transcultural se fundamenta nas concepções de uma enfermagem holística e em uma perspectiva antropológica do homem, haja vista pertencer a várias culturas e contextos. Tendo como objetivos principais: documentar, saber, prever e explicar o que é diferente e universal acerca do cuidado popular nas culturas estudadas; conhecer as perspectivas culturais das pessoas sobre o cuidar e orientar a prática de enfermagem e o cuidado culturalmente coerente, com vistas a promover assistência de enfermagem que atenda às necessidades culturais, de valores e modo de vida da população assistida⁽⁸⁷⁾.

Leininger⁽²⁰⁾ afirma que as ações que envolvem prestação de cuidado devem primariamente considerar a visão que o indivíduo possui sobre saúde e doença e não apenas a visão e significados atribuídos por enfermeiros à saúde, sendo esta uma postura profissional errada.

A teoria do transcultural nos leva a refletir sobre o significado de cultura, que Leininger considera como crenças, modos de vida aprendidos, compartilhados e

transmitidos e que orientam pensamentos e decisões de forma padronizada de um determinado povo. Tal conceito muito se aproxima do conceito de cultura de Helman⁽⁴³⁾, ao conceber cultura como um conjunto de aspectos que os indivíduos herdam ao integrarem uma determinada sociedade e esses princípios permitem que as pessoas vivenciem e se comportem no mundo social.

Modesto⁽⁸⁸⁾ afirma ser essencial ao profissional de saúde o resgate da herança cultural e familiar, que estão presentes nas formas de cuidado utilizadas pelos pacientes, a fim de conseguir uma maior aproximação deste, para um cuidado mais efetivo.

Nas reflexões sobre as práticas de cuidado em enfermagem não se pode desconsiderar a diversidade cultural do indivíduo que recebe o cuidado, portanto considerar a cultura de um indivíduo e/ou grupo, compreender a relevância e influência sobre o seu comportamento é fundamental para existência de uma relação dialógica entre o sujeito que cuida e o sujeito que recebe o cuidado.

Com um olhar atento à Teoria transcultural para promoção do cuidado congruente com a cultura do indivíduo/comunidade, é importante considerar que as práticas de cuidados de enfermagem sejam desprovidas de uma relação unilateral e assimétrica no que concerne às práticas culturais e valores de uma dada população.

Nessa perspectiva, estudos na enfermagem vêm utilizando a Teoria transcultural e demonstrando a importância de sua aplicabilidade para a promoção de cuidados capazes de responder às demandas de cuidados do indivíduo, que sejam congruentes com sua cultura, conforme explicitados a seguir.

O estudo realizado por Seima *et al*⁽⁸⁹⁾ que buscou refletir sobre a utilização da Teoria da Diversidade e Universalidade do cuidado cultural de Madeleine Leininger, nas produções científicas brasileiras no campo da enfermagem, entre os anos de 1985 a 2011, evidenciou que a teoria é utilizada para favorecer propostas de cuidados holísticos e de respeito à cultura dos indivíduos para que as ações do profissional enfermeiro alcancem resultados almejados.

Henckemaier *et al*⁽⁹⁰⁾ ao realizarem um estudo com o objetivo de Identificar a aplicação da Teoria Transcultural de Leininger nas produções científicas em Programas de Pós-Graduação em Enfermagem nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, nos períodos de 2005 a 2010, revelaram a utilização parcial da teoria, ora utilizada como metodologia, ora como referencial teórico, apontando a necessidade de ampliação do uso dessa Teoria. Esses mesmos autores referem que somente com a

ampliação do uso da Teoria de Leininger no campo da pesquisa será possível identificar melhoras no processo de cuidar em enfermagem.

Boehs *et al*⁽⁹¹⁾ mencionam que a abordagem cultural no campo da enfermagem, são considerados na prática e na pesquisa, porém mais comumente utilizados para enfatizar aspectos de cuidados relacionados a grupos étnicos, nas situações relacionadas a valores, práticas e crenças dos indivíduos em situações relacionadas ao ciclo de vida como período grávido-puerperal ou doenças, sobretudo as crônicas, nas quais os hábitos têm um papel fundamental.

Nesse sentido, observa-se escassez de estudos realizados com populações indígenas e que utilizam a teoria transcultural, refletindo em poucas produções científicas da enfermagem no campo da saúde indígena.

Dentre os estudos que utilizaram a teoria transcultural para análise dos dados, encontram-se os de Rissardo⁽⁹²⁾ que realizou estudo etnográfico com profissionais de saúde com o objetivo de analisar as práticas de saúde dirigidos aos idosos indígenas da etnia Kaingang no Paraná. Tais práticas proporcionavam a manutenção dos indígenas na assistência, apontando a necessidade de que valores culturais e científicos se integrem para melhoria da saúde dos idosos indígenas.

Outro estudo realizado por Rissardo⁽⁹³⁾ em um estudo etnográfico sobre a percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores da cultura Kaingang que interferem na realização das práticas de cuidado aos idosos dessa etnia. Os resultados evidenciaram grande interferência da cultura indígena, principalmente no estranhamento cultural de diversos costumes, elencando como aspectos limitadores para assistência em saúde de tais idosos.

Moliterno⁽⁹⁴⁾ ao investigar o processo de gestação e nascimento entre as mulheres indígenas da etnia Kaingang, identificou a insatisfação na assistência durante o parto. Sendo necessária a adequação das práticas de forma a preservar a cultura dessa etnia.

Os estudos^(89,90,91,92,93,94) apontam para uma vasta abordagem da Teoria Transcultural, porém pouca utilização desta nas práticas de cuidado. A utilização da teoria de Leininger norteia a assistência de enfermagem permitindo que esta seja diferenciada e com embasamento científico.

5. Caminho Metodológico

A decorative flourish consisting of a horizontal line with elegant, symmetrical scrollwork at both ends, positioned below the section header.

5 CAMINHO METODOLÓGICO

Figura 4 - Diário de Campo da Pesquisadora



Fonte: Acervo pessoal, Autazes, 2016.

Trata-se de uma etnografia baseada no ponto de vista dos sujeitos pesquisados, cujo objetivo é apreender a visão desses sujeitos e observar fatos que só seriam possíveis com a presença do pesquisador no campo e por período prolongado. Para tal, eu precisava estar inserida no contexto, sendo parte integrante do processo de observação e participação do universo de trabalho de minhas interlocutoras, bem como das ações de saúde por elas realizadas⁽⁹⁵⁾.

A escolha da abordagem etnográfica se deu com o método etnográfico, que, segundo Geertz⁽⁴⁹⁾, é possível “estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos, levantar genealogias, mapear campos, manter um diário, assim por diante, e elaborar uma descrição densa da realidade” (p.4). Para esse autor, ao optar por um estudo etnográfico, o pesquisador deve descobrir as estruturas conceituais que revelam os atos dos informantes.

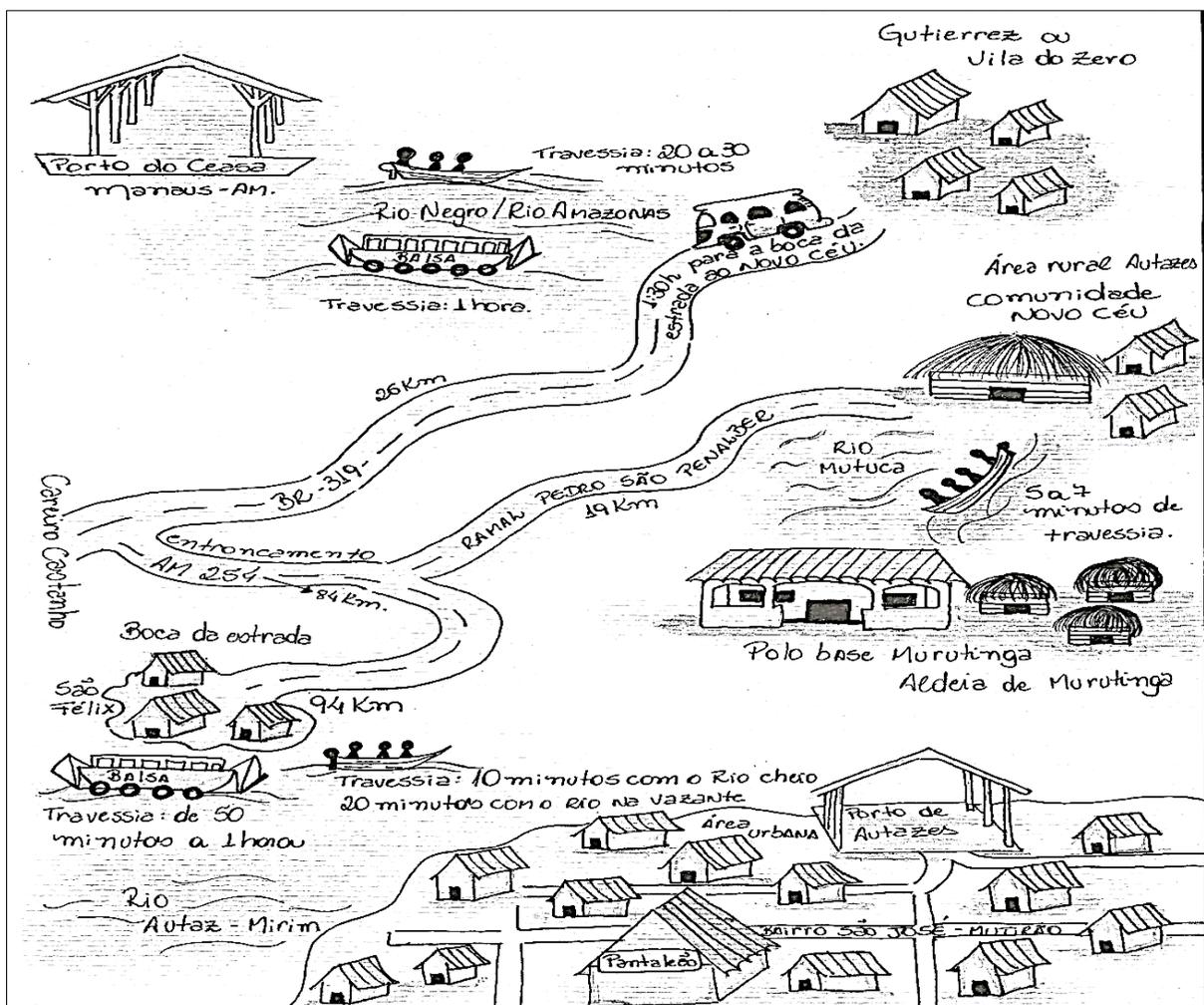
Para Malinowski⁽⁹⁵⁾, a etnografia favorece a pesquisa e se mostra indispensável, pois por meio da observação participante é possível ao pesquisador analisar posturas, gestos, perceber contradições, a rede de relações existente, postura corporal dos nativos, bem como o próprio ambiente. Desse modo, foi em

busca de conhecer tais estruturas, bem como compreender e dar significados aos atos de minhas interlocutoras no que se refere ao processo de cuidar/cuidado, destinados à população indígena, que “embarquei”, no sentido literal dessa palavra, na proposta etnográfica.

A etnográfica favoreceu a minha aproximação enquanto profissional de saúde e pesquisadora com minhas interlocutoras (enfermeiras), para apreender o cuidado e as práticas de cuidados, a partir da perspectiva da antropologia da saúde, das ações desenvolvidas dentro de uma política de atenção à saúde indígena estabelecida e da singularidade cultural e de cuidado da população atendida.

5.1 ITINERÁRIO PARA ACESSO AOS CENÁRIOS DO ESTUDO

Figura 5 - Itinerário de viagem: Manaus-Autazes, Manaus- Aldeia Murutinga



Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Meu itinerário de viagem para acesso aos cenários de estudo iniciava-se no Porto da CEASA, na Vila Buriti, em Manaus, de onde eu partia em direção ao Município de Autazes (Figura 5). Minha saída de Manaus pelo Porto da CEASA geralmente ocorria por volta das 8h da manhã. O percurso a princípio se faz por via fluvial, que pode ser realizado por balsa, com duração de aproximadamente uma hora, ou por lancha com capacidade para aproximadamente de 20 a 40 pessoas, na qual a duração do percurso é de 20min, seguindo em direção à margem direita do Rio Amazonas pelo Ponto Vila do Zero ou “Gutierrez”, como é comumente conhecido pela população localizada no município de Careiro da Várzea. Durante esse percurso, percorríamos inicialmente as águas do Rio Negro, perpassando pelo tão belo encontro das águas e finalizando o percurso no Rio Amazonas. Ao chegar à Vila Zero no Careiro da Várzea, o transporte em direção a Autazes é feito via terrestre que pode ser feito de ônibus ou de Táxi de lotação, com capacidade para 5 pessoas contando com o motorista, sendo esse o transporte que comumente eu utilizava para seguir viagem até o destino final. O percurso percorrido era de 26 quilômetros através da rodovia federal BR 319 que dá acesso ao entroncamento com a rodovia estadual AM 254.

Para acesso à Aldeia Murutinga, localizada na zona rural do município de Autazes, é necessário percorrer até o quilômetro 84 da rodovia AM 254, o qual dará acesso ao Ramal Pedro São Penalber, que possui 19 quilômetros de extensão, chegando à comunidade do Novo Céu. O tempo de deslocamento do Ponto da Vila do Zero até a comunidade do Novo Céu é de uma hora e trinta minutos. Da comunidade Novo Céu, o acesso à aldeia Murutinga é via fluvial, por meio de uma embarcação de pequeno porte chamado de voadeira, comumente usada na região. O tempo gasto no percurso da Comunidade Novo Céu à aldeia Murutinga é de dez a 15 minutos. O Rio trafegado nesse percurso é o Mutuca, com tempo de deslocamento de dez a quinze minutos.

Para acesso à aldeia de Pantaleão, situada na zona urbana de Autazes, o percurso é feito via terrestre, saindo da Vila do Zero no município de Careiro da Várzea, percorrendo um percurso de 94 quilômetros da rodovia AM 254, até chegar em um pequeno Porto chamado pelos moradores de Autazes e arredores de “Boca da Estrada”, onde existe um flutuante onde os passageiros aguardam a balsa ou as lanchas saírem, pois essas só saem em direção a Autazes se a embarcação tiver

completado sua lotação. Esse Porto dá acesso às margens dos Rios Paraná Madeirinha e Rio Autaz Mirim. Para chegar em Autazes o percurso pode ser realizado de Balsa, com duração de cinquenta minutos a uma hora e trinta minutos, o que vai depender das condições de cheia ou seca do rio. O percurso que fazia era feito por meio de lancha, na qual a travessia durava em média de dez a vinte minutos.

5.2 O TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de Campo é considerado a etapa essencial da etnografia. Por isso, o pesquisador deve planejar sua entrada no campo, a fim de identificar seus interlocutores, promover aproximação e relação de confiança para, posteriormente, iniciar a coleta de dados, quando deverá observar aspectos significantes e refletir sobre os achados.

Nesse sentido, o fazer etnográfico consiste em tentar ler e indagar os acontecimentos e/ou situações e dados encontrados, os quais nada mais são do que a nossa própria construção das construções de outras pessoas⁽⁴²⁾. Foi munida desse conhecimento que me inseri nos cenários desse estudo etnográfico.

O estudo foi realizado no município de Autazes localizado na região central do estado do Amazonas, distante de Manaus, a capital do Estado, aproximadamente, 110 km em linha reta e 218 km por via fluvial. Autazes está situada na convergência dos rios Madeira, Amazonas, Solimões e Baixo Purus, possui uma área total de 7.599 km², sendo 154 km² de área urbana e 7.445 km² de área rural² e foi, primeiramente, habitada pelos indígenas da etnia Mura. Autazes está entre os municípios que fazem parte do DSEI Manaus. Por ser um município com uma quantidade expressiva de indígenas da etnia Mura, foi escolhido como contexto desse estudo^(96,97).

No Estado do Amazonas, a etnia Mura corresponde a 60% da população atendida pelo DSEI/Manaus e encontra-se no município de Autazes, distribuída em 24 aldeias⁽¹⁾. Pela expressividade populacional dos indígenas dessa etnia, os Polos-Base das aldeias Pantaleão e Murutinga, localizados nas Zonas urbana e rural, bem como o hospital localizado na sede do município de Autazes, considerado Unidade referência do SUS para atendimento à população indígena, foram escolhidos como cenários para esse estudo.

Minhas interlocutoras foram dez enfermeiras que atuavam no cuidado à população indígena Mura no Município de Autazes. Quatro dessas profissionais atuavam no Hospital de Autazes, quatro atuavam na aldeia de Pantaleão e duas atuavam na Aldeia de Murutinga.

Meu primeiro contato em campo e minha aproximação com as referidas interlocutoras ocorreram em maio de 2014, em uma visita ao Polo-Base, localizado na Aldeia de Pantaleão, zona urbana de Autazes, quando tive a oportunidade de ir acompanhada por um grupo de colegas docentes e pesquisadores da Escola de Enfermagem da UFAM que também iriam realizar suas pesquisas no contexto das aldeias de Pantaleão e Murutinga. Esse primeiro contato foi importante, pois nos favoreceu aproximação e escuta atenta sobre um pouco da realidade vivida pelos profissionais no campo da Saúde indígena. Na ocasião, foi possível nos reunirmos com as lideranças indígenas da etnia Mura, a fim de esclarecê-los sobre o nosso interesse em realizar pesquisas em terras indígenas e, para tal, precisaríamos da anuência da liderança.

Na oportunidade, explicamos sobre os temas, objetivos e métodos que seriam realizados por cada um de nós dentro do contexto da pesquisa a ser desenvolvida. Para que essa primeira visita acontecesse, foi realizado um agendamento via telefone com as enfermeiras e lideranças indígenas. Após os devidos esclarecimentos, profissionais e lideranças indígenas demonstraram interesse em colaborar com as pesquisas que seriam realizadas nas aldeias de Pantaleão e Murutinga. Como meu trabalho iria para além das terras indígenas Mura, pois, além de trabalhar com os profissionais enfermeiros que trabalhavam especificamente nos PB das duas aldeias, eu também precisava conhecer e compreender a perspectiva dos enfermeiros que recebem a população indígena e prestam assistência a essa população em unidade de média complexidade referência do SUS, para atender a essa população na sede do município.

A minha segunda entrada em campo se deu em junho de 2014, com a finalidade de conhecer mais um dos locais, onde seria realizada a pesquisa, para fazer um levantamento do número de enfermeiros atuante no Hospital. Nessa ocasião, aproveitei a oportunidade para solicitar à direção geral do Hospital a anuência para realizar a pesquisa no contexto hospitalar (Anexo 1). Em conversa com a diretora do hospital, expliquei sobre a pesquisa e os objetivos e, após os devidos esclarecimentos, a diretora concordou com a realização da pesquisa, formalizando

sua aprovação, por meio da assinatura do termo de anuência para que a pesquisa fosse realizada no contexto Hospitalar. Destaco a boa receptividade da direção do hospital que me deixou bastante satisfeita e estimulada a realizar a pesquisa naquele cenário.

A terceira entrada no campo ocorreu em junho de 2015, após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-CEP/EEUSP (Anexo 2). Tal entrada se deu a fim de iniciar uma aproximação com os profissionais do hospital. Na oportunidade, pude conhecer e conversar com a gerente de enfermagem, que me recebeu de forma muito cordial, colocando-se à disposição para colaborar com a pesquisa. Durante a conversa, a enfermeira falou sobre as demandas do hospital e sobre a carência de educação continuada para os enfermeiros e técnicos de enfermagem do Hospital voltada aos seguintes temáticas: Curativo e Tratamento de feridas, Atendimento de enfermagem ao paciente em Parada cardiorrespiratória, Infecção relacionada à assistência à Saúde e Prevenção de contato, e reanimação neonatal.

No final da conversa fui convidada pela enfermeira a realizar algumas atividades de educação continuada para os enfermeiros do hospital e enfermeiros da Atenção Básica do município para atender às demandas e necessidades por ela expostas. Concordei em realizar tais atividades, pois seria uma contribuição imediata da pesquisadora para a Instituição. Os temas escolhidos foram todos sugeridos pela gerente de enfermagem, sem nenhuma interferência da pesquisadora nas escolhas dos temas. As atividades de educação continuada foram realizadas logo que retornei ao campo em agosto de 2015, em minha quarta entrada em campo, dessa vez para iniciar a pesquisa de campo. Vale ressaltar que as atividades de educação continuada promoveram aproximação entre mim, os enfermeiros e demais profissionais do hospital.

Permaneci no campo para realização da pesquisa de agosto de 2015 a janeiro de 2016, totalizando cinco meses de imersão no cotidiano de minhas interlocutoras. O trabalho de campo foi realizado em duas etapas.

Na **primeira etapa** busquei uma aproximação com as interlocutoras, bem como com os locais de pesquisa.

A aproximação com minhas interlocutoras aconteceu, em sua maioria, antes de minha inserção no campo por meio das redes de contatos, as quais obtive com alguns amigos e pessoas que conheciam e possuíam o número do telefone de alguns

enfermeiros e enfermeiras que atuavam no Hospital, bem como nos Polos-Bases das zonas urbana e rural de Autazes. Vale ressaltar que essa aproximação favoreceu uma relação de confiança, pois minimizou as formalidades, permitindo com isso uma relação mais estreita entre pesquisadora/interlocutoras.

Antes da entrada em terras indígenas, para iniciar o trabalho de campo, foram realizadas reuniões com as lideranças indígenas Mura, bem como com o cacique, para esclarecimentos sobre o estudo e para obtenção da autorização para realização da pesquisa. Após anuência da FUNAI (Anexo 3) para ingresso em terra indígena, obtida em outubro de 2015, foi possível iniciar a pesquisa de campo nas aldeias.

Os critérios de inclusão foram, *a priori*, enfermeiras que trabalhassem com a população indígena Mura nas zonas urbana e rural do município de Autazes e que tivessem, no mínimo, dois meses de atuação junto a essa população. Porém, durante o trabalho em campo, identifiquei uma enfermeira que estava atuando havia apenas 20 dias com a população indígena, o que julguei ser de grande importância considerar a perspectiva de uma enfermeira recém-formada e recém-admitida no serviço, o que me levou, posteriormente, a importantes reflexões.

Foi considerado critério de exclusão, o profissional que, no período do trabalho em campo, estivesse de licença médica ou de férias. Os demais profissionais foram convidados a participar da pesquisa, porém três enfermeiros que atuavam no hospital, mesmo após minha aproximação e esclarecimentos sobre a pesquisa e vários agendamentos não compareceram ao local combinado, o que interpretei como não interesse em participar da pesquisa.

Às participantes foram prestados esclarecimentos acerca da pesquisa, dos objetivos e dos métodos que seriam utilizados. Após os devidos esclarecimentos, as que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) e, em seguida, já foi permitida minha inserção no local de trabalho das enfermeiras para iniciar as observações participantes.

Esta se configurou como a primeira técnica de trabalho em campo, sendo que, somente após convívio prolongado com minhas interlocutoras, a fim de apreender um pouco mais sobre suas rotinas de trabalho, bem como quebrar as barreiras das formalidades, estabelecendo uma relação de confiança, é que iniciávamos os agendamentos para realização das entrevistas.

A escolha pela observação participante se deu porque essa técnica ajuda a desvelar as contradições existentes entre o discurso e as práticas vividas pelo grupo estudado⁽⁷⁰⁾.

As entrevistas eram agendadas de acordo com a disponibilidade de cada participante e, preferencialmente, fora do ambiente de trabalho, a fim de garantir que as entrevistas não fossem interrompidas. Porém, muitas entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho em horários nos quais o fluxo das atividades era menor e em locais favoráveis à sua realização.

As entrevistas seguiam um roteiro semiestruturado (Apêndice B), contendo aspectos relacionados ao perfil das interlocutoras e perguntas abertas voltadas ao conhecimento sobre os povos indígenas. As perguntas estavam relacionadas à saúde indígena; à experiência de cuidar do indígena; às facilidades e às dificuldades e aos desafios do cuidar do indígena, além de apreender sugestões para a formação do enfermeiro voltado à saúde indígena.

As entrevistas duravam de 15 a 40 min, sendo gravadas e posteriormente transcritas na íntegra para posterior análise. Para que não houvesse qualquer tipo de influência da pesquisadora durante as entrevistas, estas eram realizadas sem nenhuma interrupção, sempre respeitando as pausas, silêncios e observando as expressões faciais e movimentos corporais, com a finalidade de apreender sem nenhuma perda o que minhas interlocutoras expressavam em suas falas. Após as entrevistas, todas as reações observadas eram registradas no caderno de notas, a fim de agregar tais informações ao discurso das participantes.

Após as transcrições das entrevistas, eu realizava inúmeras e minuciosas leituras dos textos produzidos e, quando necessário, completava com fatos significativos observados durante a realização de cada entrevista e que estavam registradas no diário de campo. Os dados referentes às conversas informais e às observações eram registrados no diário de campo.

As observações e dados das conversas informais foram registrados em cadernos de notas no momento exato em que aconteciam e, posteriormente, registrados de forma sistematizada no diário de campo, imprescindível para as anotações de minhas observações e de minhas impressões. Foram objetos de análise, também, as indagações que surgiam durante e após os encontros com minhas interlocutoras e em situações vivenciadas em campo.

A **segunda etapa da pesquisa de campo** ocorreu em três momentos: O primeiro momento se deu com minha inserção no Hospital, com o propósito de compreender e apreender como o cuidado à população indígena Mura é realizado pelas enfermeiras que atuam em uma unidade de média complexidade, referência do SUS para atender essa população no Município de Autazes. No segundo e terceiro momentos, iniciamos o acompanhamento das atividades realizadas pelas enfermeiras nos Polos-Base das aldeias de Pantaleão e Murutinga, ambos sob a coordenação do DSEI/Manaus.

As viagens eram realizadas para aldeias distantes a fim de apreender, pelo convívio prolongado com a EMSI, as ações de saúde realizadas junto à população indígena, porém com um olhar atento às ações de saúde realizadas pelas enfermeiras. Para a preservação do anonimato, as identidades de minhas interlocutoras foram substituídas por nomes fictícios e, para tal, optei por utilizar nomes de origem indígena.

5.3 O CONTEXTO SOCIAL DO CAMPO DE ESTUDO

5.3.1 Os cenários

Para a escolha do contexto social é importante que o pesquisador considere três componentes essenciais, a saber: o local, onde o estudo é desenvolvido, os interlocutores e as atividades por eles realizadas.

No caso desse estudo, foram escolhidos três cenários diferentes, favorecendo-me reflexão sobre três contextos diferentes e proporcionando-me importantes reflexões sobre as atividades realizadas por minhas interlocutoras, além de conhecer o funcionamento da Rede de Atenção à saúde, destinada à população indígena Mura do município de Autazes e identificar como as ações de enfermagem eram desenvolvidas pelos enfermeiros nos cenários estudados.

