

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MIRIAN BENITES FALKENBERG

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDADO ENTRE TRABALHADORES QUE
ATUAM EM CONTEXTOS DE INTERCULTURALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE
INDÍGENA

BRASÍLIA

2014

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MIRIAN BENITES FALKENBERG

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDADO ENTRE TRABALHADORES QUE
ATUAM EM CONTEXTOS DE INTERCULTURALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE
INDÍGENA

Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília.

Orientadora: Professora Doutora Helena Eri Shimizu

Co-orientadora: Professora Doutora Ximena Pamela Díaz Bermudez

BRASÍLIA

2014

Dedico este trabalho à minha mãe, meu marido e meus filhos, que participaram de todos os meus momentos de intenso trabalho, alegrias e, por vezes, sofrimento. Agora, quero que desfrutem comigo da sensação de dever cumprido!

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas me acompanharam e incentivaram nesta caminhada. Não gostaria de esquecer de nenhuma delas, pois todas foram muito importantes!

Começo agradecendo à Helena, minha mãe, que sempre me apoiou, me ensinou a ser forte e a lutar pelos meus ideais. Ao Roberto, meu amor, companheiro de vida, que sempre soube dividir comigo o cuidado com nossos filhos Fernando, Helena e Ana. A estes três amores, por abdicaram do tempo em minha companhia, entendendo o desafio que me movia. Aos meus tios e tias queridos, Carlos, Naura, Egídio e Maria, que me receberam em suas casas, no Rio Grande do Sul, enquanto eu realizava meu trabalho de campo. À Zulmira, minha cunhada, sempre amiga, incentivadora, conselheira. A todos os demais familiares que também participaram, mesmo que indiretamente, deste tempo de crescimento.

Aos queridos que já habitam o mundo dos espíritos bons, meu pai Clóvis que me ensinou a amar a vida e os livros e meu cunhado Celso Lacava, antropólogo que com seu trabalho e exemplo influenciou Roberto e eu a atuarmos nesta desafiadora “causa indígena”.

Agradeço a todos os professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva FS/UnB, pela competência profissional, pelos ensinamentos e pelo carinho. Em especial, à minha orientadora Helena Eri Shimizu e co-orientadora Ximena Pamela Díaz Bermudez, que foram impecáveis na condução deste trabalho. Agradeço também à querida professora Elza Maria de Souza, com quem dividi meu primeiro artigo publicado. E aos funcionários Fabiana e Ivan pela presença constante durante este aprendizado.

Da mesma forma, meus sinceros agradecimentos à professora Carla Teixeira, do Departamento de Antropologia/UnB, que me oportunizou aulas instigantes no campo da antropologia. À fiel lutadora pelos direitos, saúde e vida dos povos indígenas, inclusive os *Mbyá*-Guarani, a querida professora Luciane Ouriques Ferreira. E à professora visitante da Universidade de Lisboa, Maria Manuel Quintela, que se dispôs a conversar comigo sobre minha pesquisa, enquanto era ainda pouco mais do que um projeto.

A todos os colegas do Mestrado Acadêmico e Profissional, por terem estado comigo tanto nos momentos bons como nos mais difíceis. Em especial os que mais me aproximei: Thais, Eliane, Lore, Érica, Dilma, Estela, Simone, Denise, Roberta, Romero...

Uma lembrança especial às amigas e colegas da Secretaria Especial de Saúde Indígena, lutadoras, como eu, por uma atenção à saúde indígena integral e, acima de tudo, digna: Leila Herculano, Ramona Carlos, Elenir Coroaia e Solange Gomes.

Muito obrigada aos colegas do Dsei Litoral Sul/RS, em especial, Paulo dos Santos Camargo, Gilson Antônio Urnau e Inajara Haubert Rodrigues, que me mostraram “o caminho das pedras”, no planejamento e execução do trabalho de campo.

Meus agradecimentos mais profundos aos sujeitos desta pesquisa, os colegas trabalhadores das equipes multidisciplinares do Dsei Litoral Sul/RS, que me receberam no “mundo” onde trabalham e prestam cuidados em saúde indígena, apresentando-me legitimamente suas ideias, percepções, sentimentos, crenças. Admiro profundamente seu trabalho!

Muito obrigada aos *Mbyá*-Guarani, povo das minhas origens, pelo qual tenho absoluto respeito!

MIRIAN BENITES FALKENBERG

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDADO ENTRE TRABALHADORES QUE
ATUAM EM CONTEXTOS DE INTERCULTURALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE
INDÍGENA

Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Helena Eri Shimizu – Presidente

Universidade de Brasília

Professora Doutora Roseni Pinheiro – Examinadora Externa

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Professor Doutor Cláudio Fortes Garcia Lorenzo – Examinador Interno

Universidade de Brasília

Professora Doutora Maria da Graça Luderitz Hoefel – Suplente

Universidade de Brasília

RESUMO

Esta pesquisa, de abordagem qualitativa, analisou as representações sociais do cuidado em saúde entre trabalhadores que atuam em Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), na atenção à saúde da população indígena *Mbyá-Guarani* do Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul do Rio Grande do Sul (Dsei Litoral Sul/RS). Teve como objetivos específicos identificar os conteúdos das representações sociais para melhor compreender as práticas de cuidado em saúde nos contextos de interculturalidade estudados e, a partir disso, discutir potencialidades e limitações às mesmas, na perspectiva do cuidado como ação integral. Utilizou como referencial teórico e metodológico a Teoria das Representações Sociais (TRS), de Serge Moscovici. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e observação participante. Foram entrevistados trabalhadores de saúde não indígenas (enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem) e trabalhadores indígenas (Agentes Indígenas de Saúde – AIS e Agentes Indígenas de Saneamento - AISAN) formalmente contratados para atuarem em três EMSI, cada uma delas atendendo, respectivamente, a 3 polos-base do Dsei Litoral Sul/RS, localizados nos municípios de Barra do Ribeiro, Osório e Viamão. Os dados foram analisados com apoio do software *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte (ALCESTE)*, Versão 4.10, que permite extrair e organizar as estruturas mais significativas contidas no texto das entrevistas e a informação mais essencial nele inserida. Os resultados indicaram que os profissionais de saúde representam o cuidado em movimentos constantes de tensão ligados às seguintes categorias: *i* – tensão entre o uso de práticas da medicina tradicional ou de práticas da biomedicina; *ii* – tensão entre manutenção da cultura tradicional, objetivada como “mundo”, ou mudanças impostas pelo contato interétnico *iii* – centralidade da família *Mbyá* para as práticas de cuidado e tensão entre prazer e sofrimento; *iv* – tensão entre modelos “ideais” e modelos “reais” de organização dos serviços. Discutiu-se que as dificuldades dos trabalhadores em efetivar práticas de cuidado integrais estão relacionadas, principalmente, a uma visão estática de cultura, descontextualizada de processos sociais, econômicos e políticos de violência estrutural infringido às famílias *Mbyá-Guarani*. Como potencialidades, existem experiências pontuais de diálogo, negociação, inclusão de saberes e necessidades dos indígenas, mas os trabalhadores ainda precisam encontrar formas de desenvolver seu protagonismo para alcançar práticas de cuidado integrais.

Palavras-chave: assistência integral à saúde; atenção primária; cuidados primários de saúde; cultura.

ABSTRACT

This is a qualitative driven study for the analysis of social representations of primary health care among health staff acting in intercultural context. The research involved Multidisciplinary Indigenous Health Teams of the *Mbyá*-Guarani ethnic group that belong to the Special Indigenous Sanitary District of the South Coast of Rio Grande do Sul of Brazil. The research aimed to identify social representations of health care within intercultural contexts from a comprehensive perspective applying a methodological framework focused on the Social Representations Theory of Serge Moscovici. Semi structured interviews and participant observation were conducted among staff members of non-indigenous health workers (nurses, dentists, nurse technicians) and indigenous workers (indigenous health agents and indigenous sanitation agents) of the three municipalities of Barra do Ribeiro, Osorio and Viamão. ALCESTE Software, Version 4.10 was used for categorizing and coding discourses and the identification of the most significant structures of the narratives. Results indicate that health agents represent care in a constant dialectic tension linked to the following categories: *i* - critical points between medical traditional practices and biomedical practices; *ii* - tension between endurance of indigenous culture, represented as "the world" and changes introduced by interethnic contact; *iii* -centrality of *Mbyá*'s family concept into care practices; *iv* - tenseness between pleasure and pain, "ideal models"/"real models" and health services delivery. Arguments point out that staff dilemmas to put into practice comprehensive care are mainly related to a static view of culture, not considering social, economic and political agency of structural violence inflicted to *Mbyá*-Guarani families. By the other hand, positive points in the representational champ rise richness of dialogue experiences, negotiation capacity-building, awareness of indigenous cognition, and possibilities to address special needs. As a way of conclusion, there are still gaps to enable a comprehensive care approach in intercultural contexts.