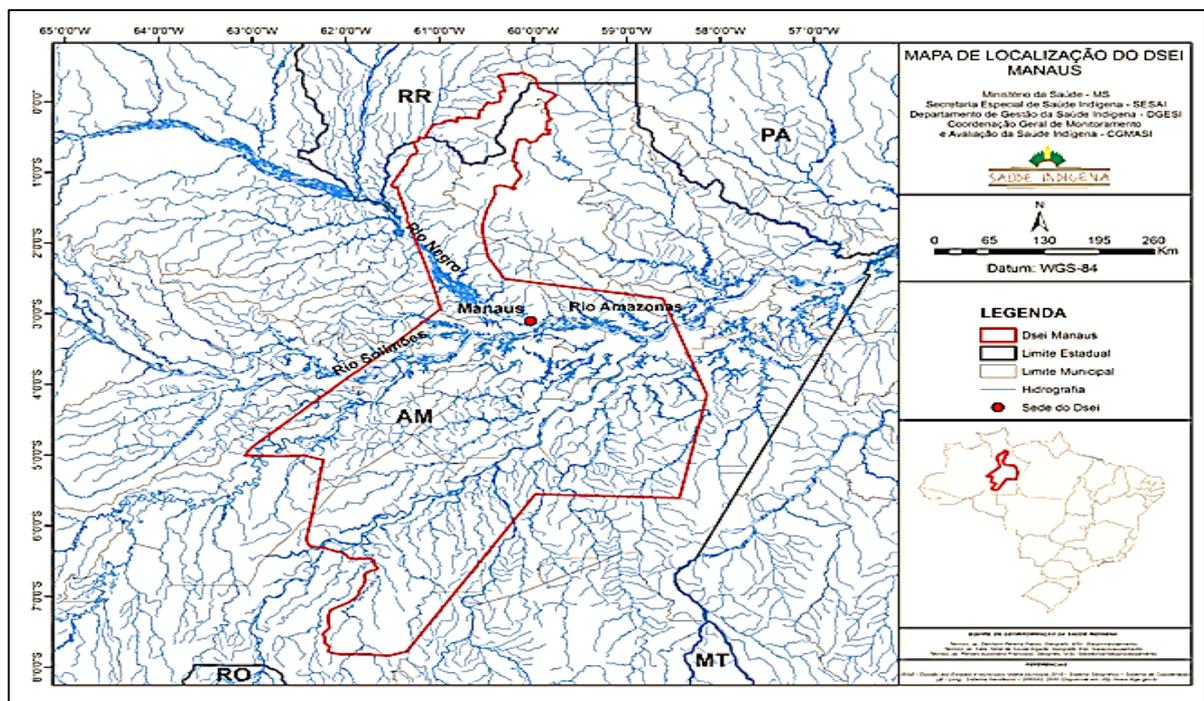
A realização de um estudo deve acontecer onde os fenômenos acontecem, portanto, os locais escolhidos para observação dos fenômenos estavam relacionados ao processo de cuidar/cuidado do enfermeiro à população indígena Mura, em dois níveis de Atenção à Saúde: o nível o primário, representado pelos Polos-Base das Aldeias de Pantaleão e Murutinga e o nível secundário, representado pelo Hospital.

Para situar o leitor quanto aos cenários no campo da Saúde indígena, farei uma breve caracterização do Distrito Sanitário Especial indígena de Manaus, responsável por coordenar as atividades realizadas nos dois Polo-Base localizados nas aldeias de Pantaleão e Murutinga, *locus*, dessa pesquisa.

5.3.2 Caracterização do Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus

O Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus abrange 19 municípios do Estado do Amazonas: Autazes, Beruri, Borba, Careiro da Várzea, Careiro Castanho, Humaitá, Iranduba, Itacoatiara, Manacapuru, Manaquiri, Manaus, Manicoré, Nova Olinda do Norte, Rio Preto da Eva, Novo Aripuanã, Urucará, Anamã, Silves, Novo Airão. Com uma vasta área de abrangência, o DSEI/Manaus atende 25.678 indígenas, distribuídos em 212 aldeias, pertencentes a 35 etnias. O DSEI/MAO possui 15 Polos-Base⁽¹⁾.

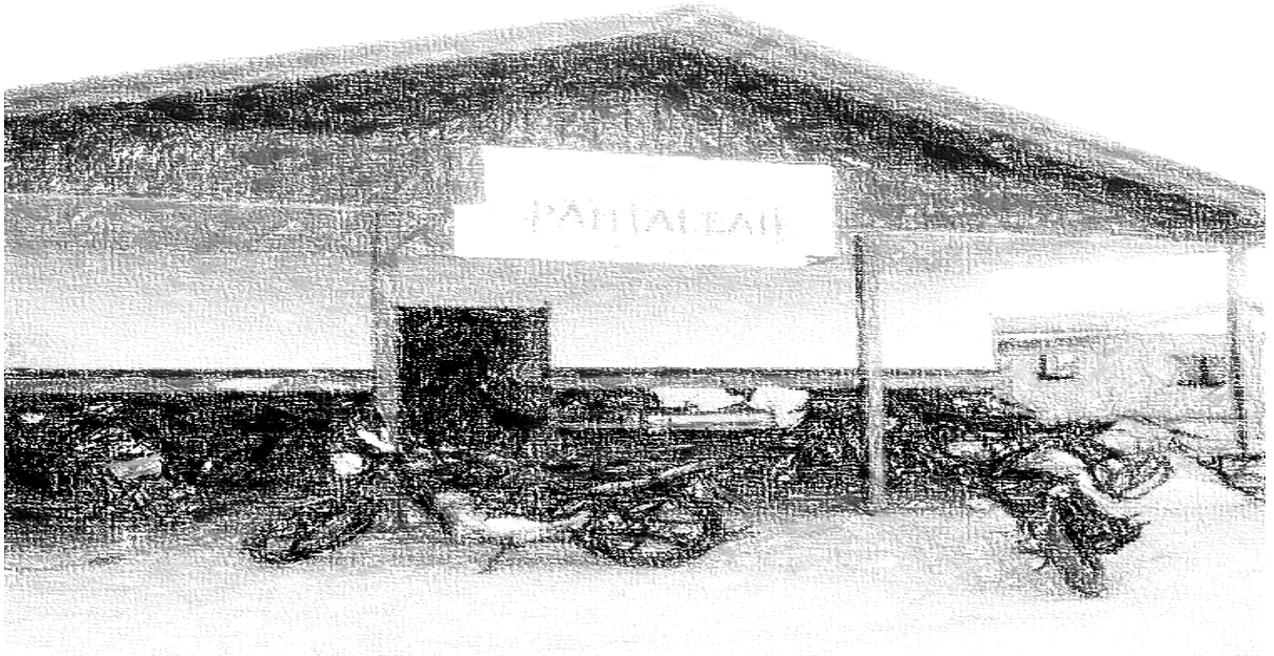
Figura 6 - Mapa do DSEI Manaus



Fonte: Brasil, 2014

5.3.3 Polo-Base da Aldeia Pantaleão

Figura 7 - Polo-Base Pantaleão, Autazes



Fonte: acervo pessoal

Na organização do Subsistema de atenção à Saúde dos povos indígenas, o Polo-Base é uma Unidade Básica de Saúde que deve contar com médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, os quais são responsáveis pelo atendimento nas aldeias localizadas geograficamente próximas a ele. Os Polos são a primeira referência para os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias, podendo estar localizados numa comunidade indígena ou em um município de referência, e é nessa Unidade onde a maioria dos agravos à saúde das populações indígenas devem ser resolvidas⁽⁷⁾.

O Polo-Base da aldeia de Pantaleão está localizado na zona urbana do município de Autazes e tem como área de abrangência 19 aldeias (Tabela 1). Este está sob a responsabilidade do DSEI/Manaus, trata-se de uma Unidade Básica de Saúde, onde atua a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), composta por 2 médicos, 4 enfermeiras, 1 odontólogo, 1 técnico de saúde bucal, 13 técnicos de enfermagem, 1 microscopista e 21 Agentes Indígenas de Saúde (AIS). A Unidade funciona de segunda à sexta-feira, das 7 às 17h.

As EMSI se dividem em equipe A e equipe B. Enquanto uma equipe realiza suas ações de saúde nas aldeias fora do município, a outra equipe realiza os atendimentos de saúde no PB. A jornada de trabalho dos profissionais da EMSI nas aldeias é de 20 dias ininterruptos, com intervalo de 10 dias para folga. A unidade funciona com constante falta de materiais, necessários para a realização das ações de saúde, comprometendo significativamente a assistência aos indígenas.

Quanto à estrutura física, é uma unidade pequena, com estrutura precária, composta por uma sala de triagem, onde é realizada a pesagem das crianças, há uma mesa, duas cadeiras e uma balança. Nesse local, os técnicos de enfermagem e os agentes indígenas de saúde permanecem, quando não estão realizando as visitas domiciliares, além de aproveitarem para longos períodos de conversas.

Existe uma sala, utilizada pelas enfermeiras como consultório, porém sem estrutura adequada e sem móveis e materiais necessários para realização das consultas e realização de exames. Essa sala só é utilizada quando a demanda do dia é grande e há necessidade de que os atendimentos sejam realizados também nessa sala.

Essa Unidade possui uma copa/cozinha, onde são feitos cafés e outras refeições. Há um bebedouro para uso dos profissionais de saúde e dos indígenas.

Possui um almoxarifado, uma sala do SISVAN e SIASI, uma recepção, com uma mesa e algumas prateleiras, onde ficavam os prontuários dos indígenas. Trabalham, neste local, duas mulheres que fazem a triagem dos pacientes indígenas, procedimento de aferição da pressão arterial (PA), peso, recebem fichas de atendimento e direcionam os indígenas para as consultas com médico, enfermeiras ou odontólogo.

A sala de espera se configura como um salão com bancos de madeiras, onde os indígenas ficam sentados assistindo TV, enquanto aguardam pelo atendimento. Nesse local, corriqueiramente, eu ficava sentada, enquanto aguardava a chegada das enfermeiras, observando a movimentação de mulheres gestantes, de criança e, raramente, homens ou idosos, que chegavam para serem atendidos.

Ainda há uma sala de vacina e um consultório de enfermagem, que dispõe de móveis e materiais necessários para realização de consultas e exames ginecológicos, bem como para atendimentos às crianças nas consultas de puericultura. Há também consultório médico e odontológico. Há dois banheiros para uso interno e externo. O

quantitativo populacional de indígenas cadastrados e que estão na área de abrangência do PB estão discriminados na Tabela 1.

5.3.4 Polo-Base da Aldeia de Murutinga

Figura 8 - Polo-Base da Aldeia de Murutinga



Fonte: Acervo pessoal.

O Serviço de Saúde da aldeia Murutinga abrange área com 13 aldeias, cinco destas estão distribuídas no perímetro rural do município de Autazes e oito no município de Careiro da Várzea (Tabela 1), ambos municípios do Estado do Amazonas.

O PB Murutinga está sediado na zona rural do município de Autazes, dentro da Aldeia de Murutinga e sob a coordenação do DSEI/Manaus. Trata-se de uma Unidade Básica de Saúde, onde atua a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), composta por um médico, duas enfermeiras, um odontólogo, um técnico em saúde bucal, sete técnicos de enfermagem, um microscopista e dezoito Agentes Indígenas de Saúde (AIS).

A Unidade funciona de segunda a domingo, 24h por dia e, por estar localizado dentro da aldeia e distante do Município de Autazes, atende os casos de urgências e emergências, oriundas da própria aldeia Murutinga e das áreas de abrangência, uma

vez que os PB se configuram na primeira referência de serviço de saúde. Quando se trata de uma situação que foge à capacidade de resolutividade, devido ao grau de complexidade do serviço, a equipe multidisciplinar encaminha o indígena para o Hospital de Autazes.

Os profissionais de saúde se dividem em duas equipes (A e B), que organizam suas ações de saúde nas aldeias durante um período de 20 dias ininterruptos, com intervalo de 10 dias de folga para os profissionais de saúde. Apenas o médico trabalha 15 dias sem intervalo, realizando atendimento nas aldeias junto à equipe, alternando folgas após 15 dias, ficando a Unidade durante esse período sem o profissional médico e todos os atendimentos sob a responsabilidade da equipe de enfermagem.

Quanto à estrutura física, o Polo-Base da aldeia Murutinga é uma unidade com estrutura muito precária, composta por uma sala de triagem; uma sala de recepção e espera; um consultório odontológico; um consultório médico; um consultório de enfermagem; uma sala de vacina; um almoxarifado; uma sala para atendimentos de urgência e emergência, com uma maca, uma cama hospitalar, uma pia, um carro de medicamentos. Observa-se que a maioria dos utensílios e equipamentos está enferrujada e em precárias condições.

Há uma sala do SISVAN e SIASI, além de uma cozinha e dois quartos, onde as equipes de saúde dormem, e dois banheiros. O PB não possui segurança para a equipe, as portas são fechadas com cadeiras, pois as fechaduras são quebradas, o teto e as paredes apresentam rachaduras. Vale ressaltar que o PB se configura não só como local de trabalho, mas também de moradia para EMSI, pois é onde a equipe permanece alojada no período em que está em atividades nas aldeias.

Tabela 1 - Distribuição de indígenas cadastrados nos Polos-Base de Pantaleão e Murutinga, Autazes, 2013.

Polo Pantaleão				Polo Muritinga			
Aldeia	Etnia	Município	População	Aldeia	Etnia	Município	População
Pantaleão	Mura	Autazes	1.059	Murutinga	Mura	Autazes	1.617
Muratuba	Mura	Autazes	324	Tawary	Mura	Autazes	115
Tucuxi	Mura	Autazes	209	Karanai	Mura	Autazes	117
Moiray	Mura	Autazes	115	Ponciano	Mura	Autazes	240
Ferro Quente	Mura	Autazes	106	Poronga	Apurinã	Autazes	64
Igarapé Açú	Mura	Autazes	278		Mura	Autazes	33
Soares	Mura	Autazes	499	Gavião	Mura	Careiro da Várzea	70
Sampaio	Mura	Autazes	571	Jacaré	Mura	Careiro da Várzea	73
Jauari	Mura	Autazes	331	Sissaima	Mura	Careiro da Várzea	291
São Félix	Mura	Autazes	223	Bom Futuro	Mura	Careiro da Várzea	227
Josefa	Mura	Autazes	543	Jabuti	Mura	Careiro da Várzea	103
	Munduruku	Autazes	01	Jutaí	Mura	Careiro da Várzea	133
Trincheira	Mura	Autazes	497	Boa Vista	Mura	Careiro da Várzea	242
Guapenú	Mura	Autazes	466	-	-	-	-
Natal	Mura	Autazes	157	-	-	-	-
Paracuuba	Mura	Autazes	210	-	-	-	-
Miguel	Mura	Autazes	69	-	-	-	-
Padre	Mura	Autazes	77	-	-	-	-
Capivara	Mura	Autazes	150	-	-	-	-
Cuia	Mura	Autazes	281	-	-	-	-
Total			6.166	Total			3.325

Fonte: SIASI, 2013

5.3.5 O hospital

Figura 9 - Hospital de Autazes



Fonte: Acervo pessoal

O Hospital de Autazes é uma Instituição Pública, localizada no centro da cidade e se configura como uma Unidade Hospitalar de média complexidade, possuindo uma média mensal de 12.156 atendimentos, compreendendo desde atendimentos ambulatoriais, realização de exames, atendimentos de urgência e emergência, partos naturais e cesáreos, laqueaduras e cirurgias de urgência, como as apendicectomias. No ano de 2015, foram realizados 145.882 atendimentos em nível ambulatorial e hospitalar.

O prédio do Hospital é composto por duas entradas. A entrada principal dá acesso ao pronto Socorro e demais dependências do hospital, a outra entrada dá acesso aos serviços de apoio diagnóstico, laboratório, ultrassonografia, raio X e mamografia. É unidade cadastrada no SUS, na qual se encontram: Unidade de Urgência e Emergência, com sala de espera; recepção, sala de curativo, banheiros masculino e feminino, sala de expurgo, sala do motorista, sala de triagem, Consultório de urgência e emergência, enfermaria de observação, composta por seis leitos e um banheiro. Há, ainda, posto de enfermagem e corredor (área de circulação).

Os leitos de unidades de internação (enfermarias) estão assim distribuídos: Pediatria I, com três leitos; Pediatria II, com três leitos; Enfermaria masculina da clínica médica, com quatro leitos; Isolamento, com dois leitos; Enfermaria feminina clínica médica, com quatro leitos; Alojamento conjunto, com cinco leitos; Pré-Parto, com três leitos; Bloco cirúrgico; Centro cirúrgico I e Centro Cirúrgico II, Sala de Esterilização; Clínica cirúrgica feminina, quatro leitos; Clínica cirúrgica masculina, com dois leitos.

O hospital realiza atendimento ambulatorial e atendimento de Urgência e Emergência, além de cirurgias de menor complexidade e partos cesáreos. Como parte do Hospital ainda existe as unidades anexas: Unidade Transfusional (HEMOAM), Sistema Nacional de Regulação (SISREG), Serviço Social, Farmácia Hospitalar, além de uma copa-cozinha e lavanderia.

No período em que realizei o trabalho de campo, o Hospital possuía uma equipe multidisciplinar, composta por cinco médicos clínicos gerais, dois médicos cirurgiões, sete enfermeiros, 49 técnicos de enfermagem, quatro farmacêuticos, um bioquímico, um assistente social, cinco técnicos em radiologia, seis técnicos em patologia clínica, três técnicos em hemoterapia. O hospital, por já ter autorizado a coleta de dados, foi o cenário por onde iniciei o trabalho de campo, pois na ocasião ainda não possuía autorização para entrar em terra indígena (TI). Minha aproximação com os profissionais do Hospital se deu de forma muito satisfatória, pois mesmo sem participação de alguns enfermeiros, foi possível conhecer a realidade do processo de cuidar do indígena em contexto hospitalar, bem como desvelar a perspectiva dos profissionais no desenvolver de suas ações ao paciente indígena.

5.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa atendeu à Resolução 466/2012, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de São Paulo/EEUSP, em 26 de maio de 2015 (CAAE: 45244315.6.0000.5392) (Anexo 2). Em relação à necessidade de encaminhar à comissão Nacional de ética em Pesquisa (CONEP)/CNS/Brasília, o CEP/EEUSP julgou que não seria necessário, por ser uma pesquisa que tinha como público-alvo apenas profissionais de saúde. Vale destacar que a pesquisa recebeu autorização para ingresso em terra indígena, emitida pela FUNAI em 20 de outubro de 2015

(Anexo 3), porque duas unidades de saúde, cenários dessa pesquisa, estavam localizadas em terras indígenas (TIs).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) foi elaborado, buscando uma linguagem clara e objetiva, por meio da qual as interlocutoras da pesquisa eram esclarecidas sobre os objetivos e métodos que seriam utilizados durante; sobre a preservação do anonimato e sigilo das informações; sobre o uso de nomes fictícios e sobre o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. Após a leitura do TCLE para cada participante da pesquisa, aquela que concordasse em participar confirmava sua anuência assinando o TCLE em duas vias; uma via ficava com a pesquisadora e outra com a participante. Como os dois cenários da pesquisa estavam localizados em TIs, antes da entrada do pesquisador no campo, foi comunicado ao cacique (liderança indígena) sobre as anuências recebidas e início do trabalho de campo em TIs. Assim, antes de dar início ao trabalho de campo em TIs foram realizados todos os procedimentos recomendados, bem como a adequação a todas as anuências das instituições envolvidas, além de comunicar às lideranças indígenas sobre a data de início e previsão de encerramento do trabalho de campo em terras indígenas.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

No método etnográfico, a coleta e análise dos dados são realizadas simultaneamente, com um crescente nível de complexidade e tem como finalidade extrair temas e obter um entendimento profundo das crenças e valores que guiam as ações dos indivíduos⁽⁴⁹⁾. Portanto, o processo utilizado para compreender as informações oriundas dos discursos e observações registradas em cadernos de notas e diário de campo deu-se de forma processual durante todo o percurso para obtenção dos dados, ou seja, a análise e coleta de dados foram realizadas concomitantemente durante toda a realização do trabalho de campo, refletindo sobre os aspectos que foram significantes para posterior levantamento de temas, os quais foram elencados, levando em consideração os pontos convergentes nos discursos das interlocutoras, bem como as situações observadas.

Após exaustivas e minuciosas leituras dos materiais oriundos das observações, emergiram temas relacionados às situações etnográficas e dados que foram

significantes no processo de cuidar da população indígena Mura do município de Autazes. Para organização dos dados e para melhor construção dos temas, foram criadas fichas temáticas das situações etnográficas. Para respondermos ao objetivo da pesquisa foi necessário fazer um recorte temático dos dados obtidos durante trabalho de campo, os quais foram separados por fichas temáticas, referentes às práticas de cuidado destinados à população indígena, desafios e dificuldades relacionados ao processo de cuidar do enfermeiro em contexto das TIs Mura.

6. Resultados e Discussão



6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 O PROCESSO ETNOGRÁFICO

Inicialmente farei a apresentação das interlocutoras, enfermeiras que realizavam ações de saúde à população indígena. Em seguida, serão apresentados os temas e subtemas que emergiram das situações observadas, das anotações em diário de campo e entrevistas, as quais foram significantes e relacionadas ao cuidado do enfermeiro à população indígena.

6.2 APRESENTAÇÃO DAS INTERLOCUTORAS

Minhas interlocutoras eram enfermeiras que trabalhavam com a população indígena Mura, no município de Autazes, nas zonas urbana e rural em dois níveis de atenção à saúde, a saber: atenção Primária e Secundária. Quatro enfermeiras trabalhavam no Hospital e seis trabalhavam nas unidades de saúde, destinadas à população indígena nas zonas urbana e rural, totalizando dez enfermeiras.

Conhecer o papel de minhas interlocutoras na EMSI exigiu um exercício de distanciamento de meus pares, a fim de não interferir no processo de investigação, e constituiu um enorme desafio para a pesquisadora, inserida no cotidiano de minhas interlocutoras, de modo a não interferir nos resultados da pesquisa. A observação participante e o diário de campo foram as duas primeiras técnicas utilizadas na pesquisa com o intuito de exercitar o estranhamento em relação ao objeto de estudo, ou seja, eu precisava transformar o familiar em exótico, afinal eu estava pesquisando os meus pares e, por estar inserida há aproximadamente doze anos no campo da enfermagem, os discursos eram familiares e se repetiam.

Para Peirano⁽⁹⁸⁾, o estranhamento promove autoreflexão, possibilitando o confronto entre teorias e estas com a pesquisa, levando o pesquisador a refletir constantemente sobre fatos e dados encontrados durante o trabalho de campo. Da Matta⁽⁵¹⁾, chama a atenção para o fato de que as transformações do exótico em familiar ou do familiar em exótico não são totais, a presença de "resíduos"

permanecem entre um e outro, configurando grande importância ao exercício de estranhamento. O estranhamento entre tudo o que me era familiar foi o ponto de partida do meu trabalho de campo.

Para melhor apresentar minhas interlocutoras e para familiarizar o leitor durante toda a leitura desta etnografia, mostrarei uma breve caracterização quanto aos aspectos relacionados ao perfil (Quadro 1) e aspectos relacionados a personalidade e de cada uma delas (Quadro 2).

Quadro 1- Perfil das Enfermeiras atuantes no território indígena Mura-Autazes, Am.

Interlocutoras	Residência	Idade	Ano de Formação	Instituição de Ensino Superior	Cursou Saúde Indígena na Graduação	Especialização	Formação continuada	Experiência Previa na S. Indígena	Local de Atuação Profissional	Função	Tempo de atuação
Yara	Autazes	38	2000	Privada/PA	Não	Obstetrícia	Urgência e emergência	Não	Hospital	Gerente	14 anos
Kauana	Autazes	41	1998	Privada/PA	Não	Saúde da família	Urgência e emergência, curativo	Não	Hospital	Assistencial	16 anos
Tainá	Autazes	43	2011	Pública/AM	Sim	Urgência e Emergência	Aleitamento Materno	Não	Hospital	Assistencial	04 anos
Iracema	Autazes	32	2014	Privada/AM	Sim	Obstetrícia	Curativo, aleitamento materno.	Não	Hospital	Assistencial	07 meses
Moema	Zona rural	32	2009	Privada/AM	Sim	Obstetrícia	Cursos promovidos pelo DSEI	Não	PB Pantaleão	Assistencial	04 anos
Miracema	Manaus	31	2007	Privada/AM	Não	Saúde Pública / Adm Hosp	Cursos promovidos pelo DSEI	Não	PB Pantaleão	Assistencial	03 anos
Açucena	Manaus	41	2008	Privada/AM	Não	Saúde Pública	Cursos promovidos pelo DSEI	Não	PB Pantaleão	Assistencial	06 anos
Jaciara	Autazes	35	2007	Privada/AM	Não	Urgência e Emergência /Saúde Pub.	Cursos promovidos pelo DSEI	Sim	PB Pantaleão	Assistencial	*03 anos
Potira	Manaus	34	2014	Privada/AM	Sim	Não fez	Cursos promovidos pelo DSEI	Sim	PB Murutinga	Assistencial	08 meses
Sami	Manaus	40	2015	Privada/AM	Sim	Não fez	Nenhum	Sim	PB Murutinga	Assistencial	20 dias

Fonte: Entrevistas e diário de Campo/ As identificações das interlocutoras foram omitidas por questões éticas.

As interlocutoras foram dez enfermeiras como apresentadas no quadro1, com faixa etária entre 31 e 43 anos. Seis eram casadas, quatro solteiras, apenas duas não possuem filhos, cinco possuem residência fixa na área urbana de Autazes, uma na área rural e quatro residem em Manaus. Das quatro que residem em Manaus, duas alugam apartamento, onde residem durante suas permanências em Autazes, as outras duas enfermeiras que residem em Manaus e realizam suas atividades na aldeia de Murutinga, moram no próprio PB com todos os demais membros da EMSI.

Nesse sentido as enfermeiras que residem em Manaus, porém por razão do trabalho precisam permanecer por longo período longe da família mostraram certo descontentamento, sendo este um fator que contribui significativamente para que sentimentos como desistência sejam percebidos com mais frequência nos discursos dessas profissionais.

O tempo de formação está entre seis meses a 16 anos, se consideramos o universo das dez enfermeiras. Portanto ao considerarmos a área hospitalar e PB em separado, podemos observar que o maior tempo de formação está entre as enfermeiras que atuavam em contexto hospitalar. Entre as enfermeiras que atuam nas unidades de saúde específicas para atendimento aos indígenas o tempo de formação ficou entre seis meses e 6 anos. Apontando que nesse grupo o número de enfermeiros recém-graduados é mais significativo.

É importante ressaltar que todas as seis enfermeiras que trabalham nos PB, cinco tiveram no campo da saúde indígena sua primeira oportunidade de emprego, portanto iniciando suas atividades como enfermeiras recém-graduadas, sem nenhuma experiência. Os discursos dessas enfermeiras revelavam que ao iniciarem suas atividades no âmbito da saúde indígena, suas ações eram permeadas por insegurança, falta de conhecimento que facilitassem suas ações nesse universo complexo e falta de preparo para lidar em contexto Interétnico. Alguma declaravam que jamais se imaginaram trabalhando na saúde indígena.

Em relação à realização de pós-graduação, oito enfermeiras possuíam pós-graduação *Lato-Sensu*, dos quais predominam os cursos nas áreas de Enfermagem em Urgência e Emergência, Obstetrícia, Saúde Pública. Nenhuma das enfermeiras possui pós-graduação em Saúde indígena o que se justifica pela escassez de especialização nessa área. O único curso de pós-graduação oferecido em Manaus no período de coleta de dados se tratava de uma especialização Multiprofissional em

Saúde da Família e saúde Coletiva Indígena com duração de oito meses. O que confirma a ausência de pós-graduação em Enfermagem que contemple a Saúde das Populações indígena em Manaus.