Keywords: comprehensive health care, primary care, primary health care; culture.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Organograma da Sesai/MS.....	31
Figura 2	As esferas de pertença das representações sociais segundo Denise Jodelet (2009)	52
Figura 3	Os 34 Dsei do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.....	64
Figura 4	Conteúdos das representações sociais do cuidado entre trabalhadores das EMSI.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Agente Indígena de Saúde
AISAN	Agente Indígena de Saneamento
AFC	Análise Fatorial de Correspondência
Alceste	Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte
Casai	Casa de Saúde do Índio
Condisi	Conselho Distrital de Saúde Indígena
DNIT	Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHA	Classificação Hierárquica Ascendente
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Codepaci	Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas para Atuação em Contexto Intercultural
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Dsei	Distrito Sanitário Especial Indígena
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FS	Faculdade de Saúde
Funai	Fundação Nacional do Índio

Funasa	Fundação Nacional de Saúde
IMIP	Instituto Materno Infantil de Pernambuco
MS	Ministério da Saúde
MCA	Medicinas Complementares e Alternativas
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
MT	Medicinas Tradicionais
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamentais
Pnaspi	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PR	Paraná
RS	Rio Grande do Sul
SC	Santa Catarina
SEL	Serviço de Escritório Local
Sesai	Secretaria Especial de Saúde Indígena
Siasi	Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
Sisvan	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SPDM	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Teoria das Representações Sociais
UBS	Unidade Básica de Saúde

UCE	Unidade de Contexto Elementar
UCI	Unidade de Contexto Inicial
UnB	Universidade de Brasília
Unifesp	Universidade Federal de São Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 OBJETIVOS	23
1.1 Objetivo Geral.....	23
1.2 Objetivos Específicos.....	23
2 REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1 O cuidado em saúde na perspectiva da integralidade.....	24
2.1.1 O paradigma científico e integralidade do cuidado em saúde.....	27
2.1.2 O cuidado integral na política de saúde brasileira e na política específica de saúde indígena.....	29
2.1.3 Alguns enfoques do cuidado na perspectiva da integralidade: humanização, escuta, acolhimento, interação, diálogo, modelos de organização dos serviços e diálogo entre culturas.....	32
2.1.4 Cultura e interculturalidade: opções conceituais.....	40
2.2 Os sujeitos do cuidado: os <i>Mbyá-Guarani</i>	43
2.2.1 Sistema cultural e sistema médico tradicional <i>Mbyá-Guarani</i>	45
2.3 A Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici.....	49
2.3.1 A fertilidade da Teoria da Representações Sociais.....	51
2.3.2 Representações sociais: conceitos, dimensões e processos.....	55
2.3.3 Uso da Teoria das Representações Sociais no campo da saúde.....	58
3 MÉTODO	61
3.1 Tipo de estudo.....	61
3.2 Local e sujeitos da pesquisa.....	63
3.3 Procedimentos de coleta de dados.....	66
3.4 Procedimentos de análise dos dados.....	69
3.5 Aspectos éticos.....	72

4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	73
4.1	Análise dos dados gerais obtidos com o apoio do software Alceste.....	73
4.2	Os conteúdos das representações sociais do cuidado em contextos de interculturalidade.....	79
4.2.1	Classe 1 – A tensão entre práticas de cuidado tradicionais e biomédicas e os processos de negociação com o <i>karaí</i>	79
4.2.2	Classe 3 - A cultura nomeada “mundo” e a tensão entre manutenção e mudanças resultantes do contato interétnico.....	89
4.2.3	Classe 4 – A centralidade da família <i>Mbyá</i> nas práticas de cuidado em saúde e a tensão entre sofrimento e prazer.....	97
4.2.4	Classe 2 – As dificuldades do trabalho: tensão entre modelos ideais e modelos reais de organização dos serviços.....	101
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
	REFERÊNCIAS.....	113

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Responsabilidade e Compromisso do Pesquisador Responsável

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE C – Termo de Ciência e Concordância do Dsei e SEL

APÊNDICE D – Termo de Ciência e Concordância Condisi

APÊNDICE E – Carta de requerimento de dispensa de TCLE

ANEXOS

Anexo A - Parecer UnB/FS/CEP

Anexo B – Parecer MS/CONEP

INTRODUÇÃO

Esta dissertação teve como objetivo analisar as representações sociais do cuidado em saúde entre trabalhadores que atuam em equipes multidisciplinares, na atenção à saúde da população indígena *Mbyá-Guarani* do Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul do Rio Grande do Sul (Dsei Litoral Sul/RS). Considerou-se o objeto de estudo, o cuidado em saúde, na perspectiva da integralidade, buscando-se compreender as práticas destes trabalhadores, discutindo potencialidades e limitações para as mesmas.

A atenção à saúde indígena no Brasil se dá no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, criado pela Lei nº 9.836/1999, articulado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e de acordo com seus princípios. O Subsistema está estruturado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), modelos de organização de serviços que contemplam tanto atividades técnicas como administrativo-gerenciais, com controle social (BRASIL, 2002).

O cuidado em saúde indígena no nível de atenção primária é praticado por integrantes das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), em sua maioria, profissionais de saúde¹ não indígenas, médicos, enfermeiros, odontólogos, nutricionistas, técnicos de enfermagem, entre outros.

¹ Há uma diferenciação entre os conceitos de 'profissional de saúde' e 'trabalhador da saúde'. Segundo a Resolução CNS n.º 287, de 8 de outubro de 1998, 'profissional de saúde' é o indivíduo que, estando ou não ocupado no setor da Saúde, detém formação profissional específica ou qualificação prática ou acadêmica para o desempenho de atividades ligadas diretamente ao cuidado ou às ações de saúde. O Conselho Nacional de Saúde relaciona 14 categorias profissionais de nível superior, enquadradas nessa definição: assistente social, biólogo, biomédico, profissional de Educação Física, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, médico veterinário, nutricionista, odontólogo, psicólogo, e terapeuta ocupacional. Já o 'trabalhador da saúde' é o indivíduo que se insere direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter, ou não, formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Por entender a importância do trabalho de cada um dos integrantes de equipes multidisciplinares, sejam elas da atenção a saúde indígena ou não, e a necessidade de "horizontalizar" as relações no processo de trabalho em equipe, nesta pesquisa consideramos todos os integrantes das EMSI como 'trabalhadores da saúde'.

As EMSI também são compostas por trabalhadores denominados Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN)², selecionados e/ou indicados por suas comunidades e capacitados para atuarem em apoio às ações de saúde. Uma das principais atribuições destes trabalhadores tem sido a de fazer a tradução/interpretação da língua e dos conhecimentos tradicionais junto aos profissionais não indígenas. O AIS “[...] é o elo principal de congregação do saber científico e do saber popular das comunidades indígenas” (PEDROLO et al., 2008, p. 37).

O cuidado em saúde revela-se nas diferentes formas como indivíduos agem para buscar saúde para si ou para outrem. Em diferentes sociedades o cuidado em saúde assume diferentes contornos, pois está condicionado às diferentes concepções de saúde existentes e às formas de obtê-la, individual ou coletivamente. Cuidado em saúde é, portanto, ação, ato em direção à saúde, também podendo ser concebido como “autocuidado” (MENÉNDEZ, 2003).

Na perspectiva da integralidade, o cuidado em saúde é assim definido por Pinheiro (2008):

‘Cuidado em saúde’ não é apenas um nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como ‘direito de ser’. Pensar o direito de ser na saúde é ter ‘cuidado’ com as diferenças dos sujeitos – respeitando as relações de etnia, gênero e raça – que são portadores não somente de deficiências ou patologias, mas de necessidades específicas. Pensar o direito de ser é garantir acesso às outras práticas terapêuticas, permitindo ao usuário participar ativamente da decisão acerca da melhor tecnologia médica a ser por ele utilizada (PINHEIRO, 2008, pp. 112, 113, grifos da autora).

² Até o momento o trabalho desenvolvido por AIS e AISAN é reconhecido como ocupação pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), sob os códigos 5151-25 e 5151-30, respectivamente (BRASIL, 2002). Ainda assim, esses trabalhadores almejam o reconhecimento profissional, à exemplo dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias.

A autora acrescenta que as práticas de cuidado, nessa perspectiva, envolvem acolhimento, vínculos de intersubjetividade e escuta dos sujeitos. Para ela o cuidado em saúde “é uma relação intersubjetiva que se desenvolve em um tempo contínuo, e que além do saber do profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para negociações e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades dos outros” (PINHEIRO, 2008, p. 113).

Na moderna sociedade ocidental o cuidado em saúde é genericamente concebido enquanto atribuição de indivíduos que tenham formação profissional específica na área da saúde, mas isso não acontece em todas as sociedades e culturas. Kleinman (1995, p, 21) afirma que é grande a diversidade de mundos culturais, por isso existem “vários sistemas sociais de cura que podem ser denominados de medicina: em sentido amplo, práticas de saúde organizadas e escolhas terapêuticas decisivas”. Por isso, o autor defende que os cuidados em saúde devem ser estudados de maneira holística, como respostas socialmente organizadas frente à doença³ (KLEINMAN, 1980 apud ANDRADE; COSTA, 2010).

O desenvolvimento do pensamento científico moderno, a partir do século XIX, trouxe mudanças importantes na forma como as sociedades passaram a enxergar o mundo e o homem, o que influenciou profundamente o campo da saúde e as práticas de cuidado. Embora estas não estejam, como já dito, necessariamente, vinculadas a práticas profissionais, ao se discutir o paradigma científico na saúde é impossível desassociar da referência à medicina, enquanto ciência e profissão. Sabe-se que, historicamente, a medicina tem sido representante formal de práticas de cuidado baseadas nesse paradigma, chamado por Luz (1988) de “racionalidade científica moderna” e que se caracteriza pela fragmentação da natureza e do homem (PINHEIRO, MATTOS, 2003).

³ O antropólogo Arthur Kleinman estudou, entre outras, a medicina tradicional chinesa no Taiwan e na China, a medicina *ayurvédica* na Índia e Sri Lanka, o *bakongo* medicina no Zaire, a cura popular entre leigos no Brasil e América do Norte, e a prática profissional biomédica no Japão, Rússia e Tanzânia (KLEINMAN, 1995).

Kleinman (1995) defende que o paradigma científico é o cerne do conhecimento da biomedicina, que gera e prepara todo o sistema da profissão médica. Para ele a história do desenvolvimento da anatomia, que afastou a concepção humoral da doença, a trajetória de René Descartes, que postulou o dualismo corpo-alma, tratando do corpo humano como uma máquina, o desenvolvimento da teoria microbiológica, com as descobertas de Louis Pasteur e de Robert Koch, que revelaram os fatores etiológicos das doenças, permitindo, a partir de então sua prevenção e cura, foram alguns fatos que influenciaram decisivamente a constituição histórica e epistemológica desta profissão.

Outras profissões da área também tem adotado o paradigma científico em suas práticas, embora, talvez, com menos intensidade, devido às suas próprias origens. À exemplo, a enfermagem como profissão nasceu em 1860, quando a inglesa Florence Nightingale abriu sua escola de enfermagem, adotando um modelo que reunia muito do espírito religioso característico das práticas de cuidado humano na Idade Média, mas também um caráter de disciplina, ao estilo militar, que Nightingale adquiriu em suas experiências pelo mundo (WALDOW, 2001).

Em cada sociedade, em cada cultura, existem sistemas médicos onde diferentes são os perfis dos indivíduos que prestam os cuidados em saúde e, estes, são também concebidos e praticados de diferentes formas. Nas sociedades indígenas brasileiras, por exemplo, as práticas de cuidado em saúde estão organizadas em torno de complexos sistemas culturais ou cosmologias onde os indivíduos responsáveis pelos cuidados em saúde recebem as mais variadas denominações: pajés, curandeiros, xamãs, *karaís*, capitães, entre outros. Geralmente estas lideranças acumulam também atribuições políticas e religiosas. Por sua vez, os cuidados em saúde por eles praticados envolvem práticas diversas, como o uso de plantas medicinais e de diferentes rituais de cura, que refletem as concepções de saúde envolvidas em sistemas de saúde denominados Medicinas Tradicionais⁴.