A atualização, conhecida como cursos com carga horária de até 80 horas era pouco ofertada aos profissionais que atuavam no hospital e quando esporadicamente eram oferecidos pela Instituição ou Município, em sua maioria contemplava as seguintes temáticas: Urgência e emergência, curativo, aleitamento materno. As enfermeiras que atuavam nos PB as capacitações eram promovidas pelo DSEI/Manaus das quais as mais comumente relatadas pelas enfermeiras foram cursos voltadas para as temáticas: saúde da Mulher, vacina, Tuberculose, cursos que contemplem a atuação do enfermeiro nos programas voltados para Saúde indígena. Por ocasião do trabalho de campo duas enfermeiras estavam em Manaus para realização do curso de Puericultura, sendo esse o mais novo programa implantado no âmbito da saúde indígena no mesmo período.

Quanto aos locais de atuação, seis atuavam diretamente em unidades destinadas especificamente ao atendimento à população indígena Mura, e quatro atuam no Hospital da sede do município. O tempo de atuação de cada enfermeira nas referidas unidades de saúde variou de 20 dias a 14 anos.

Apenas três enfermeiras possuíam experiência prévia na saúde indígena, porém duas dessas possuíam experiência como técnica de enfermagem, pois trabalharam na CASAI e na sede do DSEI/Manaus antes de concluírem a graduação. Apenas uma possuía experiência prévia como enfermeira na Saúde indígena, pois já havia trabalhado nessa área por um período de cinco anos. As demais enfermeiras tinham no atual trabalho a primeira experiência no campo da saúde indígena.

A disciplina Saúde indígena foi cursada durante a graduação por apenas quatro enfermeiras, especificamente aquelas que concluíram a graduação a partir de 2009.

Sobre o ensino de saúde indígena na graduação, somente uma enfermeira mostrou-se satisfeita com o conteúdo abordado durante a disciplina na graduação, as demais apontaram os conteúdos da disciplina como superficiais e insuficientes no que diz respeito a assuntos relacionados às características socioculturais e geográficas dessa população. Dessa forma como sugestão para o ensino da saúde indígena, foi consenso entre todas, a abordagem de conteúdos voltados para a antropologia, bem

como a necessidade de uma carga horária maior que contemple a teoria e prática com maior espaço para uma aproximação mais efetiva com a população indígena.

As enfermeiras que não cursaram a disciplina Saúde indígena durante a graduação apontam como necessário a obrigatoriedade dessa disciplina na matriz curricular dos cursos de graduação em enfermagem em toda a região Norte, e relatam que a ausência dessa disciplina deixou lacunas que são sentidas no exercício dos cuidados de enfermagem dirigidos a essa população. Porém as práticas de cuidados das enfermeiras que cursaram a disciplina, quando comparadas com as das que não cursaram a referida disciplina na graduação em nada se distanciam das ações de cuidados dirigidos à população indígena as quais são em sua maioria pautadas no modelo biomédico.

Para as enfermeiras que desenvolvem suas atividades no hospital de Autazes, a carga horária de trabalho é de 36h semanais, distribuídas em plantões de 12h (7h às 19h ou de 19h às 7h). Para as que trabalham nos Polos-base, essa dinâmica muda de acordo com os locais de atuação. Na área urbana, a carga horária é de 40 horas semanais. Na área rural, a dinâmica de trabalho é totalmente diferente, com uma carga horária que excedia as 40h semanais, uma vez que o Polo-base da zona rural está localizado dentro da aldeia e atende a população indígena de segunda a domingo, pois a unidade funciona como uma unidade de pronto-atendimento, ou seja, o atendimento que deveria ser de 7h às 17h, estende-se a qualquer hora do dia ou da noite para o indígena que necessita de atendimento.

Quanto ao vínculo empregatício, das dez enfermeiras entrevistadas, oito trabalham em regime de contrato temporário e apenas duas enfermeiras são funcionárias concursadas do quadro efetivo da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas (SUSAM); e atuam no Hospital do município, as seis enfermeiras que atuavam especificamente nas unidades de atendimento à população indígena eram contratadas por ONGS, responsáveis pelo contrato dos profissionais para trabalhar na Saúde indígena, em condições contratuais, os quais são renovados a cada dois anos, demonstrando fragilidade nas condições relacionadas à instabilidade empregatícia. Portanto, as profissionais em sua maioria não possuíam segurança em relação ao tempo em que permaneceriam trabalhando na Saúde indígena. Tal realidade se configura como um facilitador para as altas taxas de rotatividade de

profissionais no campo da saúde indígena, trazendo como consequência a descontinuidade das ações de saúde nas aldeias.

Quanto aos cargos que as interlocutoras ocupavam apenas uma ocupava cargo de gerência e as demais atuavam como enfermeiras assistenciais.

Quadro 2 - Caracterização das interlocutoras.

(continua)

Interlocutoras	Caracterização
Yara	Solteira, 38 anos, graduada por uma Instituição de Ensino Superior Privada, em Santarém-Pará. Possui Especialização em Saúde da Mulher. Ao concluir a graduação, mudou-se para Manaus em busca de emprego, sendo aprovada em concurso público pela Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas (SUSAM) para trabalhar no Município de Autazes. É formada há 15 anos e há 14 anos atua no Hospital de Autazes exercendo a função de gerente de enfermagem. Mora com seu filho de cinco anos em Autazes. Mostrou-se uma pessoa atenciosa, comprometida com seu trabalho, sempre disposta a ajudar a todos que buscavam ajuda no hospital ou fora dele. Uma pessoa muito acessível, sempre disposta a melhorar as condições da assistência no Hospital, respeitada por todos os profissionais que atuavam no hospital; sua cordialidade e gentileza foram fundamentais para minha inserção e envolvimento no hospital, pois me apresentou a todos e me favoreceu uma aproximação com os demais profissionais do hospital. Foi a interlocutora que me apresentou e favoreceu o encontro com todos os enfermeiros do hospital, bem como com os demais profissionais que faziam parte da equipe de saúde do hospital, favorecendo uma relação de confiança entre mim e os profissionais. Foi a profissional com a qual tive maior aproximação, e dessa aproximação nasceu uma relação de amizade.
Kauane	Solteira, 41 anos, graduada por uma Instituição de Ensino Superior Privada em Santarém no Pará. Possui especialização em Saúde da família. Formada há 17 anos, há 15 trabalha no Hospital de Autazes, como enfermeira assistencial pela Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM) e viaja para Manaus uma vez na semana para realizar plantões em uma maternidade na qual também atua como enfermeira assistencial pela Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA). Mora em Autazes com duas filhas. É uma pessoa introspectiva, de poucas palavras, realiza suas atividades sem muita interação. Busquei uma maior aproximação, porém pelo seu perfil, ficava muito claro o pouco ou nenhum interesse em colaborar com a pesquisa.
Tainá	Casada, 43 anos, graduada por uma Instituição de Ensino Superior Pública, formada há quatro anos. Possui especialização em Enfermagem em Urgência e Emergência. Morava em Autazes e se mudou para Manaus para fazer a graduação. Assim que concluiu a graduação, retornou para Autazes onde mora com sua família, e começou a trabalhar no Hospital de Autazes como enfermeira assistencial e ainda como enfermeira na Secretaria Municipal de Saúde de Autazes. Pessoa simpática, bastante comunicativa e atenciosa com os que a rodeiam, bem como com os pacientes. Mostrou grande interesse em participar da pesquisa, sendo sempre muito acessível.

(continuação)

Interlocutoras	Caracterização
<i>Iracema</i>	Casada, 32 anos, graduada por uma Instituição de Ensino Superior Privada em Manaus, formada há um ano, possui especialização em Obstetrícia, trabalha há oito meses como enfermeira assistencial no Hospital de Autazes. Morou em Manaus durante o período em que cursou a graduação, porém retornou para Autazes após a conclusão do curso. Mora no Município com o marido e a filha de 15 anos. Muito atenciosa e dedicada ao seu trabalho, porém não esconde a frustração com o trabalho que executa, pois acredita que como enfermeira assistencial poderia fazer muito mais dentro das ações que compete ao enfermeiro para ajudar o paciente. Sempre apontava suas insatisfações com seu trabalho no hospital, que ia desde a precariedade dos serviços até a sobrecarga de trabalho, bem como a realização de atividades que iam além de sua competência como enfermeira, bem como deixar de fazer o que de fato deveria fazer. Foi uma das interlocutoras que mais me mantinha informada sobre as rotinas, demandas hospitalares, bem como de conflitos e dilemas enfrentados no ambiente hospitalar.
<i>Moema</i>	Casada, 35 anos, dois filhos, graduada por uma Instituição de Ensino Superior Privada em Manaus. Formada há oito anos, possui especialização em Enfermagem em Urgência e emergência e Em Saúde Pública. Atua há três anos como enfermeira assistencial no Polo-Base da aldeia de Pantaleão. Possui experiência prévia como enfermeira na saúde indígena, pois atuou por um período de cinco anos no Polo-Base da Aldeia de Murutinga. É natural do Município de Autazes, onde mora com seu marido e filhos. Uma pessoa comunicativa, alegre, atenciosa com os pacientes e também com os profissionais com os quais trabalhava. Uma das enfermeiras que mais me convidava para as viagens e visitas domiciliares. Sempre trazia informações muito importantes sobre as ações de saúde e conflitos ocorridos junto à população indígena. Mostrava-se muito satisfeita em trabalhar com a população indígena e dizia já está acostumada a trabalhar com essa população, pois já tinha oito anos trabalhando com essa mesma etnia indígena.
<i>Miracema</i>	Solteira, 41 anos, possui um filho. Graduada por uma Instituição de Ensino Superior Privada em Manaus, formada há sete anos e há seis anos atua como enfermeira no Polo-Base da Aldeia de Pantaleão. No período da pesquisa de campo, estava cursando especialização em Saúde Pública. Mora em Manaus e viaja todas as sextas-feiras para Manaus para ficar com sua família, retornando na segunda-feira, com exceção do período em que está escalada para viagens para as aldeias. Demonstra gostar do trabalho junto à população indígena. Eleita pelas colegas como a mais organizada, assumindo a parte burocrática dentro do Polo-Base e demonstrando afinidade por fazer a cobertura vacinal da população indígena. É sempre muito agradável com os indígenas, tem um olhar sensível às diferenças culturais. Sofre com a distância da família e, por esse motivo, retorna a Manaus nos finais de semana.
<i>Açucena</i>	Solteira, 31 anos, graduada por uma Instituição de Ensino Superior Privada em Manaus, possui especialização em Saúde Pública e Administração Hospitalar, formada há oito anos e há três anos trabalha como enfermeira no Polo-Base, localizado na Aldeia de Pantaleão. Morava em Manaus. Permanecia de segunda a sexta-feira em Autazes e retornava na sexta para Manaus, onde ficava até a segunda-feira e retornava para Autazes, porém viajar para Manaus nos finais de semana somente era possível, quando não estava escalada em viagens para as aldeias. Foi a primeira interlocutora com a qual tive contato desde a minha primeira visita ao campo, sempre muito receptiva e atenciosa e bem interessada em colaborar com a pesquisa, promoveu a aproximação com as demais enfermeiras do Polo-Base. Demonstra gostar muito de trabalhar na saúde indígena, relata que nunca imaginou trabalhar com a população indígena, porém atualmente é o que mais gosta de fazer. Embora seja cansativo viajar todos os finais de semana para ficar com sua família, não abre mão de passar os finais de semana com seus familiares.

(continuação)

Interlocutoras	Caracterização
Jaciara	Casada, 32 anos, possui um filho, graduada por uma Instituição de Ensino Superior Privada em Manaus, formada há sete anos, possui especialização em Enfermagem Materno-Infantil. Atua há três anos como enfermeira assistencial no Polo-Base da Aldeia de Pantaleão. Mora na zona rural de Autazes, porém, devido à distância, aluga uma casa em Autazes para viabilizar o tempo de deslocamento para o Polo-base e nos finais de semana retorna para sua casa. Possui experiência prévia com saúde indígena, pois trabalhou um ano em um Posto de Saúde, localizado na Zona rural, onde o atendimento era oferecido para a população indígena e não indígena. Calma, atenciosa com os pacientes e de poucas palavras. No entanto, se preocupa em solucionar os problemas dos pacientes e, se esses lhes fogem ao conhecimento e competência, busca ajuda, mas não admite que o indígena saia do atendimento sem uma solução ou com um direcionamento para solucionar o problema. Sente a necessidade de ser mais comunicativa, pois, segundo ela, sua timidez atrapalha no desenvolvimento de suas ações como enfermeira.
Potira	Solteira, 32 anos, possui uma filha de 10 anos, graduada por uma Instituição de Ensino Superior Privada em Manaus, formada há um ano, atua há oito meses como enfermeira do Polo-base localizado na Aldeia de Murutinga. Não possui especialização, trabalhou por sete anos na CASAI/Manaus como técnica de enfermagem. Dona de um temperamento forte empenhava-se ao máximo para solucionar os problemas que apareciam; gostava de seu trabalho, porém se mostrava muito insatisfeita com as condições de trabalho que lhes são dadas. Estava sempre buscando ouvir o que a população indígena pensava sobre seu trabalho e sobre a equipe. Em alguns momentos se revoltava com os corriqueiros conflitos que ocorriam com os membros da EMSI. Estava sempre fazendo cobranças quanto ao trabalho da equipe, e pelo seu temperamento forte e sua maneira de falar acabava por gerar conflitos. Foi a primeira enfermeira do Polo-Base da aldeia de Murutinga com a qual falei via telefone a qual me disse que eu poderia ir a qualquer momento e que poderia ficar alojada no próprio Polo com toda a EMSI. Apresentou-me para as lideranças locais e foi a quem me levou para conhecer a aldeia Murutinga. Sua colaboração foi essencial para que eu pudesse participar em todos os momentos das ações que a EMSI desenvolvia. Desdobrava-se a fim de resolver as demandas que lhe apareciam, porém, na maioria das vezes, as situações lhes fugiam ao controle o que lhe causava frustração e desânimo. Lamentava ficar tanto tempo longe de sua filha, família e namorado, deixando claro sempre que trabalhar na saúde indígena requer renúncia, muita dedicação e paciência, pois, mesmo quando estava em seu período de folga em Manaus, era constantemente chamada para reuniões na SESAI. Por isso, demonstrava insatisfação por não poder usar seu tempo de folga de forma integral para resolver seus problemas pessoais e curtir sua família.
Sami	Solteira, 40 anos, graduada no Centro de Ensino Literatus (CEL). É recém-formada, mas com apenas seis meses de formada foi admitida para trabalhar no Polo-Base da aldeia de Murutinga, com apenas 20 dias de atuação. Calma, tranquila, de fácil relacionamento, no momento cheia de expectativas quanto ao trabalho que estava começando a desenvolver, porém muito apreensiva e temerosa diante de muitas situações que já havia presenciado em apenas 15 dias de atuação junto à população indígena. Mostrava-se indignada pela precariedade do serviço e pelas demandas de responsabilidades que eram delegadas às enfermeiras, com as quais não concordava e se mostrava insatisfeita. Estava disposta a realizar muitas mudanças no Polo-Base, bem como nas ações nas aldeias. Conseguia ter uma boa interação/relação com a EMSI, bem como com os indígenas. Porém, não conseguia esconder sua frustração com as condições de trabalho e de moradia, pois achava uma situação muito difícil morar no local de trabalho e em condições tão adversas.

Fonte: Informações retiradas do diário de campo e entrevista.

(conclusão)

6.3 APRESENTAÇÃO DOS TEMAS

As sucessivas análises durante todo o percurso do trabalho de campo foram possíveis mediante as observações participantes e entrevistas que, submetidas à análise etnográfica, possibilitaram a elaboração de temas que trazem a compreensão das práticas e do cuidado das enfermeiras em contextos das Terras Indígenas Mura e em contexto hospitalar, bem como a compreensão de como esses cuidados são planejados e implementados pelas enfermeiras responsáveis por coordenar as ações de saúde nas Instituições de saúde, cenários desse estudo. Foram elaborados seis temas que são apresentados e discutidos a seguir.

6.4 PRÁTICAS DE CUIDADO DE ENFERMEIRAS À POPULAÇÃO INDÍGENA MURA DE AUTAZES

6.4.1 Atribuições do enfermeiro no contexto das Terras Indígenas Mura

As ações de saúde direcionadas à população indígena nos Polos-Base das aldeias de Pantaleão e Murutinga estão previstas no Plano distrital do DSEI/Manaus (2012-2015), construído a partir das realidades locais das comunidades situadas nos limites de atuação de cada Distrito e serve para direcionar as ações a serem realizadas pelas EMSIs nos Polos-Base. Entendendo que a presença do enfermeiro é uma característica comum a todos os DSEI⁽⁹⁹⁾, serão descritas para situar o leitor sobre ações que envolvem os cuidados realizados por enfermeiras à etnia Mura nos dois Polos-Base.

No entanto, é importante considerar que existem diferenças entre os dois Polos-Base, as quais devem ser consideradas, pois são significantes em termos de dificuldade para realização das ações de saúde. Uma das principais diferenças está na localização desses polos, pois enquanto o PB de Pantaleão está localizado na sede do município de Autazes, o PB de Murutinga está localizado dentro da própria aldeia Murutinga, o que confere a esse Polo maior complexidade em termos de logística para acesso à sede do município e para encaminhamento de indígenas para tratamento no hospital localizado na sede do município.

No Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI/Manaus (2012-2015) são apresentados Programas da Atenção Básica que devem ser implementados nos Polos-Base das aldeias de Pantaleão e Murutinga, são eles: Saúde da Mulher e da Criança, Imunização, Saúde Mental, Doença Sexualmente Transmissível/Síndrome da Imunodeficiência Humana (DST/AIDS) e Hepatites Virais, Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (DANT) /Hipertensão/Diabetes, Saúde do Homem, Saúde do Idoso, Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (SISVAN), Tuberculose/Hanseníase (MH), Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) e Vigilância Epidemiológica. Portanto, as enfermeiras são responsáveis pela implantação e realização desses programas junto à população indígena. Os programas da atenção básica são padronizados e não se diferem no âmbito da saúde indígena em termos de planejamento, ação e avaliação, porém é necessário que o profissional considere o contexto cultural para que as práticas de cuidado de enfermagem possam se aproximar das reais necessidades e demandas locais.

Juntamente com as demandas dos programas, existem doze formulários que são de responsabilidade da enfermeira preencher mensalmente com os dados obtidos nas consultas de enfermagem e nos atendimentos realizados, quais sejam: 1) Mapa diário de acompanhamento de crianças < 5 anos; 2) Acompanhamento de hipertensos e diabéticos; 3) Controle de pacientes com diagnóstico de tuberculose; 4) Mapa diário de acompanhamento de gestantes; 5) Atendimento de saúde mental; 6) Inquérito de hepatites virais; 7) Acompanhamento de sífilis em mulheres; 8) Relação de pacientes confirmados com DST/AIDS e hepatites virais; 9) Vigilância de óbitos; 10) Mapa de produção dos atendimentos no Polo-Base; 11) Consultas realizadas no pré-natal; 12) Informações mensais do programa de prevenção do câncer do colo uterino e mama.

O preenchimento desses formulários se configura em motivo de constante insatisfação por parte dessas profissionais, pois segundo seus relatos, os referidos formulários mudam frequentemente e quando estas estão adaptadas ao preenchimento desses, chegam novos formulários, burocratizando mais o serviço, sendo motivo de reclamações por parte das enfermeiras por ocuparem grande parte do seu tempo com questões burocrático-administrativas e com uma preocupação prioritária em dar respostas às demandas cobradas em forma de censos consolidados e relatórios que devem ser entregues mensalmente ao DSEI/Manaus ficando essas atividades a cargo das enfermeiras desses serviços.

Durante as viagens para acompanhar as EMSI nas aldeias foi possível observar que os profissionais repetiam corriqueiramente as ações de saúde em todas as aldeias no intuito de cumprir normas, alcançar metas e dar respostas aos formulários que deveriam ser preenchidos com as demandas atendidas durante as ações de saúde realizadas nos Polos-Base e nas aldeias.

As ações programáticas realizadas pelas enfermeiras buscavam atender às propostas do Ministério da Saúde, como promoção da saúde e prevenção de doença, para a população assistida, porém o que ficou evidenciado durante as observações em campo no contexto das terras indígenas Mura foi que as ações programáticas nesse contexto favoreciam atendimentos repetitivos, desprovidos de um olhar atento às especificidades e demandas locais, portanto desarticulados das reais necessidades de saúde dos indígenas em cada aldeia.

Nesse sentido, era comum ecoar no discurso das enfermeiras a dicotomia entre as ações que demandavam cuidados de enfermagem e os que demandavam organização e coordenação dos serviços de saúde, entendidos como trabalho administrativo, sem, no entanto, compreender a dimensão de que as duas ações são indissociáveis.

As funções burocráticas, o excesso de atividades desempenhadas por essas profissionais, eram algumas das questões que dificultavam o desempenho na oferta de cuidado de enfermagem à população indígena. As enfermeiras demonstravam maior preocupação com as atividades gerenciais, que para elas se resumiam às atividades de preenchimento de formulários e consolidação de censo, agendamento de exames e viagens de indígenas, liberação de combustível para as viagens da equipe e retorno dos indígenas para as aldeias, atividades burocráticas de organização dos serviços, elaboração de relatórios mensais, supervisão dos AIS e da equipe de enfermagem.

As enfermeiras justificavam dar prioridade às demandas burocráticas-administrativas em detrimento a uma maior aproximação com o usuário, pelas constantes cobranças que mensalmente tinham que responder ao DSEI/Manaus. Tais atividades, somadas às atividades assistenciais, ficavam sob a responsabilidade das enfermeiras. Portanto, a sobrecarga de atividades levava constantemente à mecanização das ações de saúde realizadas por essas enfermeiras.

Durante as consultas de enfermagem nos Polos e nas aldeias as ações de saúde apontadas por essas profissionais como cuidados de enfermagem se repetiam a cada atendimento, sem espaço para refletir sobre essas ações.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Jonas⁽¹⁰⁰⁾, realizado com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, mostrando que a função gerencial do enfermeiro era reduzida a atividades de natureza burocrática e de organização dos serviços acarretando sobrecarga de trabalho, levando esse profissional a se posicionar em uma tensão de captura do trabalho assistencial de produção de cuidado pelo trabalho administrativo-burocrático. Esses mesmos autores apontam que a burocratização torna o trabalho do enfermeiro mecanizado, alertando para o risco de prejuízo ao usuário, haja vista a gestão ser uma atividade-meio que propicia a assistência, sendo o cuidado a atividade-fim desse processo.

Nesse sentido, fica claro que, em sua maioria, as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras em contexto indígena em seu cotidiano, são de natureza burocrático-administrativo. Assumindo tal função, as enfermeiras, muitas vezes, acabam se distanciando das atividades assistenciais.

Portanto, os resultados demonstram que as múltiplas atividades desempenhadas pelas enfermeiras favorecem o distanciamento da relação intersubjetiva enfermeira-indígena, que implica compreensão e propicia relação de ajuda e confiança, em que a sensibilidade é inerente à prática⁽⁵⁷⁾. O cuidar não se refere apenas a procedimentos, o cuidar envolve uma relação de troca entre quem cuida e quem é cuidado. Nessa perspectiva, o profissional deve assistir, proteger e considerar a resposta do sujeito do cuidado e o atendimento às suas necessidades⁽⁵⁸⁾.

A existência de um encontro entre culturas distintas nas relações de cuidar/cuidado de enfermeiro/indígena um olhar atento e sensível às especificidades étnicas e culturais da população indígena deve ser considerado, o que não se concretiza pelo distanciamento entre esses atores.

É importante que a enfermeira conheça os aspectos da cultura indígena, promova espaço para diálogo e aproximação e apreenda os significados do processo saúde-doença-cura que emergem de ações construídas pelos próprios indivíduos⁽⁴⁴⁾, aspectos essenciais para o planejamento das ações de cuidado junto a populações etnicamente diferenciadas.

6.4.2 O cotidiano e as práticas de cuidado

Apresentarei aqui o cotidiano das práticas de cuidado da EMSI, porém com um olhar atento às relações que envolvem os cuidados de enfermagem realizados por minhas interlocutoras. As descrições concentram-se nas atividades realizadas nos Polos-Base e nas aldeias. Convém esclarecer que existe uma polifonia nas relações de cuidados que serão descritas, porém as vozes indígenas e de outros profissionais da EMSI não foram objetos de análise direta desta investigação, porém elas ecoavam nos discursos das enfermeiras, sendo consideradas a partir desse ponto de vista.

As múltiplas vozes que serão apresentadas e as descrições do cotidiano dos cuidados de enfermagem direcionados à população indígena são referentes aos Polos-Base das Tis Mura e as diferenças existentes entre as duas unidades de saúde, serão apresentadas na medida em que forem consideradas significativas para a análise das práticas de cuidados direcionados a essa população. Vale considerar que trarei o cotidiano das ações de saúde, considerando a perspectiva dessas profissionais.

O cotidiano das ações de saúde no PB da aldeia de Pantaleão inicia com atendimentos diários de segunda a sexta feira, das 7h as 17h, com intervalo de duas horas para almoço, ficando suas portas literalmente fechadas durante esse período, voltando a funcionar das 13h às 17h. Existem diferenças significativas nos horários de atendimento nos dois Polos. No Polo-Base de Murutinga, localizado na zona rural de Autazes, o horário de funcionamento é de 24 horas por dia, todos os dias da semana, incluindo finais de semana e feriados.

Outra diferença é que a EMSI do Murutinga, fica alojada no próprio Polo-Base durante o período de atividade em área indígena, sendo este o local de moradia da EMSI. No período em que realizei o trabalho de campo, fui convidada pelas enfermeiras a ficar alojada juntamente com a equipe no Polo-Base, o que se configurou em uma oportunidade de maior aproximação com minhas interlocutoras.

Os Polos-Base estão estruturados como Unidades Básicas de Saúde e devem, portanto, atender as situações que estão dentro de seu alcance de resolutividade. Durante minha inserção nestes cenários, para acompanhamento das ações de saúde, foi possível observar os indígenas chegando para atendimento e estes passavam

primeiro pela triagem, pegavam suas fichas de atendimentos e eram encaminhados aos serviços de enfermagem, ao médico ou odontológico.

O ritmo de atendimento nos PB não apresentava uma regularidade em termos de quantitativo de indígenas para atendimento, pois em alguns dias havia uma intensa movimentação, enquanto que em outros essa movimentação diminuía consideravelmente.

Em justificativa à situação observada, as enfermeiras relatavam que para solucionar esse problema elas haviam elaborado um cronograma semanal das atividades que deveriam ser realizadas diariamente pela EMSI. As enfermeiras queixavam-se que a criação do cronograma não limitou as demandas espontâneas que corriqueiramente aconteciam, sendo atribuída aos agentes indígenas de saúde (AIS) a responsabilidade por divulgar o cronograma nas aldeias e orientar para que fosse seguido pelos indígenas. Era comum a presença do AIS¹ diariamente no PB para levar indígena para atendimento ou para avisar sobre algum indígena que havia encaminhado para atendimento no hospital. Nesse sentido, era comum ouvir as enfermeiras relatarem: “Os AIS são os nossos olhos nas aldeias”, referindo-se ao fato desses profissionais trazerem as demandas de saúde dos indígenas, pois esses profissionais estavam mais próximos da população.

A presença de mulheres e crianças era o quantitativo mais expressivo e comumente observado no PB. Os indígenas do sexo masculino também compareciam para atendimento, porém com menor frequência e quando aparecia, estava acompanhando por suas companheiras em consultas de pré-natal, o que também era pouco comum. Esses fluxos eram observados por mim diariamente, em busca de uma maior aproximação com as atividades realizadas no PB.

Após ficar algum tempo na recepção ou salão de espera, seguia para o consultório de enfermagem para acompanhar as consultas de enfermagem e enquanto essas não iniciavam ficávamos conversando, quando sempre ouvia algo do tipo: “aqui é assim, a gente tem que resolver tudo!” referindo-se aos constantes atendimentos para solicitação de requisição de combustível para retorno dos indígenas para as aldeias, que em sua maioria era realizado de rabeta (uma canoa com motor de popa), comumente utilizado como transporte pelos indígenas e

¹O papel do agente indígena de saúde (AIS) é considerado importante para consolidação do princípio da atenção diferenciada, sendo refirmada pela PNASPI, por ser um mediador entre os saberes indígenas e biomédicos, bem como entre a comunidade e a equipe de saúde ⁽⁷⁾.

ribeirinhos na região. Vale ressaltar que cada Polo-Base recebe mensalmente uma cota de gasolina para suprir as viagens das EMSIs para atendimento nas aldeias, para remoção de pacientes indígenas, bem como para suprir o retorno dos indígenas para as aldeias. Sendo mais uma demanda atribuída às enfermeiras.

As enfermeiras constantemente precisavam dividir o tempo entre consultas de enfermagem com as corriqueiras solicitações de combustível pelos indígenas e visitas de AIS e lideranças indígenas para falar sobre situações das aldeias que nem sempre se relacionavam com as questões de saúde. Essas demandas eram consideradas pelas enfermeiras como sendo atividades que as distanciavam das ações de saúde, pois demandavam um gasto desnecessário de tempo.

De modo geral, os discursos das enfermeiras eram constantemente permeados pelas múltiplas atividades que elas desenvolviam no campo da saúde indígena, tais como: curativo, consultas de enfermagem, vacina, exame preventivo contra câncer do colo uterino, consulta pré-natal, remoção de pacientes indígenas para unidade especializada em Autazes, providenciar transporte para encaminhar pacientes para fazer exames em unidades especializadas do SUS em Manaus, fazer avaliação nutricional de crianças, visitas domiciliares, supervisão dos AIS e da equipe de enfermagem, além da responsabilidade pela liberação de combustível. É importante ressaltar que tais práticas de cuidado são as mesmas realizadas nas viagens para atendimento nas aldeias.

As múltiplas atividades realizadas pelas enfermeiras são evidenciadas pelas falas, sendo essas atividades comumente consideradas como cuidados de enfermagem realizados junto às populações indígenas.

(...) Nós fazemos tudo! A gente faz todos os 12 programas do Ministério da Saúde, a gente faz a vacinação, o pré-natal, exame preventivo de câncer de colo do útero, de mama, consulta de enfermagem, e quando o médico está ausente, a gente acaba fazendo o atendimento dele. Têm indígenas que até preferem ser atendido pelo enfermeiro, mas eu tento manter o que é protocolado, o que é de responsabilidade do enfermeiro. A gente preenche formulários, consolida o censo, faz relatório, presta conta de material como medicamento, controla o combustível para as viagens, faz palestra. É muita coisa! É remoção de paciente indígena para hospital em Manaus, agendamos exames (...) É muita coisa, muita mesmo! (Enf^a Miracema, 41 anos, PB-Pantaleão)

(...) Os cuidados de enfermagem são esses, trabalhar com paciente do HIPERDIA, com todos os 12 programas do Ministério da Saúde. (...) A gente trabalha com visita domiciliar, quando a gente vai às aldeias, fazemos visita aos acamados, a pacientes idosos, às puérperas, aos recém-nascidos, pacientes do programa de saúde mental que usam medicação controlada,

nesses casos a gente faz a visita domiciliar, e o restante da população a gente atende no geral. (Enfª Potira, 34 anos, PB-Murutinga)

Os discursos revelam uma sobrecarga de atividades e estas foram observadas durante o trabalho de campo, o que trazem implicações diretas na oferta de cuidados à população indígena. Muito embora tais discursos demonstrem um modelo de assistência com vistas à promoção da saúde e prevenção de doenças por meio das ações programáticas do Ministério da Saúde, observa-se também a sobreposição e acúmulo de atividades expressos nos discursos das enfermeiras voltadas para a prevenção de agravos e para realização de visitas domiciliares para o cuidado a pacientes acamados e doentes.

O que fica evidenciado nos discursos, sendo confirmadas pelas observações de campo, é que as enfermeiras concentram esforços em ações de saúde de caráter curativistas pautadas no modelo biomédico e de caráter preventivo por meio dos Programas de Saúde do Ministério da Saúde. Sendo assim, as propostas da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) que tem como principal tema a atenção diferenciada, a qual tem como princípio o atendimento com vistas a considerar as especificidades étnicas, culturais, epidemiológicas e territoriais dessa população⁽⁷⁾, essas especificidades são pouco consideradas, dadas às condições de trabalho vivenciadas pelas enfermeiras. Há uma contradição posta pelas condições objetivas de trabalho das enfermeiras para cumprir metas de Programas do MS e as requeridas pela PNASPI para prestar uma atenção diferenciada.

Embora *Lima et al*⁽⁸⁰⁾ mencione que o modelo de atenção à saúde indígena implementado no Brasil tem a atenção diferenciada como conceito central, em que as ações de saúde devem ser socioculturalmente adaptadas, levando em consideração as particularidades culturais, epidemiológicas e logísticas para o atendimento das comunidades indígenas, ou seja, oferta de cuidados sensíveis ao pluralismo cultural, a atenção diferenciada não foi identificada no nosso estudo,

Quando os profissionais de saúde em suas práticas desconsideram as diferenças étnicas e culturais, os cuidados tornam-se repetitivos mesmo que em contextos distintos. Nesse sentido, as demandas de saúde do usuário são consideradas a partir da perspectiva de dar respostas a manifestações clínicas de um corpo fisiopatológico e as demandas de serviços contribuem para um trabalho inespecífico de atuação profissional para dar respostas às múltiplas atividades,

promovendo um distanciamento profissional/indígena, o que foi identificado nos discursos pelas expressões “É muita coisa, muita mesmo!”, “Aqui é assim, a gente tem que resolver tudo!”.

Estudo realizado por Rocha⁽³²⁾ com profissionais de saúde que atuam no cuidado à população indígena no Alto Rio Negro, encontrou resultados semelhantes ao identificar a multiplicidade de papéis do enfermeiro, os quais privilegiam os aspectos burocrático-administrativos, priorizando as ações programáticas do Ministério da Saúde, o que se assemelha aos resultados encontrados nesse estudo.

A sobrecarga de trabalho de trabalho também foi evidenciada em um estudo sobre a percepção de indígenas Munduruku e EMSI no Polo-Base Kwatá da terra indígena Kwatá Laranjal localizado no município de Borba sobre a resolutividade na atenção à saúde⁽³⁴⁾.

O acúmulo de atividades realizadas pelas enfermeiras e a sobrecarga de trabalho têm dificultado a essas profissionais se dedicarem às atribuições que são específicas de sua categoria profissional, favorecendo pouco envolvimento nas relações de cuidado.

Dentre as práticas de cuidados desenvolvidas pelas enfermeiras, destaco a consulta de enfermagem, a visita domiciliar e as atividades educativas comumente chamadas de palestras, as quais foram focos de minhas observações, sendo essas atividades as que mais ecoavam nas vozes dessas profissionais como cuidados de enfermagem desenvolvido junto à população indígena.

6.4.3 As Consultas de enfermagem nas Terras Indígenas Mura

As descrições das consultas de enfermagem realizadas nos Polos-Base da aldeia de Pantaleão, não se diferem das consultas realizadas nas aldeias localizadas na zona rural do município de Autazes, incluindo as realizadas no contexto da aldeia Murutinga. Portanto, as descrições aqui apresentadas, se repetem nas duas unidades, bem como nas aldeias.

As consultas em sua maioria aconteciam seguindo um mesmo modelo de atendimento e esse se reproduzia a cada consulta. Vale ressaltar que entre uma consulta e outra compareciam indígenas para solicitar requisição de gasolina para retorno às aldeias. Esse movimento acontecia rotineiramente durante os dias que

estive acompanhando as enfermeiras, pois era comum a presença de indígenas, lideranças indígenas ou AIS para solicitar requisição de combustível.

Iniciarei a seguir as descrições de consultas de enfermagem que promoveram importantes reflexões sobre as práticas de cuidados aos indígenas.

Cheguei ao Polo-Base por volta das 14h e 30min, a enfermeira Moema iria iniciar as consultas de enfermagem. O movimento de indígenas para atendimento era pequeno naquela tarde. A primeira consulta foi realizada com uma indígena, a qual ao entrar no consultório, entregou a ficha para enfermeira e ficou aguardando em silêncio, a enfermeira rompe com o silêncio e inicia as perguntas comuns a todas as consultas: “O que está acontecendo?” “A senhora está sentindo alguma coisa?” A indígena em voz baixa disse que se sentia bem e que o motivo de sua ida ao PB foi para mostrar o resultado de um exame que a enfermeira havia solicitado, mas que só agora ela havia recebido o resultado. Enquanto ela falava, retirou o exame da bolsa e entregou à enfermeira, que permaneceu alguns minutos em silêncio, lendo o referido exame. Em seguida, a enfermeira Moema olhou para a indígena e disse “está tudo normal!”, entregou o exame para ela e perguntou se ainda precisava de mais alguma coisa. A indígena que permaneceu toda a consulta em silêncio, perguntou se teria transporte para deixá-la na boca da estrada, de onde poderia seguir caminho até a aldeia. A enfermeira informou que o carro do Pólo estava em trânsito e que só chegaria ao final do dia. A indígena levantou-se em silêncio e foi embora. É importante considerar que a consulta não ultrapassou quinze minutos e o pouco tempo utilizado na consulta não se devia à demanda de atendimentos, pois especificamente naquele dia, essa havia sido a única consulta realizada pela enfermeira naquela tarde.

A consulta realizada pela enfermeira demonstrou pouca interação profissional/indígena, apontando um distanciamento do real objetivo da consulta de enfermagem, que representa um espaço ideal para estreitar relação profissional/usuário. Ressalta-se que a enfermeira Moema atuava há quatro anos no PB Pantaleão, morava em Autazes, tinha experiência em saúde indígena, mostrava-se satisfeita em trabalhar com a população indígena, era uma pessoa comunicativa, alegre e atenciosa como as pessoas.

Outra consulta que me chamou atenção, foi uma das consultas realizadas pela enfermeira Jaciara, em um dia de intenso movimento, com uma demanda grande de indígenas para atendimento. Ao chegar ao PB, fiquei aguardando o intervalo entre

uma consulta e outra para que pudesse entrar no consultório para acompanhar as demais consultas de enfermagem.

Após minha entrada no consultório, entrou uma indígena com um bebê de um mês de vida no colo. A enfermeira logo perguntou: “O que houve?”. A mãe da criança informou que o bebê estava com ronco no peito e nariz e que não havia dormido direito na noite anterior. Após o relato da mãe, a conduta da enfermeira foi prescrever inalação com soro fisiológico por 15 minutos e paracetamol gotas caso o bebê apresentasse febre. Após as prescrições medicamentosas, a consulta se encerrou. Vale ressaltar a ausência de um diálogo mais estreito sobre o quadro de enfermidade da criança que tanto estava preocupando a mãe da criança a ponto de procurar o serviço de saúde. Outro aspecto observado nessa e em outras consultas de enfermagem era a ausência de diálogo e de uma escuta atenta, de não realização do exame físico para investigar mais as queixas que os indígenas apresentavam.

Na consulta em questão, não houve preocupação da enfermeira em examinar a criança, para observar as narinas, para investigar uma suposta obstrução nasal ou realizar a ausculta pulmonar, já que a queixa principal da mãe era o ronco no peito da criança. Vale ressaltar que a enfermeira Jaciara, formada há sete anos, atuava no PB havia três anos, possuía experiência na saúde indígena, era uma pessoa calma, atenciosa e se preocupava em solucionar os problemas das pessoas que procuravam atendimento.

De modo geral, as consultas eram permeadas por pouco ou nenhum diálogo, porém o indígena atendido sempre saía com uma prescrição de medicamento para pegar na farmácia do Polo e se o atendimento fosse na aldeia, as enfermeiras já andavam com uma caixa, de onde tiravam os medicamentos corriqueiramente prescritos, tais como: paracetamol, dipirona sódica, ibuprofeno, anti-hipertensivos, albendazol, amoxicilina, soro oral, entre outros que prescrevia e já entregava aos indígenas. A entrega desses medicamentos era sempre acompanhada do número de vezes que esse indígena deveria tomar o medicamento, porém com pouca explicação sobre como essas doses deveriam ser distribuídas ao longo do dia.

Ao término das consultas era comum ouvir as enfermeiras relatarem que os indígenas não tomariam os medicamentos prescritos e que se fizessem uma visita às casas dos indígenas encontrariam os mesmos medicamentos, pois os indígenas não seguem as prescrições. Isso é evidenciado no discurso de Jaciara.

(...) Quando eu falo pra eles você tem que tomar o seu remédio no horário por isso e por isso, eles ouvem, mas eles não colocam em prática. Então, a gente faz a orientação, mas parece que ela [a orientação] entra por um lado e sai pelo outro. Então como eu te falei a gente não vê resultado, a gente tá trabalhando aqui, mas não vê resultado. (Enf^a Jaciara, 32 anos, PB-Pantaleão).

Dentre as atividades elencadas para os profissionais da equipe multidisciplinar de saúde, está explícita a consulta de enfermagem como ferramenta para contribuir para a resolutividade dos problemas de saúde da comunidade. Porém, o que foi observado nas consultas foi pouca ou nenhuma interação profissional/indígena.

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a consulta de enfermagem (CE) é uma atividade privativa do enfermeiro, conforme decreto Lei nº 94406 de junho de 1987, utilizada prioritariamente para promoção da saúde e qualidade de vida do indivíduo, sendo obrigatoriamente desenvolvida em todos os níveis de assistência à saúde⁽¹⁰²⁾.

A consulta de enfermagem é um espaço propício para o desenvolvimento de práticas de cuidado, pois com ela o enfermeiro tem a oportunidade de ouvir as demandas da comunidade, avaliar as condições de saúde físicas e psicoemocionais, conhecer mais os usuários, haja vista poder utilizá-la para entender o contexto social e as relações familiares^(99,103). Como instrumento que favorece um cuidar que vai além de um momento tecnicista, constitui-se em uma oportunidade para promover envolvimento afetivo com o outro, fortalecendo o vínculo profissional-usuário⁽¹⁰⁴⁾.

As consultas de enfermagem observadas demonstravam ações de saúde focadas na doença, baseadas no modelo biomédico curativo, sendo privilegiada a prescrição de medicamentos, exclusão da mediação dos saberes ou práticas indígenas, em que a não adesão às prescrições são entendidas como resistência ao tratamento, desconsiderando as escolhas e modos de vida dos indígenas.

6.4.4 Visita domiciliar em Terras Indígenas Mura

A visita domiciliar (VD) foi efetivada na Atenção Primária à saúde com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo uma ferramenta de aproximação entre o profissional e a comunidade. A VD permite à equipe uma maior aproximação com a realidade em que vive o indivíduo e a comunidade, promovendo

criação de vínculo e realização de ações de promoção e de educação à saúde. É o principal instrumento de trabalho do agente comunitário de saúde (ACS)⁽¹⁰⁵⁾.

Em contexto indígena, as visitas também são, na maioria das vezes, efetivadas pelos agentes indígenas de saúde (AIS).

A visita domiciliar como prática de cuidado desenvolvida pelas enfermeiras no contexto das terras indígenas estava comumente relacionada às visitas a idosos acamados, pessoas doentes, puérperas, indígenas com transtorno mental em acompanhamento. A visita domiciliar que eu pude acompanhar teve a participação do médico, de uma agente indígena de saúde e da enfermeira.

Durante o trabalho de campo foi possível acompanhar as enfermeiras nas visitas domiciliares, dentre essas, destaco a visita realizada à casa de uma indígena com diagnóstico de diabetes e em tratamento para tuberculose (TB) pulmonar: a Sra. R., com 59 anos de idade, muito emagrecida e fragilizada pelas duas doenças.

Ao chegarmos à casa da Sra. R., fomos recebidos por uma adolescente que nos convidou a entrar. A Sra. R. estava sentada em uma cadeira de embalo logo na entrada da sala. Ao encontrá-la, o médico perguntou como ela estava se sentindo. Esta respondeu que estava bem, mas que algumas vezes sentia muita fraqueza. O médico perguntou sobre os medicamentos e alimentação, a indígena respondeu que tomara todos os medicamentos e que estaria se alimentando bem. O médico reafirmou a importância do medicamento. A enfermeira reforçou as orientações para seguir as prescrições, tomar os medicamentos para a TB e diabetes, orientou quanto à importância de uma boa alimentação para que o tratamento fosse efetivo. Após as orientações a equipe se despediu da Sra. R. e retornou para o Pb.

As visitas que tive oportunidade de acompanhar não se diferenciavam da visita descrita acima, pois se configuravam em visitas pontuais nas casas de indígenas que eram apontados pelos AIS, como pacientes que não estavam seguindo as orientações e prescrições médicas ou indígenas idosos acamados que estavam apresentando febre ou pessoas hipertensas que não tomavam os medicamentos e pessoas com diabetes que estavam fazendo quadro de hiperglicemia.

Portanto, observa-se que as visitas eram pautadas em solucionar problemas pontuais de caráter curativo, sem buscar compreender, por meio da aproximação com o usuário e comunidade, as razões que levavam os indígenas a não adesão às prescrições dos profissionais. O que comumente acontecia era o controle dos

indígenas, voltado à fiscalização das condutas de não adesão ao tratamento prescrito, a partir das demandas apresentadas pelos AIS.

A visita domiciliar em contexto das Tis Mura se caracteriza por práticas de cuidado centradas na doença, evidenciando-se a adoção de um modelo curativo em oposição à proposta da visita domiciliar que visa, além do cuidado individualizado e focado na doença, construir ações de saúde que considerem o contexto sociocultural e familiar. Nesse sentido, há que se considerar que a VD não deve resumir-se a medidas puramente assistenciais e prevenção de doenças, mas também à promoção da saúde⁽¹⁰⁶⁾.

Rissardo *et al*⁽⁹²⁾, em um estudo sobre organização do serviço de saúde e cuidado ao idoso indígena trouxeram resultados semelhantes a este estudo no que concerne à VD, em sua maioria, realizada pelos AIS, enquanto os demais profissionais da EMSI só as realizavam quando o idoso estava acamado ou impossibilitado de ir até a UBS e necessitasse de alguma intervenção médica ou de enfermagem.

É importante considerar que na concepção de cuidado à saúde, o processo de cuidar requer muito mais que tecnologias, como equipamentos médico-hospitalares e diagnósticos precisos. É muito mais que cuidar de uma “parte do corpo que não está funcionando bem, ou que foi lesada” como orienta o paradigma da biomedicina. É preciso produzir conhecimentos para cuidar de seres humanos como individualidades complexas, na dimensão familiar e enquanto parte de grupos sociais e de sociedades históricas⁽¹¹⁾.

A visita domiciliar é um espaço propício para uma maior aproximação profissional/indígena/família e para a implementação de ações de saúde. Requer do profissional empatia, envolvimento, olhar e ouvir para a realização de cuidados; é compartilhamento de saberes; é tornar o indivíduo e familiares protagonistas do seu cuidado; é garantir o cuidado, seja ele profissional ou não, pois não há como dissociar o indivíduo de seu contexto social e familiar^(51,52). Foi possível observar a necessidade de uma maior interação entre enfermeira/indígenas nas relações de cuidado no que concerne às visitas domiciliares.

Langdon⁽⁸⁶⁾ menciona que para um cuidado efetivo importa conhecer a maneira como as pessoas compreendem o mundo, experimentam e vivenciam o processo saúde-doença, que é reflexo do que aprenderam na sociedade em que estão inseridas. Porém, observa-se nos resultados encontrados pouco interesse em

compreender o processo saúde-doença dos indígenas atendidos, haja vista as VD serem realizadas pautadas em práticas biomédicas.

6.4.5 As atividades educativas

As atividades educativas comumente chamadas pelas enfermeiras de palestras eram sempre lembradas quando essas profissionais falavam sobre suas práticas de cuidado aos indígenas.

As práticas de educação em saúde eram realizadas de forma individual nas consultas de enfermagem ou nas visitas domiciliares ou de forma coletiva no PB ou nas aldeias, sendo essas atividades realizadas em sua maioria com intuito de reorientar hábitos e incentivar a adoção de novos hábitos. Nesse sentido, há de se considerar a necessidade da equipe refletir sobre o significado do cuidado quando se realiza ações muito prescritivas e, talvez, até autoritárias com vistas a moldar ou mudar comportamentos, pois é necessário considerar os indígenas como protagonistas nas relações que envolvem o processo saúde-doença e com autonomia para decidir sobre os caminhos a seguir para buscar solução para seus problemas de saúde.

Quando as ações de saúde eram realizadas com vistas a moldar ou mudar comportamentos e costumes indígenas e quando tais ações não se concretizavam em mudanças de comportamentos e costumes, as enfermeiras se sentiam frustradas com suas ações educativas verticalizadas, como expresso nos depoimentos a seguir.

(...) A gente chega à aldeia, orienta a questão do tratamento da água, o uso do hipoclorito. Para as crianças, tem que ferver a água, mas eles não têm essa cultura porque já acostumaram não sei desde que geração a tomar aquela água e ninguém nunca morreu, então eles entendem dessa forma e não seguem as orientações. (...) então quando chega e fala para eles que têm que ter higiene com o corpo, que eles têm que ferver a água, que eles têm que tratar, porque tem as verminoses e têm todas as doenças, eles não aceitam. (...) a gente não vê resultado nas orientações, nas palestras. (Enf^a Jaciara, 32 anos, PB Pantaleão)

(...) com todo esse trabalho de orientação e conscientização, alguns conseguem pegar isso pra vida e colocar em práticas, mas são poucos. (...). Nós gostaríamos que uma aldeia com 36 famílias a maioria fizesse aquilo que a gente orienta, mas não fazem então a gente continua indo nas aldeias fazendo a mesma palestra, e tem muita coisa que a gente está orientando na palestra e eles não estão prestando atenção, porque a gente está falando de tratamento de água, de coleta de lixo, de dispensação de lixo que precisa ser organizado, e eles não querem mais saber, não querem mais ouvir aquilo.

(...) todo mês eles vêm e todo mês falam a mesma coisa, nós como enfermeiros vemos a necessidades e eles não, pois já estão adaptados com aquilo, então esse é um lado muito difícil de mudar, é difícil você querer fazer mudança numa pessoa que ela cresceu daquela forma. (Enfª Açucena, 32 anos, PB Pantaleão)

Observa-se nos discursos que as orientações eram pautadas nas noções de higiene, corriqueiramente observadas nas consultas de enfermagem nos Polos e nas aldeias. Os discursos evidenciam frustração das enfermeiras em realizar repetidas vezes orientações sobre os mesmos temas sem obter a tão esperada aceitação das famílias indígenas. E quando essas não são seguidas pelos indígenas são entendidas como negligenciadas, sendo essa negligência resultado dos costumes, crenças, cultura e modos de vida indígena.

Langdon⁽⁸⁶⁾ refere ser um grande equívoco por parte dos profissionais de saúde atribuir às crenças ou magias a não adesão dos indígenas aos tratamentos prescritos, ressaltando que os índios tanto quanto os não índios, são indivíduos que procuram viver bem, pautados nas suas expectativas e experiências com os medicamentos e seus efeitos. Portanto, agem de acordo com suas concepções do funcionamento do corpo e das terapias.

Nesse sentido, as práticas de cuidado à população indígena eram permeadas por ações que buscavam a regulação dos costumes indígenas por meio das ações educativas. É uma perspectiva colonizadora que busca moldar os costumes indígenas, entendidos por essas profissionais como prejudiciais à saúde indígena.

Para Lima *et al*⁽¹¹⁵⁾, as práticas de saúde impositivas não promovem a autonomia do indivíduo dos cuidados.

As práticas educativas em enfermagem envolvem a interação com os indivíduos ou grupos na perspectiva de conhecer suas práticas de saúde e o contexto no qual as ações do enfermeiro são definidas junto aos indivíduos e grupos. A Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural fornece fundamentação para a realização de práticas profissionais que considerem a integralidade e a diversidade dos sujeitos, bem como das necessidades e do cuidado.

Leininger⁽²⁰⁾ ao abordar o cuidado de enfermagem na perspectiva cultural, considerando sempre o cuidado de forma humanizada, reafirma que as ações que envolvem prestação do cuidado devem primariamente considerar a visão que o indivíduo possui sobre saúde e não apenas considerar a visão ou significado que o

enfermeiro tem ou dá à saúde, o que considera uma postura profissional errada, uma vez que os modos de ser, agir e cuidar fortemente influenciados pela cultura.

Considerando a perspectiva de Leininger sobre o cuidado cultural, observa-se na postura das enfermeiras um distanciamento deste cuidado, pois para que o cuidado cultural seja efetivado é essencial que primeiramente o profissional considere a visão de mundo dos indígenas nas práticas educativas. Sendo essa visão pouco considerada pelos profissionais no contexto investigado.

No que diz respeito à saúde, é preciso produzir conhecimentos para cuidar de seres humanos como individualidades complexas, na dimensão familiar e enquanto parte de grupos sociais e de sociedades históricas⁽¹¹⁾.

As enfermeiras criavam expectativas de mudança dos comportamentos indígenas e, por vezes, apostavam na repetição das ações para que fossem entendidas pelos indígenas. O discurso de Potira demonstra o que corriqueiramente era observado durante o trabalho de campo, tendo como cenários os Polos-Base ou as aldeias.

(...) a saúde indígena como todos falam é muito diferenciada, quando a gente vai à aldeia, a gente tem que saber lidar com o povo indígena, porque eles têm a características deles. (...) Então não é assim como no hospital. (...) O nosso atendimento é assim vamos dizer: diário e repetitivo como palestras, em que nós fazemos orientações sobre higiene, cuidado com a água, verminose. E nas aldeias as orientações têm que ser contínuas, porque eles têm muita dificuldade no entendimento, não é como na área branca". (...) Eles não seguem as prescrições, eles não tomam as medicações. (Enfª Potira, 32 anos PB Murutinga)

O discurso acima, inicialmente, apresenta a ideia de “*saber lidar com o indígena*”, dando a entender que é importante compreender as características dos costumes indígenas no cuidado. Todavia, o conteúdo do discurso vai revelando a busca “*diária*” e “*repetitiva*” da regulação das práticas dos hábitos indígenas. Essa regulação se dá por meio das técnicas utilizadas para realizar a educação em saúde, por exemplo, a palestra, que se caracteriza como um dispositivo civilizador.

Nesse aspecto, no discurso faz-se compreender que os indígenas “*escapam*” a essas normas colonizadoras, de modo que é entendido pela enfermeira como “*dificuldade no entendimento*”. Para Langdon⁽⁸⁶⁾ as pessoas tomam conta de suas vidas e a adesão às prescrições de medicamentos ou a outros cuidados recomendados pelo profissional dependerá do entendimento desses sujeitos e não da falta de entendimento.