4 A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica como Medicinas Tradicionais (MT) as que utilizam saberes, práticas e crenças nativas em diferentes culturas e de Medicinas Complementares e Alternativas (MCA) as modalidades médicas cujos cuidados em saúde não estão integrados ao sistema dominante da atenção médica.

As críticas às práticas de cuidado em saúde embasadas exclusivamente no paradigma científico, representado pela biomedicina, têm sido mote para a compreensão da atenção e do cuidado em saúde na perspectiva da integralidade. Essas críticas têm se dado com frequência no âmbito dos serviços de saúde do SUS. Machado, Pinheiro e Guizardi (2013, p. 59) referem que “a produção de cuidado tem desafiado a organização dos serviços públicos de saúde, pois coloca questões que vão além da competência técnico-científica em que se baseia o modelo biomédico” no qual as ações de saúde estão historicamente estruturadas. Assim, problemas de saúde decorrentes do sistema capitalista, por exemplo, que tem provocado mudanças socioeconômicas em nossa sociedade, têm levado os indivíduos a novas formas de adoecimento e, conseqüentemente, a buscar novas formas de assistência à saúde, tratamento e cura por caminhos diversos ao da biomedicina, pois esta não tem conseguido dar conta do crescimento das demandas por saúde. O próprio SUS tem oferecido novas formas de cuidado, tais como a Homeopatia e a Acupunturas.

Quando se trata do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, onde as práticas de atenção primária à saúde se dão no interior das comunidades indígenas, por meio das EMSI, há que se aprofundar ainda mais a reflexão sobre o encontro entre diferentes culturas e, conseqüentemente, diferentes concepções de saúde, doença e cuidados. Por isso, desejou-se saber como os trabalhadores formados na perspectiva biomédica, tendo a doença como centro orientador de suas práticas, auxiliados por trabalhadores indígenas, representam o cuidado em saúde na intersecção entre dois sistemas médicos distintos: a biomedicina e a medicina tradicional indígena *Mbyá-Guarani*. E, a partir de suas representações sociais, melhor compreender suas práticas, identificando potencialidades e limitações às mesmas.

5 O Ministério da Saúde (MS), desde 2005, conta com políticas públicas que estimulam ações e serviços relativos a práticas de cuidado não convencionais em saúde. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída pela Portaria nº 971 de 3/5/2006, identifica e ampara as seguintes modalidades terapêuticas no SUS: Medicina Tradicional Chinesa (popularmente chamada de Acupuntura), Homeopatia, Fitoterapia e Plantas Medicinais, Termalismo e Crenoterapia (ANDRADE, COSTA, 2010).

Pelo exposto, sustenta-se que a integralidade do cuidado em saúde junto a populações indígenas envolve uma discussão sobre interculturalidade. Segundo Ferreira (1986, p. 956) o prefixo “inter”, de origem latina, significa “posição intermediária, “reciprocidade”, “interação”, além de equivaler ao prefixo “entre”. A palavra interculturalidade traz implícita, portanto, a ideia de pluralidade cultural em “contato”, algum tipo de relação entre culturas diferentes ou, mais especificamente, entre indivíduos pertencentes a culturas diferentes.

Nesta pesquisa o conceito de interculturalidade foi vislumbrado em uma perspectiva crítica, segundo a definição de Catherine Walsh⁶ (2001):

Um processo dinâmico e permanente de relação, comunicação e aprendizagem entre culturas em condições de respeito, legitimidade mútua, simetria e igualdade. Um intercâmbio que se constrói entre pessoas, conhecimentos, saberes e práticas culturalmente diferentes, buscando desenvolver um novo sentido entre elas na sua diferença. Um espaço de negociação e de tradução onde as desigualdades sociais, econômicas e políticas, e as relações e os conflitos de poder da sociedade não são mantidos ocultos e sim reconhecidos e confrontados. Uma tarefa social e política que interpela ao conjunto da sociedade, que parte de práticas e ações sociais concretas e conscientes e tenta criar modos de responsabilidade e solidariedade. Uma meta a alcançar. (Walsh, 2001, pp.10,11, apud Oliveira, Candau, 2010, p.26).

A autora compreende a interculturalidade como um constante movimento em busca de relações sociais, econômicas, políticas e, porque não, étnicas, mais justas, respeitadas, éticas e, sobretudo, humanas. Algo nada fácil de ser alcançado, mas que precisa ser exercitado como um processo permanente nas relações entre pessoas, conhecimentos, saberes e práticas culturalmente diferentes, principalmente, entre os grupos étnicos historicamente subalternizados, como indígenas e negros, e os descendentes europeus.

⁶ Catherine Walsh, linguista norte-americana radicada no Equador, integra o grupo “Modernidade/Colonialidade”, formado por intelectuais latino americanos que, por meio de seus trabalhos de pesquisa e atividades acadêmicas, buscam um mundo melhor e um projeto epistemológico novo, numa construção alternativa à modernidade eurocêntrica (OLIVEIRA, CANDAU, 2010).

Com base nesta definição, nesta pesquisa denominou-se de “contextos de interculturalidade” os espaços de socialização compartilhados pelos trabalhadores das EMSI em seus cotidianos de trabalho: aldeias indígenas e polos-base onde se dão as ações de cuidado em saúde.

Existem fundamentos legais que garantem a atenção e o cuidado integral à saúde dos povos indígenas, contemplando sua diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi), aprovada pela Portaria/MS nº 254, de 31/1/2002, preconiza o reconhecimento da eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura. Entre suas diretrizes a Pnaspi refere a “preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural” e a “articulação dos sistemas tradicionais indígenas”, como forma de garantir o acesso dos povos indígenas à esta atenção integral (BRASIL, 2002, p.13).

Entretanto, muitas ainda são as constatações sobre as dificuldades em se conquistar tais diretrizes. Pellon e Vargas (2010) afirmam que apesar das normativas da Pnaspi ainda não se conseguiu promover a consolidação de abordagens que valorizem a diversidade de interpretações e modos de intervenção na área da saúde segundo critérios de etnicidade e cultura. Langdon e Diehl (2007) corroboram essa ideia afirmando que os princípios da atenção diferenciada, tão bem elaborados nos documentos oficiais, ainda não se tornaram uma realidade, inclusive na formação de equipes multiprofissionais para trabalhar em situações multiculturais.

Athias e Machado (2001, p. 429) criticam uma “prática de organização de serviços de saúde que relega a segundo plano a participação social, apontando para a perda da oportunidade de diálogo, por exemplo, “entre a prática médica ocidental e a medicina tradicional”. Segundo os autores isto poderia contribuir para o desenvolvimento de um sistema local de saúde adequado à realidade dos povos indígenas.

López (2000, p. 182) em sua tese de doutorado sobre a fecundidade dos *Mbyá-Guarani* do Rio de Janeiro, discutiu “o despreparo dos funcionários que estabelecem as políticas e dos profissionais de saúde para abordar a temática indígena num marco de interculturalidade”. Uma das causas desse despreparo foi atribuída, pela autora, ao modelo universitário que prepara profissionais no modelo biomédico e medicalizado, que é tido como “hegemônico, superior, única alternativa”.

A partir destas dificuldades desejou-se aproximar das práticas de cuidado em saúde elegendo-se para isso o referencial teórico e metodológico da Teoria das Representações Sociais (TRS), de Serge Moscovici. Segundo o autor, as representações sociais são:

Um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social (MOSCOVICI, 1976: xiii apud MOSCOVICI, 2011, p. 21).

Sendo as práticas de cuidado em saúde práticas sociais, ou seja, que se dão entre pessoas nas diferentes sociedades, entendeu-se que estas estão impregnadas de representações sociais. Um exemplo disso foi dado pelo próprio Moscovici (2012), que atribuiu as mudanças ocorridas na sociedade, devido ao desenvolvimento do pensamento científico, ao processo de construção e reconstrução das representações sociais:

A teoria microbiana institucionalizou a higiene. Os ritos de asseio, de esterilização, de isolamento, as prescrições de proibição de contato entre pessoas, alguns objetos, alguns animais, a procura por um ambiente purificado, fizeram cortejo aos medicamentos que previnem os efeitos da raiva, da tuberculose, das doenças venéreas etc. A vacinação passou a ter força de lei e a desinfecção, autoridade de regra. *Aos poucos todos assimilaram os ritos e as prescrições*, impondo-as aos outros e tornando-se assim seus próprios médicos armados da ciência médica (MOSCOVICI, 2012, p. 24 – grifo meu).

Para Moscovici (2011), os sujeitos são influenciados pela sociedade, assim como também são ativos em suas dinâmicas sociais. Herzlich (2005, p. 61) confirma esta tese afirmando que “a representação tem função orientadora de condutas”. Jovchelovitch (2011) compreende que estudos em representações sociais conduzem a um universo em construção:

Creio que uma das mais importantes contribuições da psicologia social das representações vinculadas ao cotidiano é, precisamente, o de ressaltar a necessidade da intervenção e da transformação, tanto dos cotidianos como dos saberes que lhes sustentam (JOVCHELOVITCH, 2011, p. 173)

Oliveira (2011) propõe que um dos principais elementos para o reposicionamento profissional vem sendo o questionamento dos conceitos de necessidades humanas e necessidades de saúde, que se encontram subjacentes à definição de cuidado em saúde e às práticas de saúde em geral. A autora refere que é preciso estabelecer novas bases para o processo de cuidar em saúde, a partir da compreensão das “necessidades representadas, negociadas entre sujeitos individuais e coletivos e os profissionais nas instituições de saúde, e acessadas através das representações sociais” (OLIVEIRA, 2011, p. 568).

Em suma, conhecendo as representações sociais do cuidado entre trabalhadores que atuam na atenção primária à saúde indígenas, podemos melhor compreender suas práticas, permeadas de potencialidades e limitações, e contribuir com a construção de conhecimentos no campo da saúde coletiva, especificamente nas discussões sobre a integralidade do cuidado em contextos de interculturalidade.

1 OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as representações sociais do cuidado em saúde entre trabalhadores que atuam em equipes multidisciplinares no DSEI Litoral Sul/RS, junto à etnia *Mbyá-Guarani*.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar os conteúdos das representações sociais do cuidado em saúde em contextos de interculturalidade;
- b) Compreender as práticas de cuidado em saúde dos trabalhadores das equipes multidisciplinares, junto à população indígena *Mbyá-Guarani*;
- c) Discutir potencialidades e limitações às práticas de cuidado na atenção à saúde indígena, na perspectiva da integralidade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O CUIDADO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE

Ao longo da história da humanidade as concepções sobre saúde vêm se transformando em razão de perspectivas sociais, econômicas, políticas e culturais. Neste movimento, vêm se modificando também as concepções e práticas de cuidado em saúde, que estão intimamente relacionadas à compreensão, por parte de indivíduos e sociedades, do que seja “saúde”.

À exemplo, durante a Idade Média, no apogeu do cristianismo na Europa, a vida em sociedade era regida pela lógica religiosa. As práticas de cuidado em saúde com pobres, velhos e doentes eram baseadas em sentimentos de compaixão, caridade, altruísmo, humildade, paciência, docilidade e obediência, à exemplo da vida de Jesus Cristo:

As diaconisas, as viúvas e as virgens ficaram conhecidas pelas atividades cristãs no fornecimento de alimento, abrigo, dinheiro, vestuário e na prestação de cuidado a doentes. Quando não religiosas, deveriam fazer voto de castidade, dedicando-se apenas às obras beneficentes de cuidado ao corpo e ao espírito dos necessitados. Muitas delas, de origem nobre, utilizaram seus próprios castelos e fundaram instituições para abrigar necessitados e doentes (WALDOW, 2003, p. 53).

Na Idade Moderna, período histórico de grandes transformações econômicas, políticas e científicas, que transformaram as formas do ser humano perceber a realidade e de agir sobre ela, consolidou-se, no campo da saúde, a hegemonia da biomedicina. As sucessivas descobertas científicas, principalmente na área da microbiologia, fizeram com que a palavra higiene passasse a ocupar lugar de destaque nos manuais que tratavam de saúde, e transformar-se em “disciplina específica dentro da medicina” (VIGARELLO, 1996, p. 186). O desenvolvimento do pensamento científico moderno trouxe mudanças importantes na forma como as sociedades passaram a enxergar o mundo e o homem, o que influenciou profundamente o campo da saúde e as práticas de cuidado.

A Revolução Industrial na Inglaterra trouxe transformações progressivas ao processo de trabalho humano, as populações deslocaram-se do campo para as cidades, substituindo as atividades artesanais pelo trabalho com máquinas, nas fábricas, e o trabalho escravo e servil, passou a ser, progressivamente, assalariado (CATTANI; RIBEIRO, 2011). Enquanto prosperava o desenvolvimento científico, com seus novos entendimentos sobre a vida, o crescimento das cidades, o novo modelo econômico impunha também novas formas de organização social e trazia novos problemas de saúde às pessoas, cuja convivência tornava-se mais intensa.

Assim, na moderna sociedade ocidental os modelos de atenção à saúde foram se modificando de acordo com as necessidades sociais, políticas e econômicas e, com eles, as práticas de cuidado. As epidemias de cólera do século XIX na Europa e Estados Unidos, que atingiram ricos e pobres e disseminaram-se independentemente de fronteiras geográficas, alertou as elites para o denominado “paradigma da interdependência social” e a necessidade de criação de organizações políticas permanentes, amplas, coletivas, compulsórias e supralocais, com funções preventivas, para combater os riscos da infecção e do contágio em massa (HOCHMAN, 2012).

Por sua vez, numa perspectiva cultural, diversas outras concepções de saúde e práticas de cuidado se delineiam. No âmbito individual, a “[...] saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas” (SCLIAR, 2007, p. 30). Como o conceito de saúde não é absoluto, ou seja, não existe um conceito universal que abarque todos os significados que saúde possa ter para indivíduos e sociedades, o cuidado em saúde também está condicionado à forma como as diferentes sociedades compreendem a saúde e organizam seus sistemas de saúde.

As críticas às práticas de cuidado em saúde embasadas exclusivamente no paradigma científico, representado pela biomedicina, têm sido mote para a compreensão da atenção e do cuidado em saúde na perspectiva da integralidade. A multiplicidade de atores envolvidos nas discussões sobre a integralidade dá à temática uma perspectiva interdisciplinar de estudos sobre a “construção social dos sentidos e significados da ação integral [...]” (PINHEIRO; MATTOS, 2003, p. 6). A ênfase dessas

investigações recai, entre outras, nas práticas dos sujeitos no cotidiano das instituições de saúde, ou seja, nas práticas de cuidado.

Pinheiro (2008, p. 110) afirma que “o cuidado é um modo de fazer na vida cotidiana caracterizado por sentimentos como atenção, responsabilidade, zelo e desvelo com pessoas e coisas em lugares e tempos distintos de sua realização”. A autora relaciona o cuidado, enquanto ação de cidadãos sobre outros, a contextos políticos, sociais, culturais e históricos reconhecendo, portanto, sua natureza experiencial e própria de cada realidade vivida. Ainda para a autora, a integralidade é analisada como um campo de estudo em construção, focado nas práticas do cotidiano, vista como ação social resultante da interação permanente entre indivíduos, na dinâmica demanda e oferta de serviços de saúde, tanto em plano individual como institucional, considerando sempre os aspectos subjetivos e objetivos dessas interações.

Segundo Pinheiro e Mattos (2013, p. 9) o cuidado é uma “categoria-chave”, uma “categoria polifônica da integralidade e de seus diferentes significados e sentidos”, e ainda “signo de potência da integralidade em saúde”. A integralidade na atenção e no cuidado em saúde é tema intensamente discutido no campo da saúde coletiva na atualidade e com considerável produção teórico-prática de autores brasileiros, que tem se dedicado à reflexão e busca de caminhos em prol de uma assistência à saúde qualificada, considerando também a diversidade cultural existente em nosso país.

Elegeu-se como definição balizadora desse trabalho, para cuidado em saúde na perspectiva da integralidade, a elaborada por Pinheiro (2008):

‘Cuidado em saúde’ não é apenas um nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como ‘direito de ser’. Pensar o direito de ser na saúde é ter ‘cuidado’ com as diferenças dos sujeitos – respeitando as relações de etnia, gênero e raça – que são portadores não somente de deficiências ou patologias, mas de necessidades específicas. Pensar o direito de ser é garantir acesso às outras práticas terapêuticas, permitindo ao usuário participar ativamente da decisão acerca da melhor tecnologia médica a ser por ele utilizada (PINHEIRO, 2008, pp. 112, 113, grifos da autora).

A autora acrescenta que as práticas de cuidado, nessa perspectiva, envolvem acolhimento, vínculos de intersubjetividade e escuta dos sujeitos. Para ela o cuidado em saúde é uma relação intersubjetiva que se desenvolve em um tempo contínuo, e que além do saber do profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para negociações e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades dos outros.

A escolha dessa definição nos pareceu apropriada à análise do cuidado em saúde em contextos de interculturalidade, porque suscita possibilidades de reflexão sobre outras formas de compreensão do processo saúde-doença-cuidado, divergentes da compreensão hegemônica da biomedicina, em seus parâmetros científicos. Estas outras formas de compreensão ampliam o campo de visão para diferentes sistemas médicos, medicinas tradicionais, sistemas tradicionais de cura, entre outras nomenclaturas que se dão a formas de lidar com a doença e/ou buscar saúde nas diferentes sociedades e culturas.

2.1.1 O paradigma científico e integralidade do cuidado em saúde

Kleinman (1995) defende que o paradigma científico é o cerne do conhecimento da biomedicina, que gera e prepara todo o sistema da profissão médica. Mesmo considerando a origem ocidental da biomedicina, o autor se opõe à denominação medicina ocidental, uma vez que ela tem sido uma instituição global, apresentando-se, atualmente, nas práticas de profissionais do mundo todo, inclusive em sua porção oriental. O autor afirma ainda que a natureza material, física, visível, cognoscível da biomedicina revela um de seus aspectos desumanizante: em seu processo de formação, o médico é estimulado a considerar a experiência de sofrimento da pessoa doente e da família como algo subjetivo, portanto inválido. “A biomedicina constrói o objeto de trabalho terapêutico sem legitimação do sofrimento” (KLEINMAN, 1995, p. 32). Para ele, na biomedicina o psicológico, o social e o moral são apenas camadas superficiais do alicerce da verdade, que são a patologia e a sua correspondente terapia.

As críticas à hegemonia da biomedicina no âmbito dos serviços de saúde do SUS tem sido impulsionadoras das reflexões sobre integralidade na atenção e no

cuidado em saúde. Uma destas crítica diz respeito à fragmentação da natureza e do homem e a ênfase ao pensamento racional, em detrimento à emoção e subjetividades que também são inerentes à natureza humana. Pinheiro e Luz (2003) denominam de “racionalidade científica moderna” ao conjunto de características que passaram a reger o pensamento social, a partir do Renascimento na Europa, entre os séculos XVI e XVIII. Nele houve um momento de dessacralização da vida, ou seja, o homem não estaria mais ligado ao cosmo, situando-se no centro da vida, rompendo com a visão naturista do mundo para pensá-lo cientificamente.

Dessa forma, a cosmologia que passou a reger, e ainda rege, o pensamento ocidental moderno tem seu centro no homem racional, científico e fragmentado: corpo x mente x espiritualidade. Esse tipo de pensamento invadiu todas as áreas de conhecimento e, em especial, o campo da saúde.

Machado, Pinheiro e Guizardi (2013, p. 59) referem que “a produção de cuidado tem desafiado a organização dos serviços públicos de saúde, pois coloca questões que vão além da competência técnico-científica em que se baseia o modelo biomédico” no qual as ações de saúde estão historicamente estruturadas. Assim, problemas de saúde decorrentes do sistema capitalista, tem levado os indivíduos a novas formas de adoecimento e, conseqüentemente, a buscar novas formas de assistência à saúde, tratamento e cura por caminhos diversos ao da biomedicina, pois esta não tem conseguido dar conta do crescimento das demandas por saúde. As autoras mencionam que o próprio SUS tem oferecido novas modalidades médicas, tais como a Homeopatia e a Acupuntura, para suprir as demandas que a biomedicina não está conseguindo atender.