Ressalta-se que a enfermeira Potira atuava no Polo-Base de Murutinga havia oito meses. Era uma pessoa de temperamento forte, empenhava-se ao máximo para solucionar os problemas que apareciam, gostava de trabalhar com a população indígena, porém se mostrava insatisfeita com as condições de trabalho que lhes eram impostas.

As enfermeiras necessitam ampliar o olhar para o desenvolvimento de ações de educação em saúde, numa concepção que transcenda os determinantes biológicos, considerando as particularidades dos indígenas, bem como seu contexto cultural. No cuidado transcultural na perspectiva de Leininger⁽¹⁰⁷⁾, o enfermeiro considera os indivíduos, famílias ou grupos sociais envolvidos no processo de cuidar, evitando práticas de cuidados impositivas.

Nesse sentido, as práticas educativas realizadas no contexto das TIs ainda necessitam desenvolver interação com o indivíduo ou família ou comunidade com a finalidade de desvelar as práticas de saúde e cuidados utilizados pelos indígenas nos contextos em que estão inseridos. A Teoria transcultural fornece fundamentação para a realização de práticas profissionais que consideram a integralidade e a diversidade dos sujeitos, bem como das necessidades e do cuidado⁽¹⁰⁷⁾.

Portanto, os resultados encontrados apontam para cuidados de enfermagem permeados por múltiplas atividades que em sua maioria vão para além de suas competências enquanto enfermeiras, lhes imputando uma sobrecarga de trabalho e demonstrando uma inespecificidade do papel dessas profissionais.

Nas práticas de cuidado das enfermeiras são priorizadas as ações de saúde de caráter burocrático-administrativo, prescritivo e reprodutor do modelo biomédico, culminando em um distanciamento dos cuidados em contexto cultural diferenciado e de uma relação mais estreita entre enfermeira/indígena.

Resultados semelhantes a esses foram encontrados no estudo de Rocha⁽³²⁾, realizado no DSEI Alto Rio Negro, quando aponta que os profissionais de enfermagem priorizavam as ações programáticas do Ministério da Saúde e que esses profissionais concentravam esforços em atividades curativas, com pouco ou nada dos componentes de vigilância à saúde previstos nos Programas Nacionais de saúde, conforme já citado.

6.5 O CONTEXTO HOSPITALAR E O CUIDAR DO INDÍGENA MURA.

O cotidiano das práticas de cuidado à população indígena no contexto hospitalar foi de encontro ao modelo de Instituição total que, segundo Goffman⁽¹⁰⁸⁾, funciona dentro de uma lógica própria, onde os interesses são os únicos que merecem ser atendidos, negligenciando qualquer necessidade ou desejo do sujeito institucionalizado, os quais geralmente desconhecem as decisões quanto ao seu próprio destino ou da forma como são estruturadas as atividades do cotidiano institucional. Nesse sentido, tomei como fio condutor os cuidados de enfermagem dirigidos aos indígenas internados para os quais direcionei meu olhar.

Durante o trabalho de campo no ambiente hospitalar foi possível observar que os profissionais de saúde pareciam desconhecer o papel deste serviço como referência para dar seguimento ao atendimento do indígena na rede de saúde do SUS. Acredito que por essa razão corriqueiramente eu era questionada sobre o porquê da realização da pesquisa com profissionais que prestam cuidados ao indígena no hospital, afinal para alguns profissionais, a saúde da população indígena era de responsabilidade dos profissionais do Polo-Base.

O hospital dispõe de serviços ambulatoriais, obstetrícia, cirurgia de pequeno porte e urgência e emergência. Conta com um quadro de sete enfermeiros, sendo três destes profissionais do quadro efetivo da Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas – SUSAM, enquanto que os demais trabalham em regime de contrato, que fica suscetível à mudança conforme o movimento político partidário.

A constante mudança no quadro de funcionários do hospital reflete significativamente nas ações de cuidados desses profissionais, que além de ser em sua maioria recém-formada e sem experiência prévia em unidade Hospitalar, quando estes estão adaptados ao trabalho, ocorre o movimento político que muda toda a equipe, permanecendo apenas os profissionais concursados.

Para análise das práticas de cuidado de enfermagem aos indígenas hospitalizados foi considerado o conjunto de informações captadas por meio das observações e anotações em diário de campo e das entrevistas.

Tal análise processual permitiu observar que os cuidados mais referidos nas entrevistas e os que mais ocupavam o tempo das profissionais de enfermagem eram de natureza burocrática e administrativa, o que as distanciava do real sentido do

cuidado de enfermagem, qual seja ter empatia, olhar, ouvir, conhecer e sentir o outro, tornar o indivíduo e familiares participantes do processo de cuidado ⁽⁸¹⁾. Portanto, não se diferenciavam dos resultados encontrados com as enfermeiras em contextos das Tis Mura.

Quando questionadas sobre as práticas de cuidado direcionados à população indígena no hospital, as enfermeiras respondiam que tais cuidados eram realizados da mesma maneira, sendo paciente indígena ou não indígena. Mesmo reconhecendo que o paciente indígena possuía diferenças relacionadas à sua cultura, costumes e crenças, essas profissionais não mudavam suas condutas na realização dos cuidados a esses pacientes, como evidenciado nos discursos das enfermeiras.

(...) O cuidado de enfermagem ao indígena é praticamente o mesmo realizado com o branco, a não ser que a gente veja que há necessidade, se o indígena precisa de um apoio, fora isso não existe! As práticas de cuidado de enfermagem são admissão, visita aos pacientes, curativo, preparar paciente para cirurgia, passar sondas quando houver necessidade, ou seja, os cuidados que realizamos com qualquer paciente. Não fazemos diferença, todos são recebidos e tratados igualmente (Enf^a Tainá, 43 anos, Hospital).

(...) a minha experiência com eles [indígena], é dessa forma eles vem, são atendidos como qualquer outro paciente branco, qualquer outra raça. (...) aqui no hospital nós não temos como fazer essa diferença, não temos! (Enf^a Yara, 38 anos)

(...) aqui com os indígenas de Autazes, com os Muras, a minha experiência, é mais ou menos assim, aqui todos são recebidos de forma igual! (...) todos são tratados de forma igual, não tem como fazermos diferente, não tem! (Enf^a Kauane, 41 anos)

Os discursos das enfermeiras revelam que os cuidados dirigidos à população indígena são os mesmos realizados com os demais pacientes atendidos no hospital. Tais discursos corroboram com as situações observadas durante o trabalho de campo, as quais em nada se diferenciavam das ações de saúde corriqueiramente realizadas por essas profissionais em ambiente hospitalar ou em outras unidades de saúde ao não indígena, sendo esses os espaços onde os indígenas encontram-se mais fragilizados e com dificuldades de adaptação quando necessitavam permanecer por longo tempo internados, distantes da família e de seu habitat natural.

Nesse sentido Helman⁽⁴³⁾ menciona que no ambiente hospitalar, ao contrário do que ocorre nos setores informal e popular, o indivíduo doente é separado de sua família, de seus amigos, de sua comunidade, é submetido a um ritual padronizado e despersonalizado, é transformado em um caso numerado, é alojado com desconhecidos e o foco maior é dado sobre sua doença física com pouca alusão às

sua cultura, relações sociais, ou mesmo ao significado que o sujeito internado atribui ao abalo em sua saúde.

Silva⁽³⁰⁾ menciona que para minimizar conflitos no encontro intercultural entre profissional/indígena é essencial que os profissionais de saúde desenvolvam uma competência cultural como parte de sua competência clínica, relativizando a biomedicina. É necessário que esses profissionais estejam abertos para ouvir o indígena, sua percepção sobre a experiência de doença na tentativa de construir uma atenção diferenciada.

Para que os princípios da atenção diferenciada sejam efetivados em contextos indígenas é essencial a apropriação pelos profissionais sobre o que a PNASPI considera como sendo atenção diferenciada aos povos indígenas, o que será abordado mais à frente nesse trabalho. Por vezes, era comum ouvir discursos equivocados sobre atenção diferenciada.

No ambiente hospitalar, o cuidado de enfermagem ao indígena se constituía na execução de uma série de atividades rotineiras, nas quais o profissional não considerava as questões culturais que permeiam as demandas de cuidados do indígena. Nesse sentido, fica claro que ao priorizarem as rotinas instituídas a alteridade é negligenciada.

Para Silva⁽³⁰⁾, quando a noção de atendimento diferenciado é incorporada nas rotinas hospitalares, os princípios de alteridade e de interculturalidade fluem no momento em que estas são realizadas. Essa mesma autora aponta que quando os princípios da alteridade e interculturalidade não são observados os cuidados tornam-se despersonalizados e de caráter funcionalista, priorizando rotinas e que corre o risco de apresentar-se impositivo.

Quando há necessidade de hospitalização do indígena, é comum as profissionais enfrentarem dificuldades relacionadas à estrutura inadequada do hospital, à escassez de recursos materiais e à insuficiência de conhecimento específico dos profissionais de saúde relacionados à saúde indígena.

Para Pereira *et al*⁽³¹⁾, é fundamental que nos serviços de média e alta complexidade as equipes multiprofissionais propiciem ambiente favorável para promoção do cuidado, com diálogo envolvendo o paciente e sua família com o intuito de identificar necessidades, compartilhar decisões e esclarecer dúvidas quanto ao diagnóstico e ao tratamento.

O trabalho das enfermeiras estava organizado de acordo com as demandas que aparecem diariamente, sem planejamento para realização das ações de saúde. Quando interrogadas sobre o planejamento de cuidado à população indígena, as enfermeiras respondiam prontamente que não existe um planejamento de cuidados específicos para cuidar dessa população. Embora o paciente indígena necessite de cuidados que considerem as suas especificidades culturais, tais como hábitos, costumes, crenças e valores, os cuidados prestados pela enfermagem são em sua maioria inespecíficos e gerais, haja vista desconsiderarem as demandas dessa população, sendo por vezes insuficiente se considerarmos os princípios da atenção diferenciada.

A rotina de cuidados tem início com a passagem de plantão que nem sempre acontecia. As enfermeiras recebiam no posto de enfermagem informações sobre cada paciente internado e as registravam em um papel. Não havia registro em prontuário ou evolução de enfermagem sobre o estado do paciente. O enfermeiro trabalha em um regime de 12h no período diurno e 12h no noturno, ficando apenas um enfermeiro em cada turno. Vale considerar que o enfermeiro plantonista ficava responsável pelas enfermarias, com um total de 36 leitos, incluindo a enfermaria de observação, clínica médica, clínica cirúrgica e obstetrícia, além do ambulatório do pronto socorro (PS) e das urgências e emergências.

Observa-se uma sobrecarga de atividades dos enfermeiros, porém em sua maioria são priorizadas as atividades burocrático-administrativas e de atendimentos ambulatoriais no pronto socorro os quais deveriam ser realizadas pelo médico plantonista, tais como fazer prescrição médica, realizar suturas, comumente os atendimentos que deveriam ser realizados pelos médicos, acabavam sendo realizados pelas enfermeiras. Tais atividades eram comumente realizadas pelas enfermeiras que deixavam de realizar suas atividades de cuidados aos pacientes. As atividades listadas pelas enfermeiras como cuidados de enfermagem eram: consultas no pronto socorro, realizadas de forma superficial com pouca ou nenhuma investigação mais criteriosa sobre o quadro de saúde do paciente; curativos; preparo de paciente para cirurgia; passagem de sondas; atendimento às grávidas no pré-parto e no pós-parto; admissão, alta e transferência de pacientes.

As enfermeiras diariamente realizavam as visitas aos pacientes, quando saiam do posto de enfermagem com uma prancheta em direção às enfermarias para

observar as condições gerais de cada paciente, queixas e necessidades de cuidados. Essas profissionais reconheciam a necessidade de que cuidados diferenciados fossem oferecidos aos indígenas, porém queixavam-se da falta de tempo para dar atenção às necessidades indígenas em virtude das demandas da unidade.

As enfermeiras eram constantemente requisitadas para resolver problemas relacionados à transferência e ao transporte de pacientes, à realização de exames e à falta de materiais. Grande parte do tempo dessas profissionais era gasto com papéis, encaminhamentos, atendimento de telefone e solicitação de chamadas telefônicas. Entende-se como atividades necessárias para a concretização das ações de apoio ao cuidado dos pacientes, porém reduzem o tempo relacional e de planejamento do cuidado para o indígena internado.

Tais resultados não se diferenciam dos resultados encontrados com os enfermeiros que atuam nos Polos-Base, pois foram igualmente evidenciados cuidados de enfermagem que priorizam as atividades burocrático-administrativas que contribuem para o distanciamento dessas profissionais do cuidado ao indígena. Outro aspecto que deve ser considerado é a falta de conhecimento das enfermeiras sobre o conceito de atenção diferenciada, ficando difícil sua efetivação em contexto hospitalar. Os profissionais reconhecem que há aspectos distintos no paciente indígena, porém suas ações e discursos se voltam para um cuidado sem distinção entre “brancos” ou índios, pois são tratados de forma igual e nesse contexto não existe um planejamento que aborde o indígena e suas diferenças étnicas.

6.6 CUIDADOS DIFERENCIADOS E ATENÇÃO DIFERENCIADA: ENTRE MODOS DE OLHAR E DE CUIDAR DA POPULAÇÃO INDÍGENA MURA.

A Política nacional de Atenção à saúde dos Povos Indígenas se fundamenta em três princípios do modelo de atenção diferenciada: **Primeiro**, considerar as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais; **Segundo**, considerar os sistemas de representações, valores e tratamentos dos povos indígenas, bem como buscar os especialistas da área indígena e capacitar os profissionais de saúde para o contexto intercultural; **Terceiro**, promover a participação das lideranças e organizações indígenas no planejamento das ações de saúde, na gestão do Sistema de Saúde Indígena, por meio de conselhos e conferências⁽⁷⁾. Porém, essa diretriz

encontra muitos obstáculos para se concretizar nos Distritos Sanitários Especial Indígena^(110, 7).

Ao analisar as práticas e discursos das enfermeiras que atuam nas aldeias Pantaleão e Murutinga, bem como em contexto hospitalar é evidente a dificuldade para concretizar a diretriz da atenção diferenciada nos distritos⁽¹¹⁰⁾. Nos cenários estudados foi possível identificar nas ações e nas falas das enfermeiras o despreparo para atuar em contexto intercultural e o desconhecimento das políticas de saúde indígena e dos direitos conquistados por essa população.

O *cuidado diferenciado* ecoava constantemente nas falas das enfermeiras, contrariando, portanto, suas ações e posturas. Vale ressaltar que as profissionais reconhecem a necessidade da oferta de uma atenção diferenciada, interpretada por elas como sendo cuidados diferenciados as ações de saúde realizadas em condições desfavoráveis ligadas às dificuldades estruturais, de logística e de falta de materiais as quais comprometem significativamente as práticas de cuidado. As falas a seguir evidenciam as concepções das enfermeiras.

(...) O cuidado diferenciado, a gente fala assim, quando você chega pra um paciente, e ele não quer que você diga um não pra ele, você tem que saber chegar com o paciente, você tem que ter a forma de falar com o paciente, porque pra eles a gente está aqui trabalhando pra resolver, eles não sabem se você é um enfermeiro e que a tua delimitação é até essa, ele quer que você resolva. (...) quando o médico não está a gente faz o atendimento igual como o médico entendeu, por isso que eu digo que é diferenciada porque se eu tivesse trabalhando no hospital, eu jamais poderia fazer um parto, ou fazer o que a gente faz, suturas tudo isso mais é atenção diferenciada. (Enf^a Potira, 32 anos, PB de Murutinga)

(...) quando eu fiz meu estágio em Manaus na graduação, sempre foi assim: "Você não pode isso" "você não pode aquilo", e quando você chega para atuar na saúde indígena você é tudo! Você é psicólogo, você vira cirurgião, você vira parteira, você vira médico né? Então para mim cuidado diferenciado é isso! (Enf^a Miracema, 41 anos, PB Pantaleão)

(...) Acho desumano, você pega põe a indígena no chão, a grávida, para fazer o pré-natal. (...) Eu já colhi muito preventivo no chão, por isso eu falo é uma atenção diferenciada! Hoje eu não faço mais atendimento assim, tem que ter condições mínimas para fazer o atendimento e às vezes não tem! Então o cuidado diferenciado que eu falo é isso! (Enf^a Moêma, 35 anos)

Observa-se nos discursos que os cuidados diferenciados estão relacionados às dificuldades encontradas pelas profissionais para a realização das ações de cuidados em contextos indígenas, sendo a atenção diferenciada interpretada de maneira equivocada, uma vez que o diferente estava na capacidade dessas profissionais realizarem cuidados de enfermagem em condições desfavoráveis, na

execução de múltiplas funções e ainda por assumirem atividades que transcendiam os limites de suas competências.

O discurso e as observações de campo revelavam que a atenção diferenciada, comumente chamada de cuidados diferenciados pelas enfermeiras, ainda estava distante da proposta da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos indígenas (PNASPI).

Com um olhar atendo aos princípios da atenção diferenciada e contrapondo às práticas dos cuidados diferenciados realizados pelas enfermeiras, foi possível identificar que tais cuidados ainda precisam avançar para oferta de cuidados congruentes com a cultura indígena, considerando os princípios da atenção diferenciada a qual propõe o respeito e o reconhecimento das formas diferenciadas no cuidado à saúde indígena.

Os cuidados diferenciados eram constantemente apontados pelas profissionais como os modos de cuidar dos indígenas. Tal categoria criada por essas profissionais, embora ainda distantes do modelo de Atenção diferenciada demonstrava o reconhecimento de que o paciente indígena necessitava de cuidados de enfermagem diferentes e que dessem respostas às demandas étnicas e culturais dessa população.

6.7 ASPECTOS CULTURAIS QUE ENVOLVEM O CUIDADO AO INDÍGENA MURA: DIFICULDADES E DESAFIOS PARA AS ENFERMEIRAS

Os aspectos culturais tais como costumes, crenças e valores, que envolvem a relação entre profissionais e indígenas foram apontados pelas enfermeiras como dificuldades para realização dos cuidados de enfermagem a essa população, bem como um enorme desafio a ser vencido no cotidiano de suas práticas, implicando em discordâncias no diálogo profissional-paciente, acarretando em fracasso terapêutico. Para Lima *et al*⁽¹¹⁾, a cultura e a diversidade étnica consideradas fundamentais para realização de uma assistência holística, conforme já citado.

Para discussão desse tema é importante considerar o conceito de cultura que segundo Helman⁽⁴³⁾ “é um conjunto de normas transmitidas entre gerações, funcionando como lentes que determinam o modo como os indivíduos percebem o mundo e aprendem a conviver nele”. Portanto, considerando tal conceito para trabalhar em contexto intercultural o profissional precisa aprender a conviver em um

mundo novo, reconhecer sua estrutura, para compreender os comportamentos, costumes e culturas indígenas.

As observações de campo mostraram que faltam esforços e preparo das enfermeiras para considerar, no exercício de suas ações de cuidados, as especificidades étnicas e culturais da população indígena, de modo que essas ações sejam congruentes com as demandas exigidas por essa população. A cultura, crenças e valores das enfermeiras influenciavam nas ações de cuidados direcionados aos indígenas. Tais influências eram consequências da visão sócio culturalmente construídas, imaginadas e idealizadas sobre os indígenas.

Nessa perspectiva, o indígena e seu modo de vida eram percebidos pela lente cultural dos profissionais, os quais lhes causavam constantes estranhamentos e dificuldades para adaptação diante dos primeiros contatos com a cultura e costumes indígenas. Laraia⁽¹¹²⁾ alerta para o fato de que olhar o mundo através de sua própria cultura pode levar o indivíduo a considerar seu modo de vida como mais correto e mais natural. Essa tendência etnocêntrica é responsável por conflitos sociais, pois a postura etnocêntrica resulta em apreciação negativa de padrões culturais de povos diferentes.

As enfermeiras quando falavam sobre suas experiências em contexto indígena afirmavam que a maior dificuldade encontrada para a efetivação das práticas de cuidado junto aos indígenas era lidar com os costumes e crenças dessa população, sendo a cultura indígena vista como obstáculo para efetivação dos cuidados de enfermagem. Tal situação se intensificava no ambiente hospitalar, onde a cultura indígena era tida como uma barreira para a adesão do indígena ao tratamento e hospitalização.

(...) a dificuldade é na questão da crença deles, da tradição deles, dos costumes, eles têm mais essa dificuldade de aceitar determinado tratamento, até a permanência deles aqui [hospital], querem ir embora logo, não querem permanecer aqui e nós temos maior dificuldade quando o tratamento é prolongado né, que precisa ficar mais dias aqui, a gente tem dificuldade com a cultura deles, pois eles não aceitam, eles não querem ficar” (Enf^a Iracema, 32 anos. Hospital.)

(...) como eu te falei, né? Eles têm a própria cultura, que está impregnada neles, dificilmente eles aceitam aquilo que você fala né? (...) eles até conseguem compreender, mas não aceitam aquilo a vontade” (Enf^a Açucena, 41 anos).

(...) A questão da crença também, às vezes atrapalha o tratamento deles. Eles acreditam que seja outra coisa, às vezes é espírito, e aí atrapalha um

pouco. Mas o que eu acho que mais atrapalha são as questões dos costumes e da cultura (...)" (Enf^a Yara, 38 anos, Hospital)

Os discursos das enfermeiras corroboram as observações de campo, em que corriqueiramente as enfermeiras apontavam a cultura indígena como obstáculo, levando à desvalorização dos conhecimentos e crenças indígenas, ficando a relação profissional-indígena prejudicada.

Para Ribeiro, Fortuna e Arantes⁽¹¹³⁾ é inegável a necessidade dos profissionais dos serviços de saúde de média e alta complexidade olhar para os indígenas a partir de suas diferenças e vulnerabilidades, permitindo a aproximação profissional-usuário, promovendo a formação de vínculo e acolhimento.

Uma das situações observadas durante o trabalho de campo no contexto hospitalar, que confirma os discursos das enfermeiras, foi relacionada a uma indígena que estava com seu recém-nascido com quadro de icterícia neonatal e que necessitaria ficar por alguns dias internada para tratamento do bebê. Segundo os relatos das técnicas de enfermagem e parteiras, a indígena, mãe do recém-nascido, se negava a permanecer internada com a criança para dar continuidade ao tratamento e que ela continuaria o tratamento com chás que comumente utilizavam na aldeia quando a pele do bebê se encontrava "amarelada".

Após ouvir tais relatos, a enfermeira Yara levantou-se, não muito satisfeita, e seguiu em direção à enfermaria onde a indígena estava. Ao chegar à enfermaria, foi até o leito da indígena que estava em pé ao lado do leito e disse: *"Olha só, a senhora não vai poder ir embora agora para sua aldeia não...! O seu bebê necessita ficar aqui para tratamento, o médico não vai liberar a senhora"*. Enquanto a enfermeira falava, a indígena ouvia em silêncio e sua expressão facial era de tristeza. A enfermeira sem mais conversa saiu da enfermaria e ao chegar ao posto de enfermagem falou: *"É sempre assim, esses indígenas dão maior trabalho, não aceitam o tratamento, não aceitam a internação, toda vez que tem indígena aqui é essa situação!"*

A enfermeira Yara atuava havia 14 anos no hospital e demonstrava ser uma pessoa atenciosa, comprometida com seu trabalho, sempre disposta a ajudar a todos que buscavam ajuda no hospital ou fora dele. Uma pessoa muito acessível e sempre disposta a melhorar as condições da assistência no hospital.

O caso descrito acima demonstra dois modelos de atenção à saúde, de um lado o modelo biomédico e do outro o modelo tradicional indígena. Langdon e Wiik⁽⁵⁰⁾ apontam que em uma sociedade complexa como a brasileira existem vários sistemas

de atenção à saúde operando simultaneamente, sistemas que representam a diversidade dos grupos e culturas que constitui. Esses mesmos autores referem que embora no Brasil o sistema médico estatal seja o biomédico, operacionalizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a população quando enferma recorre a outros sistemas de atenção à saúde. Nesse sentido, pensar o sistema de atenção à saúde como sistema cultural ajuda a compreender os múltiplos comportamentos de procura por outros sistemas.

É preciso que o profissional esteja preparado para compreender que na busca por solucionar problemas de saúde, o indivíduo procura múltiplos sistemas de atenção à saúde. Conhecer as práticas de “autoatenção” que na perspectiva de Menéndez⁽¹¹⁴⁾ se constituem em todo o movimento realizado pelo indivíduo em “busca por saídas”, alívio e cura, deve ser considerada pela enfermeira de modo a compreender os modos que o indivíduo utiliza para buscar solução para seus problemas de saúde.

No exemplo dado, vale ressaltar que não se trata de desconsiderar o sistema de saúde oficial, pois é reconhecida a importância do tratamento do recém-nascido, porém trata-se da maneira como a cultura do outro é entendida, interpretada e considerada, pois não houve nenhum espaço para o diálogo e para compreender as razões de recusa ao tratamento ou para buscar uma negociação entre os dois modelos de atenção à saúde, evitando situações de conflitos.

Nos dados apreendidos pelas entrevistas e pela vivência no campo como observadora, fica evidenciada a dificuldade da enfermeira em lidar com os hábitos e costumes dos indígenas, o que pode ser apreendido no discurso a seguir.

(...) A dificuldade que a gente sente é em relação aos costumes deles. A maioria é muito... [silêncio] é muito assim, eles têm muita dificuldade em aceitar o que a gente fala, entendeu? De aderir ao tratamento que tem que ser feito, de aderir à rotina assim da unidade, e até assim as medicações, eles são mais assim, não sei se é porque não tem esclarecimento, né? Mas eles são mais teimosos assim em relação à terapêutica mesmo, que tem que ser feito” (Enf^a Moema, 42 anos).

Analisa-se, nesse contexto, a invisibilidade da trama social na qual os indígenas se encontram inseridos. É evidente o incômodo no discurso da enfermeira, em relatar que indígenas “escapam” às práticas terapêuticas de cuidado à saúde, promovendo uma desestabilização na prática do enfermeiro, sendo os indígenas vistos como “teimosos”. O problema sempre é atribuído ao indígena e não se identificava a reflexão sobre a prática de cuidado do enfermeiro a essa população, sendo os cuidados

vinculados ao modelo biomédico de cuidado em saúde que define normatizações para uma vida saudável.

Essa compreensão também pode ser corroborada a partir da unidade de análise apresentada a seguir, mostrando que uma maior aproximação do indígena à cultura do não índio facilita as práticas profissionais dirigidas a essa população.

“(...) A partir do momento em que o índio, está aderindo muito ao “branco”, é de suma importância, porque como ele está aderindo mais aos costumes do branco, não fica tão difícil a nossa assistência, a nossa prestação de serviço com eles, né?(...) O tratamento tem que ser um pouco diferenciado, o linguajar, o dialeto que você usa com eles tem que ser diferenciado, não é a mesma técnica, não são as mesmas palavras, os mesmos termos técnicos que você usa com os brancos, então tudo isso você tem que se adaptar”. (Enfª Kauane, em 22/10/2015)

Essa unidade de análise caracteriza um discurso permeado pela ideia de que quanto mais o indígena se aproxima da cultura do “*branco*”, ou seja, da cultura do não índio, a assistência de enfermagem é mais fácil de ser efetivada. Também mostra a dificuldade da enfermeira em contextualizar sua prática em área indígena, mesmo sendo possível identificar conteúdos em seu discurso como tratamento “*diferenciado*”, compreendido aqui, como adequação do linguajar, ela se reporta à facilidade de se comunicar com o “*branco*”, aqui entendido como alguém colonizado/civilizado.