A integralidade do cuidado em saúde esperada de profissionais que atuam em políticas específicas do SUS, como a Pnspi, mas são formados com base no paradigma científico, fica ameaçada, principalmente, no momento em que surgem as dificuldades para conciliar a biomedicina com os diferentes sistemas médicos tradicionais praticados nas comunidades indígenas por eles assistidas.

2.1.2 Cuidado integral na política de saúde brasileira e na política específica de saúde indígena

A ideia de integralidade em saúde vem se delineando no Brasil há algumas décadas, tendo suas origens no Movimento da Reforma Sanitária (MRS), iniciado na década de 1970, quando a temática constituiu-se em uma de suas “bandeiras de luta” (MATTOS, 2003, p. 45). Num crescente, em diferentes espaços de negociação política e institucional, a integralidade passou a se legitimar em um amplo aporte legal que vem sendo elaborado a partir de então.

Os debates sobre o entendimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, discutidos e legitimados na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), consignados na Constituição de 1988, transformaram-se em princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990.

O Artigo 198 do texto constitucional apresenta os princípios da descentralização e da participação da comunidade juntamente com o princípio da integralidade, sendo essa compreendida nos termos atendimento integral: “[...] atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais [...]” (BRASIL, 1988, p. 123).

As Leis 8.080/90 e 8.142/90, consolidaram as regras de organização do SUS e os princípios orientadores das ações de saúde, que subentendem os cuidados em saúde. A denominada Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080/90, em seu Capítulo II, Artigo 7º estabelece a “integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Assim, a integralidade pode ser entendida como um dos princípios do SUS, mas também extrapola apenas esta dimensão. Mattos (2003; 2013) refere a integralidade em saúde como noção polissêmica, que abarca pelo menos três grandes conjuntos de sentidos, sendo eles: atributos e valores desejáveis das políticas de saúde, da organização dos serviços e das práticas de saúde. O autor entende, então, que a integralidade tem sido parâmetro para a formulação de políticas públicas,

principalmente as por ele denominadas “políticas específicas de saúde”, para a organização e gestão de serviços e para as práticas dos profissionais de saúde, estas, diretamente responsáveis pela modelagem do ato de cuidar em saúde.

Mattos (2003) define como políticas de saúde específicas as respostas governamentais dadas a certas doenças específicas ou à demandas e/ou necessidades de certos grupos populacionais específicos. Segundo o autor, as políticas pautadas pela integralidade tomam os sujeitos (doentes ou não) como tais, não negligenciando seus desejos nem seus direitos, partindo de uma apreensão ampliada das necessidades das pessoas, ao conjunto de seus direitos. Além disso, “um dos significados de integralidade diz respeito à articulação entre ações preventivas e assistenciais” (MATTOS, 2003, p. 56).

A política de saúde brasileira possui, portanto, um considerável aporte jurídico-institucional que legitima experiências concretas de busca pela integralidade na atenção e no cuidado. Muitos esforços têm sido empreendidos no sentido de refletir como articular especificidades culturais advindas da diversidade, com uma atenção à saúde qualificada e diferenciada. Considerando a diversidade racial, étnica e cultural de nosso povo, temos vivenciado, há bem pouco tempo, à criação e implantação de políticas de saúde específicas, como por exemplo, a Pnspi, em 2002; a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), em 2009, e a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, em 2011. Todas elas buscando o ideal da integralidade em saúde, todas elas produzindo experiências merecedoras de análise e estudos.

A Pnspi é uma política de saúde específica que seguiu, em linhas gerais, o movimento de criação do próprio SUS. As intensas transformações sociais e políticas que passaram a ocorrer no mundo, principalmente a partir da década de 80, com a luta dos movimentos sociais pelo reconhecimento das identidades das chamadas minorias (RODRIGUES, 2007) repercutiram também no Brasil.

Numa retrospectiva, o movimento organizado indígena, em novembro de 1986, imediatamente após à VIII Conferência Nacional de Saúde, mobilizou-se e realizou a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, que discutiu a “proposta de criação de uma agência, ligada ao Ministério da Saúde, exclusivamente preocupada

com os índios e a definição de um modelo de atendimento próprio para eles, através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei)” (BRASIL, 2000).

A II Conferência Nacional de Saúde Indígena, ocorrida em 1993, discutiu diretrizes para uma política setorial de saúde indígena e, em seus princípios gerais, destacou a importância de contemplar, na formação de recursos humanos, o respeito às medicinas tradicionais indígenas e a necessidade de mudanças na postura etnocêntrica dos profissionais de saúde (COSTA, 1993).

Atualmente a política especial denominada Pnspi está sob a responsabilidade do MS, em sua Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), criada por meio do Decreto nº 7.336, de 19/10/2010, cujo organograma encontra-se apresentado na Figura 2, abaixo:

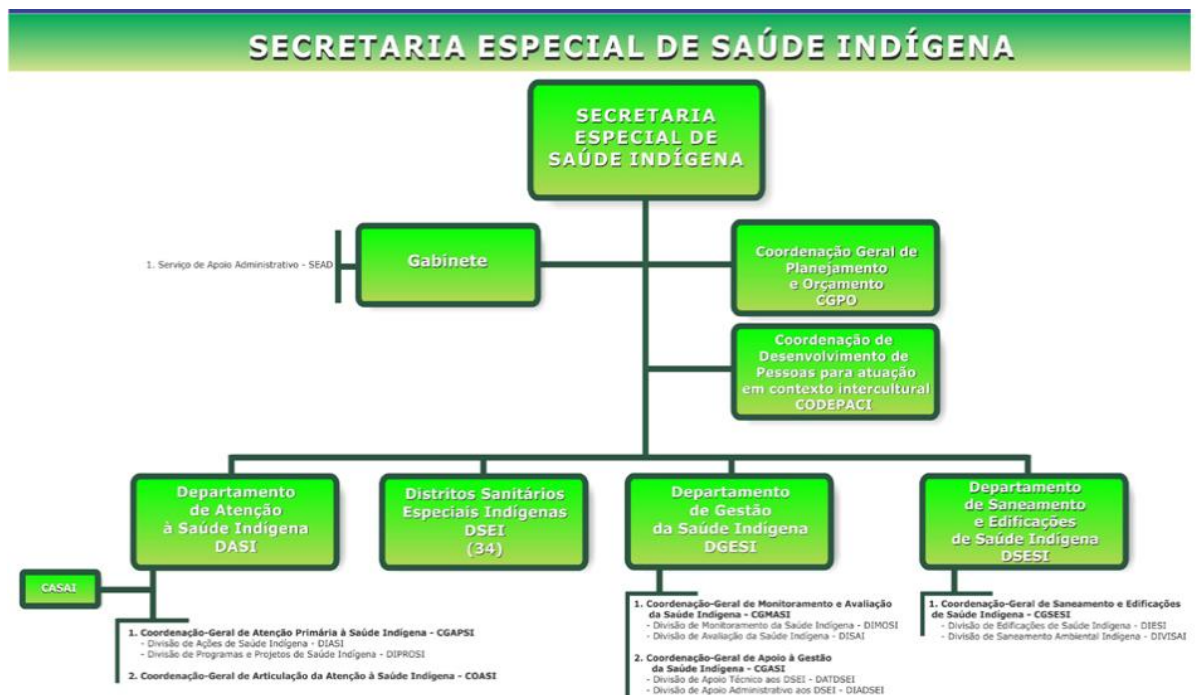


Figura 1 - Organograma da Sesai/MS

A Pnspi aponta com clareza seu propósito de garantir atenção integral à saúde das populações indígenas, conforme os princípios e as diretrizes do SUS, relacionando, principalmente, à essa integralidade, a contemplação da diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política e o reconhecimento da eficácia da medicina tradicional indígena, bem como do direito desses povos à sua cultura (BRASIL, 2002).

Embora a integralidade da atenção e do cuidado esteja garantida nos princípios organizativos e de funcionamento do SUS, por meio de sua legislação, e que isso se estenda à todas as suas políticas específicas, ainda são muitas as dificuldades para a sua concretização, nos cotidianos dos serviços e nas práticas de cuidado dos trabalhadores de saúde. É inegável a condição hegemônica com que os princípios da biomedicina tem sido empregados em suas formações profissionais, o que tem sido apontado como fator limitador para práticas de cuidado integrais.

As práticas de cuidado compreendidas como da atenção primária à saúde indígena, que acontecem “dentro” das aldeias, tornam-se complexas, entre outras causas, porque precisam articular o encontro entre diferentes concepções de saúde, doença e cuidados ou, conseqüentemente, o encontro entre diferentes culturas.

2.1.3 Alguns enfoques do cuidado na perspectiva da integralidade: humanização, escuta, acolhimento, interação, diálogo, modelos de organização dos serviços e diálogo entre culturas

O cuidado na perspectiva da integralidade admite infinitas formas de interpretação e atuação nas realidades concretas onde se dá. Por isso a afirmação de Pinheiro e Mattos (2003, p. 5) de que “é no plano das práticas que se dá a construção da integralidade”. Por meio de experiências concretas sistematizadas, situadas de forma única nas práticas dos sujeitos, nos cotidianos dos serviços de saúde, é que se tem buscado melhor compreender a integralidade das ações de saúde em sentido macro, e das práticas de cuidado, em sentido micro. Alguns enfoques conceituais principais relacionados ao cuidado integral foram aqui escolhidos como referenciais teóricos já consolidados nos diversos estudos realizados e também por guardarem proximidade à perspectiva intercultural que abordamos

Ayres (2006) defende a humanização dos cuidados em saúde como um ideal, um desafio vinculado à uma conceptualização de saúde não somente restrita ao conceito da biomedicina. Ele propõe que a saúde não é um estado, mas um devir, um projeto em curso, utilizando a analogia de um horizonte, que deve mover-se continuamente, conforme se movem seus sujeitos. O autor utiliza a noção de “projeto

de felicidade” para caracterizar o ideal para práticas de saúde humanizadas. Sua definição para a humanização da atenção à saúde é:

[...] um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum (AYRES, 2006, p. 49).

Nota-se que o conceito proposto desloca a referência ética e moral que orienta as concepções mais comuns de atenção à saúde, da referência biomédica, com sua noção de risco, disfunção e dismorfia, para a ideia de “felicidade”. Assim, duas ideias principais são destacadas na visão do autor. A primeira é a de saúde como experiências vividas, valoradas positivamente, condições ou situações que se almeja alcançar ou manter, que independem de um “estado de completo bem-estar” ou de perfeita normalidade morfofuncional. A segunda é de que o “êxito técnico”, que significa prevenir, reverter ou minimizar danos morfofuncionais, não faz sentido real para as pessoas senão como “sucesso prático”, ou seja, ganho ou conquista de condições ou situações valorizadas como fonte de realização, de “felicidade” para as pessoas em seus cotidianos (AYRES, 2006).

O autor enfatiza, portanto, que a ideia de humanização reclama como horizonte normativo os projetos de felicidade de indivíduos e comunidades, sustentando que o planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações de saúde devem fugir do tecnicismo imposto pelas práticas biomédicas, mas também do humanismo descolado dos potenciais tecnicamente abertos às práticas desejadas concretamente por esses mesmo indivíduos e comunidades.

Ayres (2006) busca na obra de Martin Heidegger, de inspiração ontológico-existencial, explicar alguns aspectos relevantes para o cuidado em saúde. Heidegger, em especial, dedicou-se à interpretação do sentido do *ser*. “Mas o que é o sentido do ser?” (HEIDEGGER, 2005, p. 13). Em sua obra, intitulada *Ser e Tempo*, publicada em 1927, o autor desenvolveu a sua visão de mundo e de como o *ser* nele se dá, ontologicamente. Nesse intento, desenvolveu sua reflexão sobre o *cuidado* e suas relações com esse *ser* que descreve, por meio de uma alegoria do poeta grego Hígino:

Certa vez, atravessando um rio, “cura” viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. A cura pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como a cura quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, disputavam sobre o nome, surgiu também a terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: ‘Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como, no entanto, sobre o nome há disputa, ele deve se chamar ‘homo’, pois foi feito de húmus (terra). (HEIDEGGER, 2005, pp. 263 e 264).

Em sua análise Ayres (2006) identifica alguns elementos presentes na metáfora, que devem ser considerados nas práticas de cuidado em saúde: 1 - o movimento é um dos primeiros elementos percebidos na alegoria, quando o cuidado move-se no leito do rio e percebe a argila. Ele não vai em busca da argila e nem ela chega até ele. O “encontro” no movimento é que molda a forma humana, ou seja, constrói sua identidade. Assim, diz o autor, nossas identidades não são construções *a priori*, mas vão sendo construídas no e pelo ato de viver, de pôr-se em movimento pelo mundo; 2 – a interação permeia também a relação de todos os personagens, como a do cuidado com a argila, que a transforma em criatura; 3 – a identidade e a alteridade são estabelecidas no ato da interação dos personagens. O cuidado se faz artesão em presença da argila e a argila tem sua plasticidade atualizada pela força do cuidado. A identidade de cada um se faz sempre na presença do seu outro e a alteridade de cada um, por sua vez, se define sempre pela construção de uma identidade, e vice-versa; 4 – a plasticidade é condição da existência. A matéria de nossa existência é plástica, sujeita à transformação, à moldagem. Se assim não fosse e não houvesse, portanto, a possibilidade de sua dissolução e finitude, não haveria a necessidade do cuidado; 5 - o projeto é próprio do cuidado, pois ele evidencia a capacidade de conceber e construir projetos à medida que, moldando a argila, gera o ser vivente; 6 – o desejo está presente em todos os atos dos personagens, nenhum deles age de forma determinada, senão a partir de um cogito, de uma reflexão, de um querer, de uma intenção; 7 - a temporalidade é dada por Saturno, o senhor do tempo: o Ser é (do) cuidado, mas será (do) cuidado apenas enquanto seguir sendo. Portanto, falar de cuidado só faz sentido na perspectiva do fluxo do tempo, do devir da existência; 8 - a não-causalidade significa que não podemos explicar a existência em termos de causa e efeito. Não é possível estabelecer que qualquer um dos personagens é condição necessária e suficiente para a existência do outro, como não

é possível pensar a identidade de qualquer um deles sem a presença do outro; 9 – a responsabilidade é retratada quando Saturno concede ao cuidado a posse de sua criatura porquanto e enquanto se responsabilizar por sua existência. Assim, cuidar não é só projetar, é um projetar responsabilizando-se, um projetar porque se responsabiliza (AYRES, 2006, pp. 59, 60, 61, 62, 63).

Assim, o autor identifica claramente em sua orientação teórica o cuidado em saúde como projeto ligado ao humano, situado no tempo, relacionado à matéria e espírito, corpo e mente, oposto à dissolução da vida e em busca da felicidade (AYRES, 2006).

Ayres (2009) atribui os desafios na busca da integralidade às esferas política, econômica e administrativa, mas principalmente, à uma dimensão tecnológica, de arranjar, criar e recriar ações de modo a produzir, de modo universal e equitativo, não apenas tratamento, prevenção ou recuperação da saúde, mas, por meio de todos e cada um destes recursos, produzir cuidado. Por isso não é acidental que hoje se ouça tanto a expressão cuidado integral ou integralidade do cuidado. Porque, segundo afirma Ayres (2009, p. 12), uma palavra reclama a outra: a integralidade é do cuidado, como o cuidado só pode ser integral.

O autor destaca, no que denomina dimensão tecnológica, alguns aspectos importantes ligados aos trabalho em saúde na perspectiva da integralidade, quais sejam, a reconstrução de expressões de necessidades de saúde, a redefinição e enriquecimento das finalidades do trabalho em saúde, a articulação de recursos, bem como as transformações nas interações entre profissionais e usuários, por meio da linguagem enquanto ato, enquanto encontro.

Ayres (2009) compreende que as necessidades de saúde não podem ser consideradas apenas num sentido de “amplitude”, referindo-se à não-restrição à leitura biomédica. Para ele o que se busca com a integralidade é um enriquecimento na tradução das necessidades, assim justificado:

[...] porque algo característico da leitura biomédica é justamente sua amplitude, sua capacidade de criar identidades para fenômenos que se estendem *ad infinitum*, na medida mesma em que tendem ao infinito os desdobramentos lógicos da sua linguagem científica. Não é de amplitude que se trata, portanto. O que não se quer é

restringir a leitura das necessidades à linguagem das ciências biomédicas. O que interessa não é que sejam mais amplas, senão mais particularizadas e significadas. Não se quer falar de esferas não alcançáveis pela biomedicina, mas de fazer falar de outras formas as experiências que só as ciências biomédicas têm sido autorizadas a descrever (AYRES, 2009, p. 13).

Cecílio (2009), em sua análise sobre a integralidade em saúde, propõe duas dimensões: *a integralidade focalizada e a integralidade ampliada*. O autor afirma ainda que é necessário enxergar como o “micro” está no “macro” e o “macro” no “micro”, ressaltando a importância de se repensar aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas de saúde (CECÍLIO, 2009, p. 117), no intuito de lutar pela integralidade e equidade em saúde.

Para o autor, a integralidade e a equidade só poderão ser implementadas de forma plena se trabalhadas a partir das necessidades de saúde manifestadas pelos indivíduos. Segundo ele, as necessidades de saúde são o centro das intervenções e práticas em saúde. Portanto, as práticas dos profissionais de saúde e dos gestores, inseridos nas “micro políticas” e nas “macro políticas”, respectivamente, precisam fazer uma melhor *escuta* das pessoas que buscam cuidados em saúde.

Ele propõe uma taxonomia para as necessidades de saúde, baseada em quatro grandes conjuntos de ideias que poderiam auxiliar na apreensão das necessidades de forma mais descritivas e operacionais, a saber: 1 – ter “boas condições de vida, pois a maneira como se vive se “traduz” nas necessidades de saúde; 2 – ter acesso e poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; 3 – criação de vínculos afetivos entre usuário e equipe e/ou um profissional, como referência e relação de confiança com o sistema de saúde; 4 – necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida, incluindo a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível.

Cecílio (2009) denomina de “integralidade focalizada”, aquela que acontece nos espaços bem delimitado dos serviços de saúde. A implementação da “integralidade focalizada” é resultado do trabalho em saúde de cada profissional e da equipe como um todo, com seus múltiplos saberes e prática utilizando-se, para isso, de processos de conversação e comunicação, que não podem ser separados dos processos de gestão dos serviços de saúde (CECÍLIO, 2009).

A segunda dimensão da integralidade em saúde vista por Cecílio (2009) é a que denominou de “integralidade ampliada”, que é fruto de uma articulação de cada serviço de saúde a uma rede muito mais complexa composta por outros serviços de saúde e outras instituições não necessariamente do “setor saúde”.

Portanto, o cuidado em saúde na perspectiva da integralidade, abordado por Cecílio (2009), é assim traduzido:

O cuidado individual, em qualquer serviço de saúde, não importa sua “complexidade”, está sempre atento à possibilidade e à potencialidade de agregação de outros saberes disponíveis na equipe e de outros saberes e práticas disponíveis em outros serviços, de saúde ou não (CECÍLIO, 2009, p. 124).

Teixeira (2003) situa a busca pela integralidade do cuidado nos processos comunicacionais entre profissionais de saúde e usuários. Considera a conversa a própria substância do trabalho em saúde, no espaço micro político do trabalho “vivo em ato” (MERHY; FRANCO, 2008). Propõe o acolhimento-diálogo, sob uma perspectiva essencialmente comunicacional, como técnica especial de conversar no sentido da integralidade. E mais, como um protocolo geral de comunicação entre todos os elementos que compõem a rede de atenção à saúde, desempenhando papel fundamental na dinâmica organizacional. É uma técnica de conversa, um diálogo orientado pela busca de uma maior ciência das necessidades de que o usuário se faz portador, e das possibilidades e dos modos de satisfazê-las (TEIXEIRA, 2003).

Outra discussão sobre a integralidade em saúde, que incide diretamente nas práticas em saúde e no cuidado, é sobre os modelos de organização dos serviços de saúde, proposta por Pinheiro e Luz (2003). As autoras afirmam que o debate institucional sobre as formas mais adequadas de organização desses serviços é que eles têm sido tratados apenas como campo de aplicação ou verificação de ideias, propostas ou modelos, geralmente idealizados por planejadores ou gerentes que querem fazê-lo acontecer, materializar ou concretizar, por meio de regras ou normas previamente estabelecidas. Isso acaba negando a condição dos agentes que têm a prática (os trabalhadores da saúde), nas transformações sociais, políticas ou econômicas.