Os resultados desse estudo apontam que as questões culturais que se entrelaçam às relações de cuidados de enfermagem ao indígena internado são apontadas como dificuldades e constantes desafios no exercício de atividades da enfermeira.

Essas dificuldades são observadas tanto em contextos das Tis Mura quanto em contexto hospitalar, intensificando-se em cenário hospitalar por conta das normas e rotinas que visam institucionalizar os indígenas e moldá-los a uma realidade que só cabe na lógica da instituição total⁽⁹²⁾. Nesse sentido, observa-se que a cultura, os costumes e crenças indígenas são interpretados como sendo uma das maiores dificuldades para cuidar do indígena nos cenários estudados.

Estudos realizados em contextos dos DSEI Alto Rio Negro, realizado com enfermeiros e técnicos de enfermagem e no DSEI Manaus, com enfermeiros, trazem resultados semelhantes ao encontrado nesse estudo por mostrar que os costumes e a cultura indígena constituem-se em barreira para efetivação das práticas de cuidado de enfermagem à população indígena^(30,56).

Nesse sentido, observam-se as fragilidades dos enfermeiros para atuar em contexto intercultural. Mudam se os cenários, mas as dificuldades relacionadas às questões culturais enfrentadas por profissionais de enfermagem ainda é uma realidade que precisa ser mudada para que avanços sejam identificados na oferta de cuidados congruentes às diversidades culturais dos povos indígenas.

Corroborando os achados encontrados neste e demais estudos^(23,48) citados, enfermeiros e estudantes do curso de mestrado de um Programa de Pós-Graduação no Rio de Janeiro se sentiam pouco preparados para lidar com a diversidade cultural existente no Brasil, fato esse que se configurava em obstáculo para implementação dos cuidados de enfermagem junto às populações culturalmente diferenciadas⁽¹¹⁵⁾

É importante considerar que para minimizar os estranhamentos nos encontros interculturais, o enfermeiro precisa conhecer os elementos de cada cultura, compreender o processo saúde-doença-cura, regras e valores de cada comunidade a ser assistida.

Estudo⁽¹¹⁵⁾ realizado com uma equipe da Estratégia Saúde da Família que prestava assistência a uma comunidade quilombola no Estado do Rio de Janeiro apresentou resultados diferentes, mostrando que as práticas de cuidado realizadas pela equipe buscavam ampliar os canais de interação cultural, sendo os interesses e problemas da população compreendidos como parte de um processo. O estudo apontou para um caminho no qual a equipe faz esforço em valorizar tanto o saber científico quanto o popular, buscando a complementaridade entre ambos.

6.8 FRAGILIDADES ESTRUTURAIS DOS SERVIÇOS: DIFICULDADES E DESAFIOS PARA AS AÇÕES DE SAÚDE JUNTO À POPULAÇÃO INDÍGENA.

Esse tema abordará as dificuldades e desafios enfrentados pelas enfermeiras no contexto das terras indígenas Mura, evidenciada pelas fragilidades estruturais dos serviços, escassez ou ausência de materiais básicos para realização das ações de saúde, bem como das questões que envolvem o fluxograma de atendimento e logística para transporte ou remoção de paciente para unidades de média complexidade na rede do SUS na sede do município ou ainda para unidades de alta complexidade na capital do Estado em Manaus. Outro aspecto a ser abordado é a

dificuldade de interlocução entre os serviços de saúde, em que os diálogos entre os profissionais são permeados por fragilidades na interlocução entre esses serviços.

6.8.1 Fluxo de atendimento e assistência à saúde indígena: a realidade vivenciada por profissionais em Terras indígenas Mura.

Os fluxogramas de atendimento (Figuras 9 e 10) e movimentos realizados pelos indígenas e EMSI para atendimentos nas aldeias, encaminhamento e remoção de pacientes dos PB para o Hospital da sede do município de Autazes e deste para as unidades especializadas do SUS em Manaus, serão descritas a seguir para mostrar a realidade da logística enfrentada por indígenas para acesso aos serviços de saúde e pelos profissionais de saúde para levar atendimento às comunidades indígenas.

Para deslocamento de indígenas para atendimento nas unidades de saúde especializadas do SUS na sede do município ou para a capital (Manaus), são elencadas como dificuldades para realização dos cuidados de enfermagem, bem como um desafio diário a ser vencido em contexto das Tis Mura.

O Polo-Base da aldeia de Pantaleão possui sob sua cobertura 19 aldeias, localizada na zona rural deste município, a única aldeia que está localizada na área urbana do município de Autazes é a aldeia de Pantaleão, onde o Polo está alocado. O Polo-Base representa a primeira referência para os indígenas das 19 aldeias.

Nem todas as aldeias possuem um Posto de Saúde. De acordo com o modelo de assistência à saúde indígena⁽⁷⁾, sendo a unidade mais simples do DSEI, no qual atua o agente indígena de saúde (AIS). Como nas Tis Mura poucas são as aldeias que possuem posto de saúde, as ações de saúde nas aldeias são realizadas em igrejas, centros comunitários ou quando o atendimento exige maior privacidade, as ações são realizadas nas casas dos AIS.

O PB é a primeira referência para as aldeias. Quando os indígenas necessitam de atendimentos eles saem de suas aldeias e o percurso é realizado via fluvial ou terrestre. Quando chegam ao Polo-Base são atendidos pela EMSI, responsável pelo atendimento dos indígenas residentes em aldeias geograficamente perto do Polo-Base. Quando as demandas de saúde dos indígenas excedem o nível de resolutividade do Polo-Base, este encaminha os indígenas para o Hospital localizado na sede do município, que é a unidade referência do SUS para atender a população

indígena. A EMSI encaminha o indígena para o hospital ou este é levado das aldeias pelos AIS. Nesse caso, os AIS acompanham o indígena no atendimento e em seguida comunica as enfermeiras do PB sobre o estado de saúde do indígena e se esse ficará internado ou se será liberado para retorno à aldeia.

É importante considerar que o percurso é permeado por longas distâncias. Os indígenas viajam horas de “rabeta” (canoa com motor de popa), para serem atendidos nas unidades de saúde em Autazes. O percurso é realizado via fluvial e terrestre e dura de duas a cinco horas, a depender das condições das estradas em época de chuva ou de seca dos rios nos períodos de estiagem. Isso vai interferir diretamente no tempo gasto para realizar o percurso para acesso da EMSI às aldeias e dos indígenas aos serviços de saúde, como aponta o discurso de Iracema.

(...) tem aldeia que quando seca tudo o pessoal tem que parar a lancha e andar dois quilômetros pra chegar às aldeias, e tem muito barranco, então a gente tem que subir com caixa, a gente tem que subir com vacina, a gente tem que se preocupar com a temperatura das vacinas (...) então o desafio é diário, diário, diário. Mas a gente vai driblando e vai conseguindo. ((Enfª Iracema, 32 anos, PB Pantaleão)

Quando o indígena é atendido no hospital do município e necessita de um tratamento específico ou exame com especialista, que a Unidade não dispõe, ele é encaminhado para as unidades de saúde de maior complexidade em Manaus. O percurso até Manaus é realizado via fluvial e terrestre, gastando em média quatro a cinco horas de viagem, caso o percurso fluvial seja realizado de balsa. Se o percurso fluvial for realizado de lancha, esse tempo diminui para aproximadamente três horas.

A Casa de Saúde Indígena-CASAI Manaus, localizada na rodovia AM-010 em Manaus, é referência para todos os DSEI da região. É responsável por receber indígenas que são encaminhados para fazer exames em unidades de saúde especializadas do SUS em Manaus. Os indígenas e seus acompanhantes ficam alojados na CASAI até a realização de exames previamente agendados na rede do SUS. É de responsabilidade da CASAI dar suporte aos indígenas internados nos hospitais em Manaus até a alta e o retorno às aldeias. A CASAI mantém mecanismo de referência e contra referência com a rede do SUS e com os PB. Enquanto o indígena permanecer em Manaus para tratamento fica sob responsabilidade da CASAI até o retorno para aldeia.

O Polo-Base da aldeia Murutinga, localizada na zona rural do município de Autazes, possui 13 aldeias sob sua cobertura. O fluxograma do PB de Murutinga

(Figura-2) possui nível de complexidade maior relacionado à logística e distância deste até a sede do município. Pela ausência de Unidade Básica de Saúde nas aldeias, as ações de saúde, em sua maioria, são realizadas em igrejas, centros comunitários ou quando o atendimento exige maior privacidade, as ações são realizadas nas casas dos AIS, à semelhança do PB Pantaleão, conforme mencionado.

Sendo o PB a primeira referência para as aldeias, quando os indígenas necessitam de atendimentos, sejam esses simples como os atendimentos de rotina, vacinas, consultas com a EMSI no PB e se o problema identificado exceder à capacidade de resolutividade no Polo, eles são encaminhados para o hospital da sede do município, referência do SUS para atender essa população em Autazes.

É importante ressaltar que existe uma complexidade maior para a remoção dos indígenas atendidos no PB de Murutinga, devido à maior distância tanto para os indígenas se deslocarem de suas aldeias para o Polo-Base, quanto para a equipe fazer a remoção deste paciente até o hospital na sede do município. Os meios de transporte para saída das aldeias até o Polo é realizado via fluvial, de canoa ou de “rabeta”. Ao chegar ao PB o indígena é avaliado quanto ao nível de gravidade e se houver necessidade de atendimento mais complexo a EMSI dá os primeiros atendimentos e remove o indígena para o hospital de Autazes.

A remoção é feita de lancha, saindo do Murutinga em direção à comunidade Novo céu, percurso que dura de sete a dez minutos. Desta comunidade, o transporte é realizado via terrestre até a “boca da estrada”, como é conhecido um pequeno porto de onde saem lanchas e balsas diariamente em direção a Autazes. O discurso de Potira demonstra a realidade observada durante o trabalho de campo.

(...) O Novo Céu é a vila mais próxima, o atendimento é de segunda à sexta-feira, não tem urgência, não tem remoção, e aqui no Polo a qualquer hora do dia ou da noite tem atendimento, entendeu? Durante o dia funciona como uma UBS, com consultas, e à noite urgência, principalmente as grávidas, que a maioria delas sempre acha de dar à luz à noite, e outras urgências como: pacientes com pressão alta, várias patologias, mordida de cobra, tudo, tudo, tudo que acontece eles vêm para o Polo, e do Polo é referenciado. O motorista da lancha, vem e leva eles até a Vila de Novo Céu, chegando na Vila Novo Céu pega o carro, vai até a boca da estrada de Autazes e pega outra lancha. Então, a logística daqui é bem diferenciada. (...) aqui é uma aldeia bem distante mesmo, a gente tá mais próxima de uma Vila. As outras aldeias a quilômetros daqui. Agora tu imagina uma mulher que vai dar à luz, vem de lá até aqui, chegou aqui ela vai ter que ter o filho dela no meio do caminho ou aqui, não tem condições de aguentar mais uma viagem até o hospital de Autazes. (...) é muito diferenciada essa logística do Polo-Base, pelo fato da gente não ter um hospital próximo, a nossa referência é Autazes e fica a quilômetros de distância. (Enfª Potira, 32 anos PB Murutinga)

A enfermeira Potira estava trabalhando no PB Murutinga havia 8 meses. Ela empenhava-se ao máximo para solucionar os problemas que apareciam. Gostava de trabalhar na saúde indígena, porém se mostrava muito insatisfeita com as condições de trabalho que lhes eram impostas.

Ao chegar ao Hospital de Autazes, seguia-se o mesmo fluxo de referência para os atendimentos, conforme descrito para o PB de Pantaleão. Se as demandas de saúde do paciente requeriam atendimento de alta complexidade o indígena era encaminhado para uma Unidade especializada do SUS em Manaus.

Quando o indígena era referenciado pelo PB de Pantaleão ou pelo PB de Murutinga para atendimento na rede do SUS em Autazes e havia necessidade de atendimento de maior complexidade em Manaus em Unidade especializada do SUS, as enfermeiras dos referidos Polos eram comunicadas da remoção do paciente. A remoção até a unidade de Manaus ficava a cargo do hospital que estava removendo o paciente até a capital.

No hospital, localizado na sede do município, os indígenas são avaliados quanto ao nível de gravidade e se esses forem considerados casos graves a remoção é feita via aérea, equipada com unidade de terapia intensiva (UTI) e equipe especializada. Caso a aeronave não disponha dessa estrutura, o médico do hospital deverá acompanhar esse paciente até Manaus. Ao chegar a Manaus, a ambulância do Serviço Móvel de Urgência (SAMU), previamente acionado pela enfermeira do hospital de Autazes, estará no local para receber e levar o paciente até o hospital de alta complexidade, que já estará aguardando o paciente. Vale ressaltar que durante o período que estive em campo não houve nenhuma remoção aérea.

Os casos avaliados como sendo de moderada gravidade são removidos via fluvial e via terrestre (Figuras 1 e 2). Para o transporte, na maioria dos casos, o paciente é removido na ambulância do hospital e vai acompanhado por um técnico de enfermagem, responsável por acompanhar o paciente durante o percurso.

A ambulância sai do porto de Autazes de balsa até a “boca da estrada”. Em seguida, segue via terrestre até o porto da Vila do Zero, onde a travessia desse paciente é realizada de ambulância (lança ambulância para transportar paciente) do SAMU até o porto do CEASA em Manaus. A ambulância do SAMU já estará aguardando esse paciente para encaminhá-lo até o hospital para onde o paciente indígena foi referenciado. Vale ressaltar que o tempo gasto para transporte do

paciente dura em média de quatro a cinco horas até chegar ao porto da CEASA em Manaus, sem considerar o percurso que o SAMU ainda terá que fazer para levar esse paciente até o hospital da capital.

É importante considerar que em todo o processo de remoção do paciente, da saída do PB, encaminhamento para o hospital do município e deste até a unidade hospitalar da capital, existe grande envolvimento e empenho do profissional enfermeiro.

Durante o trabalho de campo foi possível observar o envolvimento do enfermeiro na remoção dos pacientes para tratamento nas unidades especializadas do SUS. Embora a responsabilidade seja do médico, o que foi possível observar é que todo contato com as unidades de referência e contra referência para viabilizar a remoção é feita pelas enfermeiras.

O município de Autazes, considerado um dos municípios mais próximo da capital, a distância, a logística e o tempo necessário para que se complete a remoção do indígena pode ser um dos fatores que contribui para a piora clínica dos pacientes avaliados em moderada gravidade, durante o percurso. As enfermeiras relataram que durante a remoção muitos pacientes apresentam piora no quadro clínico, chegando a Manaus em um nível de gravidade muito maior.

As descrições apontam fragilidades na logística que envolve diretamente o trabalho da EMSI e da equipe do hospital, porém com empenho muito maior da equipe de enfermagem dos referidos serviços.

As longas distâncias, as condições de transporte, barreiras geográficas e o tempo de viagem para remoção de pacientes são considerados como dificuldades e desafios a serem superados diariamente pelas profissionais que atuam nessas Unidades, para uma melhor efetivação das práticas de cuidado junto a essa população. Vale considerar que as dificuldades e desafios relacionados à logística se avolumam no exercício das funções exercidas pelas enfermeiras que trabalham diretamente com a população indígena nos PBs.

Nesse sentido, estudos^(16,30) realizados com profissionais que atuam em contextos indígenas apontam as fragilidades na logística para acesso das EMSI às aldeias, dificultando as ações de saúde a essa população.

Estudo⁽³⁰⁾ realizado por enfermeiros que prestam cuidados a uma comunidade indígena no Maranhão corrobora os nossos achados em que a logística e acesso para

atendimento em TIs é apontado como dificuldade para efetivação das ações de saúde, em que o acesso físico se constitui em verdadeira jornada para se chegar às aldeias para prestar assistência aos indígenas.

Dentre as fragilidades relacionadas à logística apontadas pelas enfermeiras do nosso estudo, estão os riscos de acidentes de trabalho que essas profissionais estão sujeitas durante os longos percursos pelos rios e caminhadas pelas matas para acesso às aldeias, como evidenciado pela fala de Miracema.

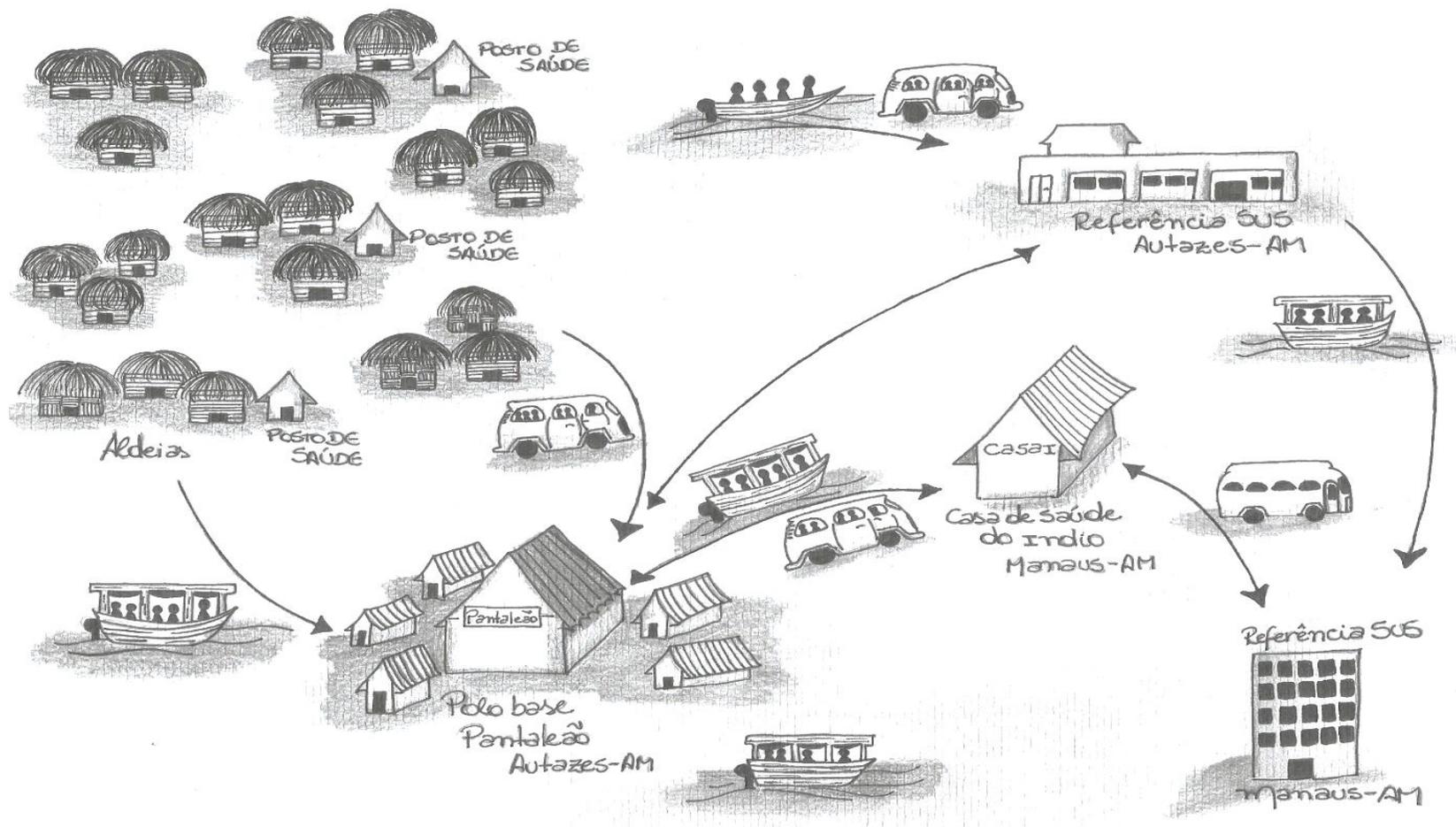
(..) Eu estou falando assim de logística, então a gente foi rezando mesmo pro bote não virar, os banzeiros² eram altíssimos e a gente só tinha as caixas de isopor. Era eu e mais três técnicos, então assim, a gente arisca muito a vida, com certeza, toda pessoa que vai pra área está arriscando a vida. (Enf^a Miracema, 41 anos PB).

Louzada e Lopes Neto⁽³³⁾ em um estudo com técnicos de enfermagem e enfermeiros que trabalham com Ianomâmis no Alto Rio Negro e Fernandes⁽⁶⁰⁾ em estudo realizado com enfermeiros no contexto do DSEI/Manaus, encontraram resultados semelhantes em seus estudos, nos quais os profissionais consideram as fragilidades de acesso relacionadas às barreiras geográficas como dificuldades que prejudicam a oferta de cuidados de enfermagem, bem como são apontados como fatores de risco para doenças ocupacionais e acidentes de trabalho.

Tais estudos^(33,60) corroboram os nossos achados relacionados às fragilidades na logística e na mobilidade para acesso às terras, como dificuldades enfrentadas diariamente por profissionais que atuam em contexto indígena, bem como desafios a serem superados a cada viagem para atendimento nas aldeias.

2 Sucessão de ondas provocadas por uma embarcação em deslocamento.

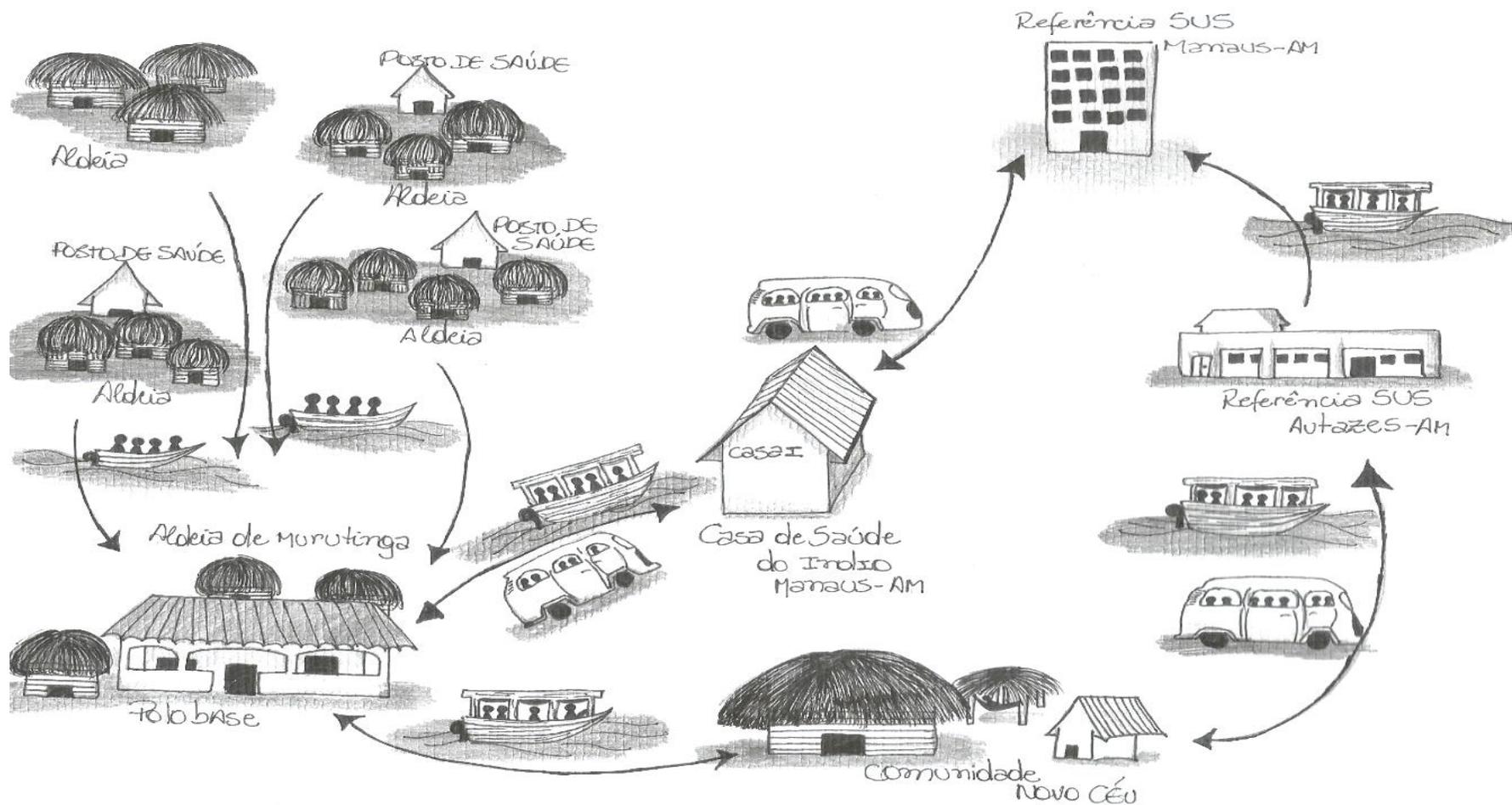
Figura 10 - Fluxograma de atendimento à população indígena no Polo Base da Aldeia Pantaleão



Fonte : Elaboração da Pesquisadora, 2016.

Figura 11 - Fluxograma de atendimento à população indígena no Polo Base de Murutinga

Fonte : Elaboração da Pesquisadora, 2016.



Fonte : Elaboração da Pesquisadora, 2016.

6.8.2 Assistência à Saúde indígena: a dificuldade de interlocução entre os Serviços de Saúde

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS foi implementado em 1999, face às históricas desigualdades e iniquidades vividas por esses povos no Brasil⁽¹⁰²⁾. Organizado por meio dos Distritos Sanitários Especial Indígena (DSEIs), o modelo de assistência à saúde indígena prevê que os indígenas sejam atendidos em todos os níveis de assistência à saúde, da atenção primária à saúde nos Polos-base, ao atendimento do indígena em nível de maior complexidade, seja para realização de exames, para consulta com especialista ou mesmo para internação na rede do SUS⁽⁷⁾.

Considerando a Lei Orgânica da Saúde^(70,71), as ações de saúde no SUS devem ser desenvolvidas de forma integrada e com a participação dos diferentes atores para que haja maior efetividade e impacto sobre a saúde de determinado grupo populacional. Portanto, quando se aborda a saúde do indígena a relevância é muito maior por se tratar de um grupo que apresenta especificidades culturais, que devem ser consideradas e respeitadas pelos serviços de saúde em nível local, regional e estadual, que devem se complementar para execução das ações de saúde dirigidas à população indígena.

Durante o período em que acompanhei as equipes de saúde no Hospital ou nos PB, foi possível identificar fragilidades na interlocução entre os serviços de saúde que atendem a população indígena no município de Autazes. As ações de saúde que necessitavam da interação entre os dois níveis de atenção à saúde eram realizadas com pouco diálogo entre os serviços. Era possível identificar nos serviços a existência de dois grupos de enfermeiras claramente separadas, as “enfermeiras da saúde indígena” como comumente eram chamadas as enfermeiras que atuavam nos PB e os “enfermeiros do hospital”. Foi possível observar que a relação entre os dois serviços era muito mais voltada à cobrança de um sobre o outro ou de fazer valer a responsabilidade que cada serviço impunha sobre o outro.

Para as enfermeiras da unidade hospitalar, quando o indígena precisava ficar internado, era motivo suficiente para que as enfermeiras do Polo fossem lembradas como sendo de certo modo responsáveis pelo quadro de enfermidade do indígena.