As autoras defendem que, para tratar de questões sobre as práticas em saúde, o cotidiano nas instituições de saúde surge como espaço não de verificação de ideias, mas de construção de práticas de novas formas de agir social, nas quais a integralidade pode se materializar como princípio, direito e serviço na atenção e no cuidado em saúde. Privilegia-se, dessa forma, a participação dos atores sociais e suas práticas no cotidiano, aqui entendido como *locus* social onde se expressam experiências de vida e contextos de relações sociais distintas, envolvendo pessoas, grupos específicos, coletividades e instituições (PINHEIRO; LUZ, 2003).

Pinheiro e Luz (2003) reconhecem a transversalidade dos aspectos culturais na temática da saúde. Apontam para a necessidade de assunção da integralidade como um eixo norteador de novas formas de agir social em saúde, e também de nova forma de gestão de cuidados nas instituições de saúde, permitindo o surgimento de experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais.

Silveira e Pinheiro (2012) trazem reflexões sobre o diálogo entre culturas, assumindo que o paradigma biomédico é o que orienta as práticas médicas no ocidente e tecem considerações a respeito da relação que se dá entre esse paradigma e as concepções e práticas populares em saúde, entre elas a MT indígena.

A Medicina Tradicional segundo o documento “Estratégias da OMS sobre a medicina tradicional, 2002-2005” é assim definida:

Práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas que incorporam medicinas baseadas em plantas, animais e/ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados de forma individual ou em combinação para manter o bem-estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir enfermidades (OMS, 2002, p. 33).

Assim, as autoras consideram que a concepção de atenção diferenciada não se trata apenas de incorporar aos serviços de saúde as práticas tradicionais, mas produzir efetivamente um diálogo que possa resultar em ações que aconteçam de acordo com a realidade local, levando em consideração as concepções e representações sobre o adoecimento, assim como as práticas de auto atenção. Até porque, elas acontecem cotidianamente, independentemente da aceitação dos

profissionais de saúde. Alicerçam seu estudo no diálogo e no conceito de intermedicalidade, proposto por Langdon (2004).

[...] os saberes tradicionais são mais bem entendidos como práticas de auto atenção inseridas em um contexto dinâmico de *intermedicalidade*, que se refere aos discursos e apropriações de conhecimentos, aos processos de hegemonia locais e globais, às negociações interculturais e à produção de medicinas híbridas (LANGDON, 2004, p. 48).

Langdon e Diehl (2007, p. 31) constatam ainda que a medicina tradicional tem sido conceituada por profissionais de saúde num molde “museológico”, buscando traços culturais, integridade e homogeneidade que não existem. Segundo as autoras, “[...] os profissionais não reconhecem que as fronteiras entre os serviços oficiais de saúde e as práticas das medicinas indígenas são permeáveis”. As autoras apontam ainda que a intermedicalidade se dá em situações onde ocorrem negociações de saberes e de forças de poder entre atores sociais, sugerindo que é melhor pensar as práticas de saúde nas comunidades indígenas como resultados de processos sócio históricos e não processos biológicos.

Ferreira (2013) esclarece que, desde a década de 1970, a OMS recomenda que os Estados nacionais integrem aos seus sistemas oficiais de saúde as MT, argumentando que seus praticantes podem colaborar nos cuidados primários de saúde. Entretanto, um dos obstáculos para que isso se concretize é que as diferentes MT existentes, nos diferentes contextos culturais, não apresentam padrões e métodos homogêneos o que, por consequência, dificulta a identificação de terapias mais seguras e eficazes, do ponto de vista biomédico.

Para a autora, a apropriação da MT pelas políticas públicas vem se dando de forma instrumentalizada e estereotipada, como no caso da formação e regulamentação da profissão de “parteiras tradicionais”. Ao mesmo tempo em que as vozes indígenas falam do caráter dinâmico, incompleto e em permanente revisão de seus sistemas sociomédicos, o que propicia continuamente a emergência de novos conhecimentos e práticas. Assim, a autora sugere que o movimento desencadeado pelas políticas públicas, ao transformar em objetos os saberes, as práticas e os praticantes tradicionais, é circular, porque os povos indígenas também se reapropriam desses objetos, a partir de seus próprios pontos de vista, atribuindo- lhes outros

sentidos, não mais o original, mas também não necessariamente aquele veiculado pelos discursos oficiais. Assim, as diferenças culturais são redimensionadas, e novos locais de cultura emergem a partir das relações estabelecidas entre os povos indígenas e o Estado.

2.1.4 Cultura e interculturalidade: opções conceituais

Dentre as conceptualizações de “cultura” existentes na literatura antropológica, nesta pesquisa considerou-se o conceito de Geertz (2011), que dá ênfase às *formas simbólicas*, vendo a cultura como uma ciência interpretativa, em busca de significados, um sistema entrelaçado de signos interpretáveis, um contexto, algo dentro do qual esses signos podem ser descritos de forma inteligível, isto é, descritos com densidade. Para este autor as formas simbólicas são os meios pelos quais os indivíduos comunicam-se entre si, partilham informações, experiências e crenças.

O conceito de cultura defendido por Geertz (2011, p. 4) é “essencialmente semiótico”, ou seja, baseado na interpretação e busca de significados, de símbolos e signos por detrás dos comportamentos humanos. Ao descrever o impacto do conceito de cultura sobre o conceito de homem, o autor propõe o reconhecimento das diferenças dentro das sociedades e entre os homens. Para isso refere que, numa análise da cultura:

[...] temos que descer aos detalhes, além das etiquetas enganadoras, além dos tipos metafísicos, além das similaridades vazias, para apreender corretamente o caráter essencial não apenas das várias culturas, mas também dos vários tipos de indivíduos dentro de cada cultura, se é que desejamos encontrar a humanidade face a face. [...] o caminho para o geral, para as simplicidades reveladoras da ciência, segue através de uma preocupação com o particular, o circunstancial, o concreto, mas uma preocupação organizada e dirigida em termos da espécie de análises teóricas sobre as quais toquei – as análise da evolução física, do funcionamento do sistema nervoso, da organização social, do processo psicológico, da padronização cultural e assim por diante – e, muito especialmente, em termos da influência mútua entre eles. Isso quer dizer que o caminho segue através de uma complexidade terrificante, como qualquer expedição genuína (GEERTZ, 2011, p. 38).

Historicamente, os diversos grupos étnicos existentes no país relacionam-se em uma ampla gama de situações de contato. A antropologia brasileira utiliza o termo

aculturação desde a apresentação do “Estudo de aculturação dos grupos indígenas brasileiros”, por Eduardo Galvão, na I Reunião Brasileira de Antropologia, em 1953 (LARAIA, 2004).

Shaden (1974), em estudo sobre a cultura Guarani, refere-se a um variado processo de aculturação pelo qual passaram os índios Guarani em território brasileiro, entretanto, ressaltando que certos domínios de sua cultura apresentam-se abertos à influências estranhas, enquanto outros permanecem com forte apego a padrões tradicionais. O autor interpreta esse fato com referência ao problema teórico central da aculturação, que refere-se à reinterpretação dos novos elementos em termos do *ethos* tribal. Ou seja, em situações de conflito intercultural, há uma busca por acomodação sobre a base de experiências anteriores, seja mantendo as soluções e os valores tradicionais ou aceitando as inovações que se tornam necessárias e desejáveis.

Cardoso de Oliveira (1996) utiliza o termo fricção interétnica para designar o contato entre grupos tribais e segmentos da sociedade brasileira, caracterizado por aspectos competitivos e conflituais, assumindo grandes proporções em situações que afetam toda a conduta tribal e não tribal. Nesse sentido pode-se considerar que as lutas históricas dos indígenas brasileiros pelo direito à terra, cuja falta incide diretamente em suas condições de alimentação, moradia, identidade cultural e saúde, podem ser chamadas de um tipo de relação intercultural caracterizada por fricção interétnica.

Barth (1976) foca sua análise em estudos empíricos, de onde extrai alguns pressupostos sobre a constituição dos grupos étnicos e a natureza dos limites entre estes. A ênfase de seu estudo recai em três pressupostos básicos: no fato de que os grupos étnicos são categorias de descrição e identificação utilizadas pelos próprios atores como característica de interação entre eles; nos diferentes processos que participam da geração e conservação dos grupos étnicos; e nos limites étnicos e sua persistência. Por meio de sua análise traz importantes contribuições à ideia de evolução cultural. O autor afirma que a história humana é uma história das formas que surgem nas culturas e nas sociedades.

O termo *grupo étnico* é utilizado na literatura antropológica para designar uma comunidade que, em grande medida, se autoperpetua biologicamente, compartilha

valores culturais fundamentais e os realiza com unidade, integra um campo de interação e comunicação e conta com membros que se identificam a si mesmos e são identificados por outros, constituindo uma categoria distinguível de outras de mesma ordem (BARTH, 1976, p. 3).

O autor critica, em parte, o que denomina de proposta tradicional da antropologia, que considera uma raça igual a uma cultura e igual a uma linguagem, assim como uma sociedade igual a uma unidade que repele ou discrimina as outras. Essa visão, segundo ele, nos impede de compreender o fenômeno dos grupos étnicos e seu lugar nas sociedades e culturas humanas. Desta forma, segundo Barth (1976, p. 3), “a história tem produzido um mundo de povos separados com suas respectivas culturas e organizados em uma sociedade que, legitimamente, pode ser isolada para sua descrição como se fosse uma ilha”.

A análise antropológica deste autor propõe que grupos distintos de indivíduos, ou seja, unidades étnicas, correspondem a cada cultura. E que a natureza da continuidade das unidades étnicas depende da conservação de limites, que ele chama de *limites étnicos*. Os principais limites étnicos que definem um grupo não são determinados pelos conteúdos culturais que encerram, e sim pelos limites sociais. Assim, ele propõe que os grupos étnicos, ao invés de serem considerados como “portadores” de cultura, em um sentido estanque e autolimitado, devem ser vistos como uma forma de organização social. (BARTH, 1976).

Os estudos empíricos nos quais Barth se baseou comprovaram que a conservação da identidade cultural não se dá por meio do isolamento geográfico ou do isolamento social, ou seja, ausência de contato, mobilidade ou informação. Implicam, isto sim, em processos sociais de exclusão e incorporação pelos quais são conservadas categorias discretas apesar das mudanças de participação e afiliação no curso das histórias individuais. E ainda que, certas relações sociais estáveis, persistentes e importantes se mantêm acima dos limites étnicos e, com frequência, baseiam-se no que ele denomina de *status étnicos* em dicotomia.