Durante o período que estive realizando a pesquisa na unidade hospitalar era comum o atendimento de gestantes indígenas em trabalho de parto. Esses atendimentos eram sempre permeados por cobranças às indígenas sobre exames que não haviam sido feitos durante o pré-natal, bem como atribuição de culpa aos profissionais do PB por não realizarem o acompanhamento pré-natal das indígenas que chegavam ao hospital com poucas consultas de pré-natal, registradas no cartão da gestante, ou com falta de algum exame.

Outra situação comumente observada nas sextas-feiras, quando o Polo encerrava o atendimento às 15 horas, era que os profissionais do hospital se queixavam de que tal fato seria a causa do aumento da demanda de indígena para atendimento no hospital, causando insatisfação por parte da equipe que sempre dizia que os indígenas têm a Unidade de Saúde deles, referindo-se ao Polo-Base.

Sempre que o assunto era sobre indígena, os médicos e as enfermeiras dirigiram-se a mim para falar sobre as questões que envolviam pacientes indígenas, afinal sabiam sobre o que eu estava pesquisando e pareciam querer justificar os discursos de que o paciente indígena era de responsabilidade dos “enfermeiros da área indígena”, “enfermeiros do Polo”, como mostra o discurso abaixo.

(...) quando alguma situação envolve indígena a gente sempre comunica os enfermeiros do Polo. (...) Tem indígenas que não têm ninguém da família, tem indígena que está com tal doença e ninguém tá fazendo nada, ninguém tá fazendo busca ativa (...) a gente cobra dos enfermeiros do Polo assim com mais frequência, porque a gente sabe que estão ali pra cuidar da saúde indígena especificamente, então a gente acaba cobrando deles; dos enfermeiros do Polo, dos técnicos de lá esse cuidado. (Enf^a Yara, 38 anos, Hospital).

O discurso de Yara aponta o “enfermeiro do polo” como profissional responsável pela saúde indígena, que a todo o momento deve ser comunicado, cobrado e chamado para cuidar deste paciente.

A fala de Yara representa o discurso das demais enfermeiras, bem como dos demais profissionais do hospital, demonstrando a fragilidade na interlocução entre os serviços, como se os profissionais dos PB não compreendessem a função do hospital como unidade complementar das ações de saúde junto às populações indígenas.

Por outro lado, enquanto estava acompanhando as ações de cuidados de minhas interlocutoras nos dois Polos-Base, foi possível ouvir discursos e observar situações que confirmavam o que é perceptível na fala da enfermeira Miracema,

mostrando uma relação conflituosa entre profissionais das redes de atenção à saúde indígena.

(...) então antigamente era muito difícil os profissionais do hospital entenderem que a responsabilidade pelos indígenas no hospital não é nossa. (...) para resolver essa questão, a nossa chefe veio de Manaus, teve uma reunião e foi dito tudo isso “Os enfermeiros do polo fazem acompanhamento aqui no Polo e aldeias, mas no hospital a responsabilidade é do hospital”. (...) eu já ouvi indígena chegar aqui e falar, “ah enfermeira, eu fui lá e eles [profissionais do hospital] não quiseram me atender, porque tenho o meu Posto”, já cansei de receber indígena vindo do hospital dizer que lá mandaram procurar o Posto dele, para receber atendimento. (Enfª Miracema, 38 anos, PB Pantaleão)

O discurso de Miracema confirma a fala de Yara, quando esta responsabiliza os profissionais do Polo pelos cuidados dos indígenas ainda que estejam internados, sob a responsabilidade do hospital. O que também se confirma com as observações de campo. Em uma consulta de enfermagem, o indígena ao ser atendido relatara que ao buscar atendimento no hospital durante o final de semana, por estar com febre e dores no corpo, foi atendido, porém a médica disse que ele precisaria fazer alguns exames, mas que ele deveria se dirigir ao Polo-Base para que a enfermeira ou o médico solicitasse tais exames.

A enfermeira que estava atendendo o paciente olhou para mim, balançou a cabeça em sinal de reprovação e disse: “*É assim que acontece*”. Em seguida, a enfermeira perguntou o porquê de a médica não ter solicitado os exames. O indígena, por sua vez, balançou a cabeça e disse não saber dizer o motivo, mas que a enfermeira passasse logo os exames, pois não gostaria de voltar novamente ao hospital.

O fato descrito demonstra a fragilidade na interlocução entre os profissionais dos serviços para atendimento ao indígena, bem como no acesso do indígena aos serviços de saúde. Para Donabedian⁽¹¹⁸⁾, acessibilidade é a facilidade com que as pessoas obtêm assistência à saúde, a qual depende de fatores sócio organizacionais e geográficos que se relacionam, sendo os fatores sociais e culturais e as preferências étnicas e religiosas consideradas importantes para a acessibilidade.

Nos cenários estudados observa-se que o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena ainda enfrenta a fragmentação no seguimento das ações de saúde, quando essas ações precisam ser complementadas nos serviços de média e alta complexidade do SUS, necessitando para sua plena efetivação de uma interlocução

entre os serviços e diferentes profissionais para que haja maior resolutividade nas ações de saúde junto à população indígena.

Nesse sentido, além da precária interação entre as equipes de saúde e o despreparo para lidar com as dimensões que envolvem todo processo de humanização e a promoção de práticas de atenção diferenciadas para acolhimento à população indígena, há pouco investimento na qualificação dos profissionais, especialmente no que se refere à consciência do papel de cada serviço de referência e contra referência para efetivação das ações de saúde, diminuindo a possibilidade de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades.

A referência e contra referência nem sempre era compreendida pelos profissionais do Hospital que pareciam não compreender e reconhecer o hospital como unidade referência do SUS para dar seguimento e resolução aos problemas de saúde indígena país. Estudo realizado por Cunha e Vieira-da-Silva⁽¹⁹⁾ sobre acesso aos serviços de saúde em um município da Bahia, evidenciou que o sistema de referência e contra referência foi um dos fatores de determinação do acesso da população aos serviços de saúde que mais mostrou deficiências.

6.9 FRAGILIDADES NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA ATUAÇÃO EM CONTEXTO INTERCULTURAL.

As fragilidades na formação das enfermeiras que atuam no contexto das Tis Mura, bem como das que atuam em contexto hospitalar foram identificadas nas falas e nos modos como as profissionais desenvolviam suas práticas de cuidado à população indígena. Ao serem questionadas sobre o ensino da saúde indígena na formação do enfermeiro, somente quatro enfermeiras afirmaram ter cursado disciplina de saúde indígena na graduação.

As quatro enfermeiras que cursaram a referida disciplina, em sua maioria, relataram que a mesma foi ministrada de forma superficial, com pouco ou nenhum enfoque nas questões culturais que envolvem o processo saúde-doença da população indígena. As seis enfermeiras que não cursaram saúde indígena na graduação, referiram que sentiram falta desta disciplina no curso de graduação e que tal ausência refletiu no desempenho de suas ações essa população.

Ao analisar as ações das profissionais no cuidado à população indígena, não foi possível identificar diferenças nas práticas de cuidado à população indígena das que cursaram saúde indígena na graduação e das que não cursaram.

As enfermeiras reconheciam as diferenças étnicas e culturais e a necessidade da oferta de uma atenção diferenciada, porém nas práticas de cuidado a essa população identificavam suas próprias limitações para atuação em contexto intercultural e para cuidar de indivíduo etnicamente diferenciado, conforme expresso por Yara a seguir.

[...] A saúde indígena é um segmento da saúde que veio para dar essa atenção realmente diferenciada ao índio, mas infelizmente, infelizmente eu posso dizer, somos nós que não estamos preparados para oferecer essa atenção diferenciada. (Enf^a Yara, 38 anos, Hospital)

Na fala de Yara é possível identificar que ao mesmo tempo em que ela reconhece a importância da saúde indígena e a oferta de uma atenção diferenciada, mostra seu despreparo em lidar com a saúde indígena e suas particularidades. Para Diehl e Pellegrine⁽¹²⁰⁾ tanto profissionais indígenas, como os profissionais não indígenas de saúde, como membros das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), também se mostram despreparados para atuarem em contextos interétnicos muito heterogêneos ⁽⁷⁾.

(...) saúde indígena é uma saúde diferenciada, por que tem suas peculiaridades relacionadas à cultura. (...) eu acho que só a antropologia que é dada e não fala de índio e nem de saúde indígena e dos indígenas e quando fala, tá muito distante do cuidado, nas primeiras matérias, então você não tem a vivência, por mais que você não tenha estágio têm que aprender sobre a cultura, as etnias, quais são as etnias mais presentes no Brasil, no Amazonas, quais são as etnias que falam português, quais as etnias que convivem entre nós. (Enf^a Miracema, 41anos, PB Pantaleão)

O discurso de Miracema aponta a importância da disciplina antropologia articulada ao cuidado, bem como a importância de buscar conhecimentos sobre cultura e sobre as etnias existentes no Brasil e no Amazonas.

A enfermeira Miracema não cursou a disciplina saúde indígena na graduação, muito embora reconheça a importância da apropriação dessa temática para atuação em contextos indígenas.

A fala da enfermeira Sami, chama atenção para a necessidade de preparo do profissional para atuar na área da saúde indígena, embora a mesma tenha cursado uma disciplina específica de saúde indígena na graduação.

(...) O profissional que vai prestar assistência à população indígena, deveria ser preparado para atuar na área onde vai atuar, porque se não receber preparo específico, ele não cria estratégia e se desmotiva muito rápido, porque quando está no papel é muito bonito, mas quando você vai para a realidade é totalmente diferente. (Enfª Sami, 40 anos, PB Murutinga)

É importante considerar que Sami estava atuando havia apenas 20 dias em contexto indígena e durante as observações de campo foi possível identificar que diante das dificuldades e desafios vivenciados por ela e pela complexidade da atuação em terra indígena, percebia-se que ela já não parecia estar motivada para atuação junto a essa população. Corriqueiramente relatava que não ficaria por muito tempo trabalhando

Jaciara, por sua vez, aponta para as disparidades entre a teoria e a prática e sugere que todos os profissionais e estudantes pudessem ter experiência em local de atendimento ao indígena.

(...) Muita coisa eu acho assim na teoria é uma coisa, funciona de um jeito, mas na prática é outra. (...) Se todo profissional, todo estudante, pudesse vivenciar um pouco isso, seria muito bom, ter uma oportunidade de passar um dia ou dois em algum lugar onde o indígena é atendido. (Enfª Jaciara, 32 anos, PB Pantaleão)

A necessidade de formação na área de saúde indígena nos discursos das enfermeiras que atuam em área indígena é justificada pelas lacunas da formação e potencializada pelas especificidades das populações indígenas, sendo este tema pouco abordado na graduação em enfermagem e em cursos específicos, segundo relatos das enfermeiras. Diante disso, compreende-se porque as enfermeiras se ressentem da ausência da prática associada à teoria.

Diante dos desafios e dificuldades enfrentados pelas enfermeiras para atuação em contexto indígena, observa-se imensa fragilidade na formação e no preparo dessas profissionais para atuação na área. Nesse sentido, durante as observações de campo foi possível identificar dois campos em disputa e em constante estranhamento, de um lado as enfermeiras com compromisso de oferecer cuidados de enfermagem baseados no modelo biomédico e que enfrentavam importantes fragilidades estruturais nos serviços e do outro lado o indígena buscando uma atenção diferenciada para acolher suas especificidades e seus direitos à saúde.

Portanto, é imperiosa a importância que deve ser dada às questões étnicas e culturais dos povos indígenas, bem como a necessidade de preparar os profissionais para atuação em contextos distintos.

A partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB)⁽¹²¹⁾, o projeto político pedagógico dos cursos de graduação em enfermagem passou a ser elaborado pelas próprias Instituições de Ensino Superior (IES), que têm autonomia para definir o perfil profissional a ser formado e definir os conteúdos essenciais para a formação do enfermeiro, de modo a atender às necessidades sociais de saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a publicação em 2001, das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Enfermagem⁽¹²²⁾, a formação do enfermeiro deve considerar *o perfil generalista, humanista, crítico reflexivo, pautado em princípios éticos, capaz de conhecer e intervir no processo saúde-doença, identificar as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes, atuar com responsabilidade e compromisso e promover a saúde integral do ser humano*. As diretrizes indicam para a formação de enfermeiros com conhecimentos para o exercício das seguintes competências e habilidades: atenção à saúde; tomada de decisões; comunicação; liderança; administração e gerenciamento e educação permanente.

A preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural constitui uma das diretrizes estratégicas da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), essencial para a concretização da atenção diferenciada, princípio defendido pela 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986, endossado pelas demais Conferências e trazido pelo subsistema, adicionando-a aos demais princípios do SUS⁽⁷⁾.

Oliveira⁽¹²³⁾ refere que o Estado brasileiro ao admitir a multiculturalidade em sua constituição deve ser competente para argumentar conflitos, buscar soluções ampliadas, atentando para separação e aproximação com os detentores de saberes tradicionais, nas diferentes esferas de atuação da saúde, como reparação, vigilância, prevenção e promoção. Essa autora aponta que diante de tantos desafios, fica explícito que a formação de profissionais de nível superior para atuação em área indígena necessita de complementos na formação e de desenvolvimento de políticas de atração e fixação no interior, especialmente nas comunidades indígenas, para que essa seja uma opção profissional permanente, não sendo suficientes apenas treinamentos emergenciais e ações pontuais de educação.

Esse aspecto foi apresentado pelas enfermeiras de forma bastante veemente, tanto no que se refere à necessidade de preparo dos profissionais que atuam na saúde

indígena nos serviços da rede, como também na estruturação dos serviços, uma vez que mencionaram indignação e frustração relacionadas à precariedade dos serviços, às condições de trabalho e de moradia que lhes eram impostas e às demandas de responsabilidade que lhe eram delegadas que muitas vezes iam além do exercício profissional.

7. Considerações Finais

A decorative flourish consisting of a horizontal line with elegant, symmetrical scrollwork at both ends, positioned below the section header.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar a perspectiva de enfermeiras sobre o cuidado à saúde da população indígena Mura do município de Autazes-Amazonas. Para tanto, buscou-se caracterizar o perfil das enfermeiras que atuam em área indígena quanto a sexo, idade, tempo de formação, titulação e experiência profissional na área da saúde indígena; compreender como se dão as práticas de cuidado das enfermeiras à população indígena Mura nas Unidades de Saúde das aldeias de Pantaleão e Murutinga e Unidade hospitalar do município de Autazes e identificar desafios e dificuldades enfrentados por essas enfermeiras para atuação profissional em contexto indígena.

A opção pela etnografia, como metodologia do estudo, permitiu maior apropriação e descrição da realidade de atuação das enfermeiras no cuidado à saúde do indígena Mura. A inserção no trabalho de campo foi fundamental para descrever de forma mais densa possível as práticas, atitudes e situações relacionadas ao cuidado de enfermagem desenvolvido pelas enfermeiras no cotidiano de assistência ao indígena em seu contexto.

Para tanto, tomei como base teórica a antropologia da Saúde e a Teoria transcultural na perspectiva de Leininger, em diálogo com a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena para analisar os dados apreendidos no trabalho de campo e nas entrevistas com as enfermeiras que atuam nos cenários do estudo.

Após minuciosa análise das observações de campo e entrevistas foi possível compreender o contexto social em que o cuidado é produzido no campo da saúde indígena pelas enfermeiras.

As participantes do estudo são do sexo feminino; com idade entre 31 e 43 anos; todas (10) formadas em Instituição de Ensino Superior na Região Norte do país, nos Estados do Amazonas e Pará, sendo que apenas uma foi formada em Instituição pública.

Sobre o ensino da saúde indígena nos cursos de graduação em enfermagem, apenas quatro enfermeiras cursaram disciplina sobre saúde indígena na graduação, que segundo seus relatos foi abordada de maneira muito superficial e que pouco

contribuiu para diminuir os estranhamentos encontrados na relação intercultural enfermeira/indígena.

Durante as observações de campo não se identificou diferenças nas ações de cuidados das enfermeiras que cursaram disciplina voltada à saúde indígena na graduação e das que não cursaram a disciplina, o que sugere a necessidade de que os cursos de Enfermagem repensem como tal disciplina tem sido planejada e abordada nos cursos de graduação em enfermagem.

Nenhuma enfermeira possuía especialização na área da saúde indígena, o que pode ser explicado pela pouca oferta de especialização que contemple a saúde das populações indígenas em todo o Estado do Amazonas, embora seja o estado com o maior quantitativo de indígenas do Brasil.

Ao analisarmos as práticas de cuidado e os cuidados realizados pelas enfermeiras à população indígena nos contextos investigados, estes se caracterizam por uma forte tendência em privilegiar ações de caráter burocrático-administrativo com vistas a responder a demandas do Distrito Especial Indígena de Manaus, deixando, muitas vezes, as ações de cuidados em segundo plano.

As enfermeiras em seus cotidianos realizam múltiplas atividades que por vezes tornam suas ações mecanizadas e permeadas pela inespecificidade de seu papel, distanciando-as da real proposta do cuidado de enfermagem qual seja, envolvimento, no interesse e na responsabilidade não somente na realização do procedimento, mas principalmente, na pessoa que recebe o cuidado, ou seja, é assistir, proteger, considerar as respostas do outro e atender suas necessidades ⁽⁸²⁾.

As ações de cuidados das enfermeiras são de caráter curativo e baseadas no modelo biomédico, sendo realizadas com pouca ou nenhuma reflexão sobre essas ações em contexto cultural ou na perspectiva de uma atenção diferenciada.

Nesse aspecto, a oferta de atenção diferenciada como orientada pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena é interpretada de maneira equivocada pelas enfermeiras que a entendem como a oferta de cuidados em condições adversas, em cenários com escassez ou ausência de materiais básicos para a realização de ações de saúde em área indígena, nas aldeias. Portanto, identifica-se que ainda persiste o desconhecimento das enfermeiras sobre os princípios da Atenção diferenciada, favorecendo uma compreensão equivocada da real proposta da Atenção diferenciada dificultando que ações de saúde sejam

realizadas com vistas a oferecer cuidados congruentes com a cultura da população indígena.

Quanto aos aspectos culturais que permeiam as relações de cuidados de enfermeiras e indígenas, estes são entendidos pelas enfermeiras como obstáculos à implementação das ações de cuidado junto a essa população, ao atribuírem o fracasso de suas ações aos costumes e cultura indígena.

A rejeição das práticas culturais indígenas pelas profissionais revela a irreduzibilidade de uma cultura que se considera detentora do único conhecimento, historicamente reconhecido e, portanto, aplicável a povos sem distinção cultural. As enfermeiras formadas no modelo biomédico o reproduzem, não como um ato planejado, mas naturalizado e sem reflexão.

O fato de não serem formadas para atuar em contexto intercultural, as condições precárias de trabalho, as exigências de cumprimento de protocolos assistenciais e de produção em saúde, são fatores que sobredeterminam a atuação das enfermeiras.

A atuação do enfermeiro em contexto indígena é permeada por dificuldades que perpassam pelas fragilidades estruturais dos serviços, caracterizada pela escassez ou ausência de materiais, condições estruturais deficientes, precarização das condições de trabalho com instabilidade empregatícia, complexidade na logística para atendimento nas aldeias e frágil interlocução entre os serviços de saúde, que reflete em dificuldade na efetivação de transferência e remoção de pacientes para as Unidades especializadas do SUS.

Os resultados desse estudo evidenciam a complexidade do trabalho vivenciado pelas enfermeiras em contexto indígena, pois é um campo permeado por conflitos de ordem cultural, emocional, laboral, constituindo-se em grandes desafios para as enfermeiras atuarem nesse contexto.

É importante ressaltar que embora esse estudo tenha identificado fragilidades na oferta de cuidados a uma população culturalmente diferenciada, não se pode culpabilizar as profissionais de saúde pelas questões levantadas nesse estudo, pois se sabe que a solução para os problemas identificados fogem à resolutividade no campo individual.

É premente a necessidade de que providências sejam tomadas no âmbito dos órgãos responsáveis pela saúde da população indígena e que estas sejam voltadas:

ao planejamento de ações de saúde que contemplem as especificidades locais; à promoção de melhores condições de trabalho aos profissionais de saúde e, em particular, para as enfermeiras; à formação continuada dos profissionais que atuam no cuidado à saúde indígena que dê sustentação à atenção diferenciada e ao diálogo interdisciplinar; à revisão de exigências de produção em saúde atreladas a protocolos assistenciais; à melhoria das ações intersetoriais e de gestão em saúde.

É também necessário o envolvimento das Instituições de Ensino Superior com vistas a oferecer disciplinas, de graduação e de pós-graduação, voltadas à saúde indígena e ao desenvolvimento da competência cultural do enfermeiro, para minimizar barreiras culturais em contexto intercultural e para prestar cuidados diferenciados à população indígena.

Novas pesquisas precisam ser desenvolvidas no campo da enfermagem que se relacionem ao cuidado do enfermeiro à população indígena com vistas a promover subsídios para o ensino, pesquisa e práticas de enfermagem no âmbito da saúde indígena.

7.1 RECOMENDAÇÕES

Com base nos resultados desse estudo, nas dificuldades e nos desafios vivenciados pelas enfermeiras que cuidam da população indígena da etnia Mura no município de Autazes e nas fragilidades identificadas na formação das enfermeiras que apresentaram reflexos nas práticas de cuidados à população indígena no contexto investigado, apresentamos as recomendações a seguir.

Para o ensino. Recomenda-se fortemente que Instituições de Ensino Superior em regiões geográficas com população indígena:

- Reorientem seus currículos para a formação do enfermeiro para atuação em contexto intercultural e com competências para prestar atenção diferenciada à população indígena;
- Fortaleçam o ensino de antropologia da saúde e de teoria transcultural nos currículos de formação dos profissionais da saúde;
- Fortaleçam o ensino da saúde indígena nos cursos de graduação em enfermagem, por meio da aproximação dos acadêmicos com a realidade

vivenciada por profissionais que atuam no campo da saúde indígena, com vistas a minimizar barreiras culturais;

- Ofereçam atividades de extensão no campo da saúde indígena para promover aproximação de estudantes de graduação com a população indígena;
- Invistam no desenvolvimento de pesquisas na temática de saúde indígena, para preencher lacunas nessa área de conhecimento, com participação de estudantes de graduação, de pós-graduação e de pesquisadores;
- Invistam na formação e na pesquisa interdisciplinar na temática de saúde indígena.

Para a Prática. Recomenda-se para enfermeiros e profissionais de saúde que atuam na saúde indígena:

- Formação continuada que contemple as especificidades culturais da população indígena;
- Escuta sensível às demandas de cuidados dos indígenas;
- Ação interdisciplinar que promova o diálogo entre saúde, antropologia e cuidado transcultural para minimizar atitudes etnocêntricas dos profissionais de saúde à população assistida;
- Promoção de diálogo entre órgãos gestores (SESAI e DSEI/Manaus) e enfermeiros, de modo que esses profissionais sejam ouvidos e possam emitir sugestões para melhoria nas condições de trabalho;
- Prestação de cuidados profissionais que sejam somente atrelados ao dispositivo legal de exercício da profissão.

Para os órgãos responsáveis pela saúde da população indígena.

Recomenda-se que sejam desenvolvidas ações voltadas:

- Ao preparo do enfermeiro e demais profissionais da saúde, selecionados para atuação em terra indígena, que englobe políticas de saúde indígena, antropologia da saúde e cuidado transcultural;
- Ao planejamento de ações de saúde que contemplem as especificidades locais de atuação profissional em contexto indígena;
- À melhoria das condições de trabalho para os profissionais de saúde e, em particular, para as enfermeiras;

- À formação continuada dos profissionais que atuam no cuidado à saúde indígena que dê sustentação à atenção diferenciada e ao diálogo interdisciplinar;
- À revisão de exigências de produção em saúde atreladas a protocolos assistenciais;
- À melhoria das ações intersetoriais e de gestão em saúde.

8. Referências

A decorative flourish consisting of a horizontal line with ornate, symmetrical scrollwork at both ends, positioned below the section header.

8 REFERÊNCIAS

- 1 Portal da Saúde[Internet]. Brasília; 2014-2017. [atualizado 2017; citado 2017 abr 17]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/70-sesai/9518-siasi>
- 2 Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988
- 3 IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Características gerais dos indígenas: resultados do universo. Rio de Janeiro; 2010.
- 4 Souza MLP, Garnelo L. “É muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008; 24 Sup1:S91-S99.
- 5 Garnelo L, Macedo G, Brandão LC. Os povos indígenas e a construção das políticas públicas no Brasil. Brasília: OPAS, 2003.
- 6 Garnelo L, Pontes AL. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão; Unesco, 2012. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde; p. 18-58.
- 7 Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- 8 Langdon EJ, Garnelo L. Saúde dos povos indígenas: Reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: ABA, Associação Brasileira de Antropologia, 2004. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde; p.33-51.
- 9 Oliveira MLC. Análise da capacitação dos enfermeiros que atuam na atenção à saúde das populações indígenas [Dissertação]. Manaus: Escola de Enfermagem de Manaus, Universidade Federal do Amazonas; 2013.
- 10 Silva NC, Gonçalves MJF, Lopes Neto D. Enfermagem em saúde indígena: aplicando as Diretrizes Curriculares. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2003 jul/ago;56(4):388-391.
- 11 Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato; 2001.

12 Langdon EJ. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2014 Abr [citado 2017 Jun 05] 19(4): 1019-1029. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401019&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/141381232014194.22302013>

13 Capra F. O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix; 1997,p.116.

14 Seabra TMR. A dimensão psicossocial do cuidar na enfermagem: a expressão representacional da práxis [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

15 Mendes EV. A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas. Belo Horizonte: Fundação Mariana Resende Costa/Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais/Financiadora de Estudos e Projetos; 1985.

16 Mendes EV. A reforma sanitária e a educação odontológica. Cad Saúde Pública. 1986;2(4):533-52.

17 Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1996.

18 Pagliosa FL, Da Ros MA. O Relatório Flexner: para o Bem e para o Mal. Rev Bras Educ Méd [periódico na internet]. 2008 dez. [citado 2011 mar. 4];32(4):492-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf>.

19 Püschel VAA. A mudança curricular do bacharelado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP: análise documental e vivência dos participantes [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

20 Leininger MM. Culture, Care Diversity and Universality: A theory of nursing. New York: National League for Nursing Press; 1991.

21 Instituto Socioambiental. Povos Indígenas no Brasil [Internet]. São Paulo; 1997-2017. [atualizado 2014; citado 2017 fev 3]. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/povo/mura>

22 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

23 Teixeira CC, Silva CD. Antropologia e saúde indígena: mapeando marcos de reflexão e interfaces de ação. Anuário Antropológico. 2013: 35-57.

- 24 Souza MLP, Garnelo L. Desconstruindo o alcoolismo: notas a partir da construção do objeto de pesquisa no contexto indígena Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. 2006 jun; IX(2);279-292.
- 25 Novo MP. Os agentes Indígenas de Saúde do Alto Xingú. [Dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2008.
- 26 Grassi F. A atenção à saúde em um contexto indígena: os medicamentos entre os Guarani de uma aldeia em Santa Catarina. [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2009.
- 27 Dias Scopel RP. A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku. [Tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina;2014.
- 28 Scopel D. Saúde e doença entre os índios Mura de Autazes (Amazonas): processo sociocultural e a práxis da auto-atenção. [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina;2007.
- 29 Marinelli NP, Nascimento DF, Costa AIP, Posso MBS, Araújo LP. Assistência à população indígena: dificuldades encontradas por enfermeiros. Revista Univap, São José dos Campos-SP. 2012 dez;18(32):52-65.
- 30 Silva APF. Diálogos entre diferentes: O indígena e o enfermeiro no atendimento à saúde em Cuiabá-MT. [Dissertação]. Cuiabá: Universidade Federal do Mato Grosso,2015.
- 31 Pereira ER, Biruel EP, Oliveira LSS, Rodrigues DA. A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. Saúde Soc. São Paulo,2014;23(3):1077-1090.
- 32 Rocha ESC. Uma etnografia das práticas sanitárias no Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro-Noroeste do Amazonas. [Dissertação]. Manaus (AM): Universidade Federal do Amazonas;2007.
- 33 Louzada J, Lopes Neto D. Abordagem crítico-interpretativa das fragilidades e potencialidades do trabalho de enfermagem aos ianomâmis, Amazonas. Enfermagem em Foco 2010;1(2):42-45.
- 34 Furtado BA, Lopes Neto D, Scopel D, Dias-Scopel RP. Percepção de indígenas munduruku e equipe multidisciplinar de saúde indígena sobre resolutividade na atenção à saúde. Enferm. Foco. 2016;7(3/4): 71-74.
- 35 Toledo NN. Formação e representações sociais dos alunos de enfermagem sobre os povos indígenas. [Dissertação]. Manaus (AM): Universidade Federal do Amazonas;2008.

- 36 Pina RMP, Püschel VAA, Rocha ESC, Vieira HWD, Fonseca JRF, Oliveira HM. Ensino de enfermagem na saúde indígena: uma abordagem problematizadora - relato de experiência. Rev enferm UFPE on line. [Internet]. 2016 abr [citado 4 jun 2017];10(Supl. 3):1556-61. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11097>
- 37 Toledo NN. Fatores de risco para doenças cardiovasculares: um estudo comparativo entre indígenas, brancos, pardos/negros que residem na cidade de Manaus. [Tese]. Botucatu (SP): Universidade Estadual Paulista;2013.
- 38 Rocha ESC. Fatores de risco para doenças cardiovasculares: um estudo comparativo entre indígenas, brancos, pardos/negros que residem na cidade de Manaus. [Tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo;2016.
- 39 Carvalho AP. Fatores de risco para doenças cardiovasculares: um estudo comparativo entre indígenas, brancos, pardos/negros que residem na cidade de Manaus. [Tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo;2016.
- 40 Ferreira AA. A influência da ingestão de bebida alcoólica e transtornos mentais comuns não psicóticos na pressão arterial dos indígenas Mura. [Tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo;2016.
- 41 Souza Filho ZA. Avaliação de fatores de risco Cardiovascular, com ênfase na hipertensão Arterial, em indígenas da etnia Mura: estudo comparativo entre população rural e urbana. [Tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2016.
- 42 Reis DA. As práticas de autocuidado e o cuidado familiar dos índios Mura de Autazes, Amazonas. [Tese]. São Paulo(SP): Universidade de São Paulo;2016.
- 43 Helman CG. Cultura, saúde & doença. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
- 44 Langdon EJM. A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. Florianópolis: UFSC; 1995
- 45 Alves PC, Minayo MCS. Saúde e doença: um olhar antropológico. In: Rio de Janeiro: Editora Fiocruz;1994, p.174.
- 46 Canesqui AM. Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In: Alves PC, Minayo MCS, organizadores. Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz;1994. p.13-27.
- 47 Kleinman A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology. 1978;12: 85-93. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0160798778900145>

- 48 Langdon EJ. Medicina Tradicional: reflexões antropológicas sobre atenção diferenciada. In: Haverroth M, organizador. Etnobiologia e Saúde dos Povos Indígenas. Recife: Nupeea; 2013.
- 49 Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC; 2014. A religião como sistema cultural:4.
- 50 Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado as ciências da saúde. Ver. Latino-Am. Enfermagem. 2010 maio-jun;18(3):[9 telas]
- 51 Minayo MCS. Contribuições da Antropologia para pensar e fazer saúde. In: Campos, GWS et al. (Orgs.) Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz;2006.p.189-218.
- 52 Marroni D. A importância da antropologia na saúde [editorial]. Saúde Coletiva. 2007; 1(1):103. [citado 2017 jan 16]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84201602>.
- 53 Uchôa E, Vidal JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. Cad. Saúde Pública [Internet]. 1994 Dez [citado 2017 Maio 15];10(4):497-504. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000400010&lng=en DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1994000400010>
- 54 Minayo MCS. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. Rev. Saúde Pública [Internet]. 1991 Jun [citado 2017 Maio 15];25(3):233-238. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101991000300012&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101991000300012>
- 55 Bydlowski CR, Westphal WF, Pereira IMTB. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! Saúde e Sociedade. 2004 jan-abr;13(1):14-24.
- 56 Garnelo L, Buchillet D. Taxonomias das doenças entre os índios Baniwa (Arawak) e Desana (Tukano oriental) do alto Rio Negro (Brasil). Horizontes Antropológicos, Porto Alegre. 2006 jul/dez;12(26):231-260.
- 57 Antonini FO, Boehs AE, Lenardt MH, Budó MLD, Monticell M. Enfermagem e cultura: características das teses e dissertações produzidas na pós-graduação da enfermagem brasileira. Rev Enferm UFSM. 2014 Jan/Mar;4(1):163-171.
- 58 Silva CD. Saúde indígena em perspectiva explorando suas matrizes históricas e ideológicas. In: Teixeira CC, Garnelo L, organizadoras. De improviso e cuidados: a saúde indígena e o campo da enfermagem. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2014.p.181-212.

- 59 Brasil. Lei n. 9.836, de 23 de setembro de 1999. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun 1999. Seção 1:55.
- 60 Fernandes MNF. Representações sociais sobre a prática do cuidado para enfermeiros da saúde indígena: um estudo transcultural. [Dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte;2010.
- 61 Amadigi FR, Gonçalves ER, Fertoni HP, Bertoni JH, Santos SMA. A antropologia como ferramenta para compreender as práticas de saúde nos diferentes contextos da vida humana. REME-Rev Min Enferm. 2009 jan/mar;13(1):139-146.
- 62 Hoffmann-Barroso M, Iglesias MP, Garnelo L, Oliveira JP, Lima ACS. Administração pública e os povos indígenas. In: Rocha D, Bernardo M (Orgs). A era FHC e o governo Lula: transição?. Brasília: INESC;2004. p.295-328.
- 63 Dias-scopel RP. O agente indígena de saúde xokleng: por um mediador entre a Comunidade Indígena e o Serviço de Atenção Diferenciada à Saúde – uma abordagem da Antropologia da Saúde. [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.
- 64 Langdon, EJ. Salud y pueblos indígenas: los desafíos en el cambio de siglo. In: Briceño-León R, Minayo MCS, Coimbra Jr CEA (Orgs). Salud y Equidad: una Mirada desde las Ciencias Sociales. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2000. p.107-119.
- 65 Evangelista CAV. Direitos indígenas: o debate na Constituinte de 1988. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2004.
- 66 Brasil. Lei n. 6.001, de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. Diário Oficial da União, Brasília, 22 dez. 1973. Seção 1:178.
- 67 Lima ACS, Barroso-Hoffmann M. Etnodesenvolvimento e políticas públicas: Bases para uma nova política indigenista. Rio de Janeiro: Contra capa; 2002.
- 68 Brasil. Decreto, n.100 de 16 de abril de 1991. Institui a Fundação Nacional de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 19 abr 1991. Seção 1:7293.
- 69 Brasil. Decreto n.7.747, de 5 de junho de 2012. Institui a Política Nacional de Gestão Territorial e Ambiental de Terras Indígenas-PNGTI, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 6 jun 2012. Seção 1:9.
- 70 Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1:176

71 Brasil. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 31 dez. 1990. Seção 1:168.

72 Escorel S, Moreira R. Participação social. In: Giovanella L et. Al (Orgs). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz;2008. p.979-1010.

73 Brasil. Decreto n.3.156, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nºs 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 28 ago 1999. Seção 1:37.

74 Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena / Fundação Nacional de Saúde. - Brasília: Funasa, 2009. p. 112.

75 Waldow VR. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2006.

76 Carneiro TM. Vivenciando o cuidar e o curar como familiar. Rev. Bras. Enferm. 2008;61(3):390–4.

77 Boff L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.

78 Waldow VR. O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e os cosmos. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes;2004.

79 Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. 2ª ed., Boulder, Colorado: Associated University Press; 1985.

80 Lima ACS. Sobre tutela e participação: povos indígenas e formas de governo no Brasil, séculos XX/XXI. MANA. 2015;21(2):425-457. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-93132015v21n2p425>

81 Radünz V. Cuidando e se cuidando: fortalecendo o self do cliente oncológico e o self da enfermeira. [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina,1998.

82 Gasperi P, Radünz V. Cuidar de si: essencial para enfermeiros. REME [Internet]. 2006 jan/mar [citado 2017 maio 3];10(1):82-87. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/390#> DOI: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622006000100015>

- 83 Bueno FMG, Queiroz MS. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. *Rev Bras Enferm* 2006 mar-abr; 59(2): 222-7.
- 84 Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2007;17(1):77-93.
- 85 Souza LB, Barroso MGT. Pesquisa etnográfica: evolução e contribuição para a enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2008 mar; 12(1):150-5.
- 86 Langdon EJ. Dialogando sobre o processo saúde/doença com a antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. [Depoimento a Becker SG, Rosa LM, Manfrini GC, Backes MTS, Meirelles BHS, Santos SMA]. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2009 mar-abril; 62(2): 323-6.
- 87 Leininger MM, McFarland MR. *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. New York (NY): McGraw-Hill; 2006.
- 88 Modesto AP. O cuidado cultural de enfermagem “com o idoso renal crônico”. [Dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2006.
- 89 Seima MD, Michel T, Méier MJ, Wall ML, Lenardt MH. A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985 – 2011. *Esc Anna Nery (impr.)*2011 out-dez; 15 (4):851-857.
- 90 Henckemaier L, Siewert JS , Tonnera LCJ, Alvarez AM, Meirelles BHS, Nitschke RG. Cuidado transcultural de Leininger na perspectiva dos programas de pós-graduação em enfermagem: revisão integrativa. *Revista Ciência & Saúde*. Porto Alegre, 2014 mai/ago;7(2):85-91.
- 91 Boehs AE, Monticelli M, Wosny AM, Heidemann IBS, Grisotti M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2007 Abr-Jun; 16(2): 307-14.
- 92 Rissardo LK, Alvim NAT, Marcon SS, Carreira L. Práticas de cuidado ao idoso indígena - atuação dos profissionais de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2014 nov-dez;67(6):920-7.
- 93 Rissardo LK, Moliterno ACM, Borghi AC, Carreira L. Fatores da cultura Kaingang que interferem no cuidado ao idoso: olhar dos profissionais de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. nov/dez. 2013;21(6):1345-52.
- 94 Moliterno ACM, Borghi AC , Orlandi LHSF, Faustino RC, Serafim D, Carreira L. Processo de gestar e parir entre as mulheres Kaingang. *Texto contexto - enferm*. [Internet]. 2013 Jun [citado 2017 Jun 5] ; 22(2): 293-301. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200004&lng=em DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200004>

- 95 Malinowski B. Argonautas do Pacífico Ocidental. (Introdução). São Paulo: Abril Cultural, 1976 [1922].
- 96 PLANSAM. Programa de Elaboração dos Planos de saneamento Básico. Plano Municipal de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos. Plano Municipal de Gestão Integrada de Resíduos do Município de Autazes/AM, 2012.
- 97 Prefeitura Municipal de Autazes. Secretaria de Educação. Plano Municipal de Educação de Autazes 2015 a 2024: Educação prioridade de todos. Autazes, 2015.
- 98 Peirano M. A favor da etnografia. Rio de Janeiro: Relume-Dumará;1995.
- 99 Dias CS. Saúde Indígena em Perspectiva explorando suas matrizes históricas e ideológicas. In: Teixeira CC, Garnelo L. (Orgs). De improviso e cuidados: a saúde indígena e o campo de enfermagem. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. p. 27-58.
- 100 Jonas LT, Rodrigues HC, Resck ZMR. A função gerencial do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades. Rev. APS; 2011 jan/mar; 14(1); 28-38.
- 101 Diehl EE, Langdon EJ, Dias-Scopel RP. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2012 maio;28(5):819-831.
- 102 Brasil. Decreto n.94.406 de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 9 jun 1987. Seção 1: 8853.
- 103 Kebian LVA, Oliveira AS. Práticas de cuidado de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da estratégia saúde da família. Cienc Cuid Saude 2015 Jan/Mar; 14(1):893-900.
- 104 Bernardes AG, Pelliccioli EC, Marques CF. Vínculo e práticas de cuidado: correlações entre políticas de saúde e formas de subjetivação. Cienc Saude Colet. 2013 ago;18(8):2339-46.
- 105 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- 106 Mandú ENT, Gaíva MAM, Silva MA, Silva, AMN. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. Texto Contexto-Enferm. 2008; 17(1):131- 40.
- 107 Leininger MM. Ethical and moral dimensions of care. Detroit: Wayne State University Press; 1990.
- 108 Goffman E. Manicomios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva;1961

- 109 Gualda DMR, Hoga LAK. Pesquisa etnográfica em enfermagem. Rev.Esc.Enf.USP, 1997 dez;31(3):410-22.
- 110 Pontes ALM, Garnelo L, Rego S. Reflexões sobre questões morais na relação de indígenas com os serviços de saúde. Rev. bioét. 2014; 22 (2): 337-46.
- 111 Lima MRA, Nunes MLA, Klüppel BLP, Medeiros SM, Sá LD. Nurses' performance on indigenous and African-Brazilian health care practices. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(5):788-94.DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690504>.
- 112 Laraia RB. Cultura: um conceito antropológico.14.ed.Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor;2001.
- 113 Ribeiro AA, Fortuna CM, Arantes CIS. O trabalho de enfermagem em uma instituição de apoio ao indígena. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015 Jan-Mar;24(1):138-45.
- 114 Menéndez E. Modelo de atención de los padecimientos: de exclusiones teórica y articulaciones práctica. Ciência e Saúde Coletiva. 2003;8(1):185-208.
- 115 Silva SB, Mouta RJO, Santos I. A diversidade cultural como barreira no cuidado de enfermagem integral ao cliente. In: 15º Pesquisando em Enf. / 11ª Jornada Nac. História Enf. / 8º Encontro Nac. Fundamentos Cuid. Enf; 2008, maio 12-15. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery, 2008.
- 116 Marinelli NP, Nascimento DF, Costa AIP, Posso MBS, Araújo LP. Assistência à população indígena: dificuldades encontradas por enfermeiros. Revista Univap [Internet] São José dos Campos-SP. 2012 dez [citado 2017 maio 20];18(3); 52-65. Disponível em: <http://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/93/106>
- 117 Langdon EJ, Diehl EE. Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. Saude soc. [Internet]. 2007 Aug [citado 2017 maio 20];16(2):19-36. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200004&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000200004>.
- 118 Donabedian, A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University;2003.
- 119 Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro,2010 abr;26(4):725-737.

120 Diehl EE, Pellegrini MA. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2014 abr; 30(4):867-874.

121 Brasil. Lei n.9.394 de 20 de dezembro 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Brasília, 23 dez 1996. Seção 1: 27833.

122 Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37.

123 Oliveira LSS. Um Panorama sobre Recursos Humanos em Saúde Indígena Saúde Coletiva, São Paulo, 2005;2(8):103-108.

Apêndices



APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estudo: O CUIDADO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA MURA DE AUTAZES (AMAZONAS): A PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DOS SERVIÇOS.

Nome do Participante: _____

Prezado (a) Senhor (a)

O (A) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar do estudo “O CUIDADO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA MURA DE AUTAZES (AMAZONAS): A PERSPECTIVA DAS ENFERMEIRAS DOS SERVIÇOS”. Este estudo é para obtenção do Título de Doutor em Ciências do curso de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (PROESA-EEUSP) e Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas (EEM-UFAM). A doutoranda Rizioléia Marina Pinheiro Pina é professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas, orientada pela Prof^a Dr^a Vilanice Alves de Araújo Püschel, professora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

A pesquisa tem por objetivo geral analisar a perspectiva dos enfermeiras sobre as práticas de cuidados à população indígena Mura no município de Autazes. Para a coleta dos dados serão realizadas: observação participante e entrevista semi estruturada. As entrevistas serão gravadas, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Durante a entrevista serão feitas perguntas abertas voltadas ao conhecimento sobre os povos indígenas e sobre a saúde indígena; à experiência de cuidar do adulto indígena; e às facilidades, dificuldades e desafios ao cuidar do adulto indígena. Além de, apreender sugestões para a formação do enfermeiro voltada à saúde indígena.

O Sr (a) poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer momento e não receberá nenhum pagamento por sua participação. Também, poderá ter acesso aos resultados, caso tenha interesse. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora no endereço Rua Terezina - 495, Adrianópolis, pelo telefone (92) 99329-5843 ou mensagem para rizioleiamarina@hotmail.com, bem como com a Professora Vilanice Alves de Araújo Püschel, que pode ser encontrada na Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, n. 419, telefone (11) 3061-7544. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de São Paulo, SP, no mesmo endereço mencionado anteriormente, no telefone (11) 3061-7548 ou pelo e-mail: edipesq@usp.br.

Cabe informar que este termo de consentimento foi elaborado em 2 (duas) vias e que uma delas ficará com o (a) Sr (a) e outra com a pesquisadora

Consentimento Pós-Informação

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li e concordo voluntariamente em participar deste estudo. O TCLE será elaborado em duas vias. Uma via ficará com o participante e a outra via ficará com a pesquisadora.

Data: ___/___/___

RG n. _____

Assinatura do pesquisado: _____

Data: ___/___/___

RG n. _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE B - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS COM ENFERMEIRO**Primeira Parte****Dados de identificação**

Data de nascimento: _____ Sexo: _____

Ano de Formação: _____ Cidade: _____

Estado: _____ Titulação: _____

Instituição de Ensino: Federal () Estadual () Particular ()

Cursos realizados após a graduação (tipo, local de realização, duração em horas): _____

Local de atuação profissional: _____

Tempo de atuação nesse local: _____

Cargo/Função: _____

Experiências prévias na área indígena: _____

Segunda Parte

1. Fale sobre sua experiência como enfermeiro na saúde indígena.
2. Na sua unidade de atuação profissional, como se dão as práticas de cuidado do indígena?
3. Para você o que é saúde indígena?
4. Ao cuidar do adulto indígena que facilidades, dificuldades e desafios você identifica? Fale sobre.
5. Na sua compreensão como o enfermeiro deve planejar, implementar e avaliar os cuidados de enfermagem na saúde indígena?
6. Durante a graduação em enfermagem você cursou alguma disciplina que abordou as populações indígenas e a saúde indígena? Se sim especificar nome, carga horária, conteúdos abordados, se houve atividade prática.
() sim () não
7. A partir da sua vivência profissional o que você sugere para o ensino da saúde indígena nos cursos de graduação em Enfermagem?

Anexos



ANEXOS**ANEXO 1 - TERMO DE ANUÊNCIA DO HOSPITAL GERAL DE AUTAZES**

GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

**TERMO DE ANUÊNCIA**

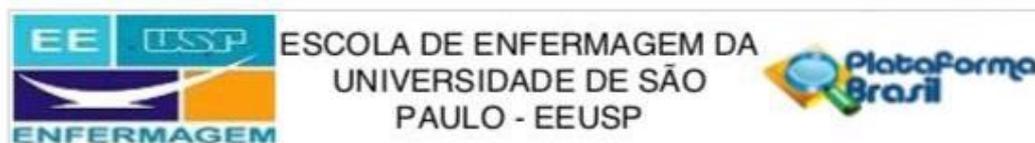
Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado “O cuidado à saúde das populações indígenas no Amazonas: a perspectiva dos enfermeiros dos serviços” no Hospital Regional Dr. Deodato de Miranda Leão, no município de Autazes de autoria da Doutoranda Rizioléia Marina Pinheiro Pina, aluna do Programa de Pós-Graduação de enfermagem na Saúde do Adulto, Doutorado Interinstitucional entre a Universidade de São Paulo e Universidade Federal do Amazonas, o qual terá o apoio desta Instituição.

Autazes, 13 de maio de 2015.

UNIDADE MISTA DE AUTAZES

Antonia Maquinhé Perrelli
CPF: 238.791.652-26
Diretora Geral
Diretor

ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO À SAÚDE DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS NO AMAZONAS: A PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DOS SERVIÇOS

Pesquisador: Vilanice Alves de Araújo Püschel

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 45244315.6.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.084.045

Data da Relatoria: 26/05/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto que irá estudar como os enfermeiros percebem e executam o trabalho junto a um grupo indígena da etnia Mura na região Amazônica

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a perspectiva dos enfermeiros sobre as práticas de cuidados à população indígena Mura no município de Autazes.

Caracterizar o perfil dos os enfermeiros participantes da pesquisa quanto a sexo, idade, tempo de formação, titulação, formação específica e experiência profissional na área de saúde indígena, cargo ou função e tempo de atuação.

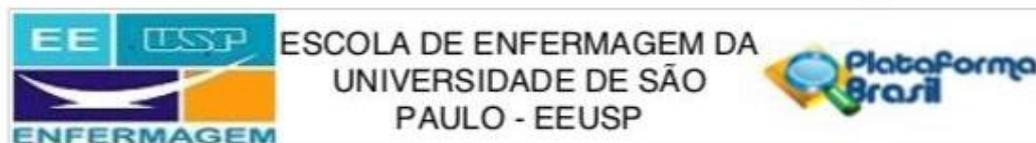
Compreender como se dão as práticas de enfermagem à população indígena Mura nos Polos-base de Pantaleão e Murutinga e no hospital Regional de Autazes, na perspectiva do enfermeiro.

Identificar os desafios e dificuldades enfrentados pelos enfermeiros para a atuação profissional nos serviços que cuidam da população indígena Mura no município de Autazes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem riscos aparentes uma vez que se pretende conhecer o que os enfermeiros pensam sobre suas práticas junto a um grupo de índio de etnia Mura.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br



Continuação do Parecer: 1.084.045

Os benefícios são de grande interesse sociológico e antropológico sobre a prática da enfermagem abrangendo a assistência a saúde deste grupo indígena

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem elaborado.

Por ter número pequeno de participantes os mesmos poderão ser facilmente identificados porém os cuidados éticos estão previstos e assegurados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de consentimento livre e esclarecido completo e bem elaborado embora com linguagem mais formal porém irá estudar enfermeiros.

Apresenta todos os critérios necessários para a proteção do participante da pesquisa.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está bem estruturado sem pendências éticas

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

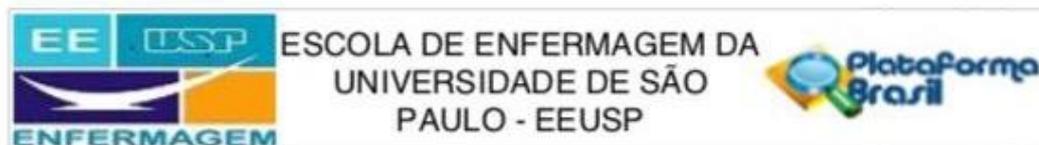
Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil.

Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edpesq@usp.br



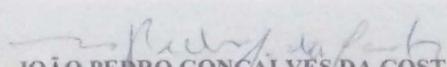
Continuação do Parecer: 1.094.045

SAO PAULO, 28 de Maio de 2015

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

ANEXO 3 - TERMO DE ANUÊNCIA DA FUNAI

IDENTIFICAÇÃO		
Nome: Rizioleia Marina Pinheiro Pina	Processo nº: 08620.071685/2014-97	
Nacionalidade: Brasileira	Identidade: 3040771-0 SSP/SE	
Instituição/Entidade: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo		
Patrocinador: Programa de Doutorado Institucional (DINTER) da CAPES, entre o Programa de Pós Graduação na Saúde de Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (PROESA_EEUSP) e a Escola de Enfermagem da Universidade do Amazonas (EEM-UFAM).		
OBJETIVO DO INGRESSO		
Desenvolver a pesquisa intitulada "O cuidado à saúde das populações indígenas no Amazonas: a perspectiva dos enfermeiros dos serviços".		
EQUIPE DE TRABALHO		
Nome	Nacionalidade	Documento
*****	*****	*****
*****	*****	*****
*****	*****	*****
LOCALIZAÇÃO		
Terra Indígena: Murutinga /Tracajá e Pantaleão	Povo Indígena: Mura	
Coordenação-Regional: Manaus	CTL:	
VIGÊNCIA DE AUTORIZAÇÃO		
Início: 20/10/2015	Término: 20/10/2017	
RESSALVAS: * Esta autorização não inclui licença para uso de imagem, som e som de voz dos indígenas, para além do objeto desta autorização; *Esta autorização não inclui acesso ao conhecimento tradicional associado à biodiversidade; *Esta autorização não inclui acesso ao patrimônio genético; *Remeter a Assessoria de Acompanhamento aos Estudos e Pesquisas – AAEP/Presidência/FUNAI, duas cópias de relatórios, artigos, livros, gravações audiovisuais, imagens, sons e outras produções oriundas do trabalho realizado.		
Autorizo.		
Brasília, 19 de outubro de 2015  JOÃO PEDRO GONÇALVES DA COSTA Presidente		

ANEXO 4 - TERMO DE ANUÊNCIA DO DSEI-MANAUS

Ministério da Saúde
Secretaria Especial de Saúde Indígena
Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus
Avenida Djalma Batista, 1018 – Chapada – Manaus/AM 69050-010

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que a pesquisa intitulada "ESTUDOS COM OS POVOS INDÍGENAS DO ESTADO DO AMAZONAS PROCESSO SAÚDE DOENÇA, ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM", sob a Coordenação da Professora Doutora Angela Maria Geraldo Pierin, cuja responsabilidade na sua execução, será a si atribuída, recebe desta Signatária a necessária e devida autorização para a sua consecução neste Distrito de Saúde Indígena (DSEI- Manaus- Am).

Para tanto, fica disponibilizado toda a estrutura técnica funcional de acesso aos serviços que se fizerem necessários, sob a condução da Coordenadora Distrital de Saúde Indígena DSEI – Manaus Adarcylíne Magalhães Rodrigues.

Manaus, 25 de agosto de 2014.


Adarcylíne Magalhães Rodrigues
Coordenadora Distrital de Saúde Indígena - DSEI - Manaus
n.º 1.212/2011

Coordenadora Distrital de Saúde Indígena DSEI –Manaus

ANEXO 5 - TERMO DE ANUÊNCIA DO CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA

Conselho Distrital de Saúde Indígena de Manaus
Avenida Djalma Batista, nº 1018, Chapada/Manaus-AM 69050-010
Fone (92) 3643-8550/Ramal 8557, E-mail: condisi.mao@gmail.com

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que a pesquisa intitulada "ESTUDOS COM OS POVOS INDIGENAS DO ESTADO DO AMAZONAS PROCESSO SAÚDE DOENÇA, ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM", sob a Coordenação da Professora Doutora Angela Maria Geraldo Pierin, cuja responsabilidade na sua execução, será a si atribuída, recebe desta Signatária a necessária e devida autorização para a sua consecução neste Conselho Distrital de Saúde Indígena de Manaus - CONDISI/MAO.

Para tanto, fica disponibilizado toda a estrutura técnica funcional de acesso aos serviços que se fizerem necessários, sob a condução do Secretário Adjunto do CONDISI Manaus, o Senhor Zé Almir dos Santos Gomes.

Manaus, 25 de agosto de 2014.

Zé Almir dos Santos Gomes

Secretário Adjunto do CONDISI – Manaus