Os conteúdos culturais das dicotomias étnicas parecem ser de duas ordens: sinais e signos manifestos (traços diacríticos que os indivíduos esperam descobrir e exibem para indicar identidade) e orientações de valores básicos (normas de moralidade e excelência pelas quais se julga a atuação).

Conciliando as visões de Barth (1976), Jodelet (2006) e Geertz (2011) na dinâmica cultural e sua relação com o campo da saúde, no contexto deste estudo podem ser pensadas as relações interétnicas entre os *Mbyá*-Guarani e as sociedades envolventes como experiências sociais em constante transformação, que necessitam ser interpretadas em cada contexto específico.

Utiliza-se nesta reflexão o conceito de interculturalidade proposto por Walsh (2001), que numa perspectiva crítica, a vê como um processo dinâmico e permanente de relação, comunicação e aprendizagem entre culturas em condições de respeito, legitimidade mútua, que requer simetria e igualdade. Trata-se de um intercâmbio que se constrói entre pessoas, conhecimentos, saberes e práticas culturalmente diferentes, mas que buscam desenvolver um novo sentido entre eles na sua diferença. Requer um espaço de negociação e de tradução onde as desigualdades sociais, econômicas e políticas, e as relações e os conflitos de poder da sociedade são reconhecidos e confrontados. Em verdade, é uma tarefa social e política que interpela ao conjunto da sociedade, que deve partir de práticas e ações sociais concretas e conscientes e tentar criar modos de responsabilidade e solidariedade⁸.

Assim, a interculturalidade busca relações sociais, econômicas, políticas e, porque não, étnicas, mais justas, respeitadas, éticas e, sobretudo, humanas. Algo nada fácil de ser alcançado, mas que precisa ser exercitado como um processo permanente nas relações entre pessoas, principalmente entre os grupos étnicos historicamente subalternizados, como indígenas e negros, e os descendentes europeus.

2.2 OS SUJEITOS DO CUIDADO: OS *MBYÁ*-GUARANI

O povo indígena Guarani é um dos mais expressivos da América do Sul (PELLON; VARGAS, 2010) e ocupa, tradicionalmente, as terras que abrangem partes do Rio Grande do Sul (Missões, Pampa, Planalto, Litoral), Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul e regiões da Argentina, Paraguai, Bolívia e Uruguai (LIEBGOTT, 2010).

Os Guarani podem ser divididos em três grandes grupos, o que se justifica por diferenças linguísticas e peculiaridades na cultura material e não material: os *Ñandéva*, os *Mbyá* e os *Kayová*. Portanto, há três dialetos Guarani no território nacional embora, fora do Brasil, existam outros (SHADEN, 1974, p. 2).

A palavra *Mbyá* é uma autodenominação que significa, na língua Guarani, “gente” (SHADEN, 1974, p. 3). Este autor refere que em virtude de diferenciações anteriores à chegada dos europeus e o isolamento dos diferentes subgrupos, a cultura Guarani possuía apenas relativa homogeneidade com relação à língua, religião e mitos. No período colonial as diferenciações foram se acentuando, quando os índios entraram em situações de contato intercultural bastante variadas.

No campo da saúde, mais especificamente, da epidemiologia, os processos de contato iniciais, no período de colonização do Brasil, acarretaram, entre outros, o intenso declínio demográfico dos povos indígenas em geral, tendo como causa principal doenças como varíola, sarampo, coqueluche, catapora, tifo, difteria, gripe e peste bubônica, que chegaram a fazer desaparecer grupos inteiros (MONTEIRO, 1992). O autor destaca que a falta de imunidade aos microrganismos causadores das doenças não foi a única explicação para a mortandade. Outros fatores, tanto ecológicos quanto sociais, bem como a política de concentração da população indígena nos aldeamentos, praticada pelos missionários e órgãos oficiais, favoreceram as epidemias.

O povo Guarani, em especial, foi um dos mais atingidos com a dramática diminuição demográfica, a circunscrição territorial, as crises de autoridade e o suposto impacto da experiência missionária sobre a religião e religiosidade desses índios, porém, certos aspectos essenciais do seu “modo de ser Guarani” (*ñande rekó*), como o discurso profético e o profundo senso de identidade, parecem ter permanecido, como referem tanto fontes históricas como etnográficas (MONTEIRO, 1992).

Segundo Geertz (2011) a visão de mundo é um atributo cognitivo, existencial, que faz com que determinado povo elabore um quadro das coisas como elas são na simples realidade, seu conceito da natureza, de si mesmo, da sociedade. Já o *ethos* é um atributo moral e estético que evidenciam o caráter e a qualidade da vida de um povo, e sua disposição é a atitude subjacente em relação a ele mesmo e ao seu

mundo que a vida reflete. Sendo assim o “modo de ser Guarani” pode ser visto como a síntese entre a visão de mundo e o *ethos* deste povo.

Os Guarani têm peculiaridades importantes na sua relação com a terra, devido à característica cultural de mobilidade constante dos indivíduos. A “caminhada” dos *Mbyá*- Guarani, praticada historicamente, se desenvolve sobre uma vasta área geográfica que abarca parcelas consideráveis dos territórios brasileiro, argentino, paraguaio e uruguaio, portanto, cruzando fronteiras internacionais (SILVA, TEMPASS, COMANDULLI, 2010).

As comunidades Guarani são pequenas e organizadas em acampamentos familiares ou aldeias mais permanentes, demarcadas ou não. A roça para os *Mbyá*-Guarani representa condições para plantar seus alimentos tradicionais. “Embora o Guarani seja incapaz de conceber a vida humana sem as alegrias da caça e da pesca, a base de seu sustento lhe é fornecida pela lavoura” (SHADEN, 1974, p.37).

2.2.1 Sistema cultural e sistema médico tradicional *Mbyá*-Guarani

A cultura Guarani, parcialidade *Mbyá*, enquanto sistema cultural é formada por diferentes esferas que nela transitam, também consideradas de sistemas: sistema médico, sistema religioso, sistema político, etc. Vários autores apontam para a predominância do sistema religioso *Mbyá* sobre os demais sistemas culturais (SCHADEN, 1962; MELIÀ, 1989; CLASTRES, 1978; METRAUX, 1927; SUSNIK, 1984-1985 apud FERREIRA, 2001).

Langdon (1996) resolve a questão da impossibilidade de demarcar os limites entre estes diversos sistemas adotando o conceito de xamanismo. A autora conceitua xamanismo como: “[...] um complexo sócio-cultural [...] um sistema cultural, no sentido de Geertz [...] um sistema simbólico” (LANGDON, 1996, p. 26). O xamanismo é, portanto, um sistema cosmológico ou cosmologia, que têm no *xamã* o seu centro.

Uma cosmologia reflete uma visão de mundo baseada em representações, explicações e práticas que expressam a cosmovisão de um grupo. O cosmo (mundo) é integral. Pode-se pensar que diferentes sistemas culturais possuem diferentes cosmologias. A cosmologia da modernidade está centrada no indivíduo, ele é o centro.

Na cosmologia *Mbyá-Guarani*, caracterizada como xamanismo, o centro é o *xamã*, a liderança espiritual, que quando é um homem chama-se *karaí* e quando é uma mulher chama-se *cuña karaí*.

A figura do *karaí*, entre esse povo, detém o poder da cura do corpo e da alma, portanto, responsável principal pelas práticas do cuidado. Ele têm “os poderes de: prevenir, diagnosticar e curar as doenças” (DESCHAMPS, ROSA, 2013, p. 3). É da relação com o espiritual (*Nãnderu* e os demais espíritos que habitam o cosmo) que o *karaí* mantém a boa saúde das pessoas e da sua comunidade. Daí provém a sua faculdade de prevenção das patologias, diagnóstico das causas, identificação taxonômica das doenças e definição do tratamento terapêutico adequado, bem como o seu poder de curá-las (FERREIRA, 2001).

Entre os *karaí* e as *cuña karaí* há diferentes tipos, com distintas atribuições e organizados de forma hierárquica nas comunidades. Suas funções são complementares. Mas também pode haver um único *karaí* ou *cuña karaí* que concentre as diferentes atribuições.

[...] o *karaí opygua*, o principal e primeiro *karaí* [...] é o dono da casa de reza (*Opy*) e o responsável pelo “trabalho geral”, ou seja, desempenha o papel de mediador entre homens e espíritos, lidera os rituais de batismo e é o guardião das “belas palavras”; o *karaí puan're omba'apovaé*, conhecedor dos remédios tradicionais (*puan're* = remédio, chás; *omba'apovaé* = trabalho); e o *karaí mba'e peá'a*, responsável por fazer o “curativo” das doenças desencadeadas por “simpatia”, isto é, das feitiçarias (FERREIRA, 2001, p. 84 – grifos da autora).

O *karaí* também assume o papel de liderança religiosa, profética, pois prevê o futuro e guia as ações do seu povo. Eles são os guardiões das “belas palavras” (*ayvu porã*), as palavras de Deus (*Nãnderu*). Assim, o *xamã Mbyá* é o responsável pela ligação entre a esfera humana e a esfera espiritual. Seu principal papel é mediar as relações entre homens e espíritos. Os indivíduos não nascem *karaí* ou *cuña karaí*. Eles adquirem esse poder quando adultos, a partir dos sonhos, por uma designação divina. Entretanto, deixam de ter esse papel a partir de uma resolução individual, na medida em que se afastam da cultura e não exercitam seus poderes por meio das rezas e concentração em tempo quase que integral. Quando está fora do local onde vive (*teko'a*) não está rezando, conseqüentemente, não está cumprindo com a sua principal obrigação. Assim, sua comunidade se enfraquece. Quando o *karaí* está forte,

também sua comunidade está forte. Assim, a figura do *karaí* também tem uma função preventiva na saúde de sua comunidade. (DESCHAMPS, ROSA, 2013, pp. 2, 3).

Outra função importante do *karaí* é o batismo (*ñemongarai*). É a ele que é revelada a procedência do espírito que está encarnando na Terra e o nome divino desse espírito. Por isso as crianças são batizadas e recebem o nome divino (por nós “erroneamente” denominado de nome indígena) por volta de um ano de idade.

O *karaí* também utiliza as “belas palavras” na forma de cânticos e rezas, em cerimônias rituais na casa de reza (*Opy*), mas também as repassa aos membros de sua comunidade por meio de conselhos, indicando o caminho certo a ser seguido durante a vida terrena. Ao trilhar o caminho certo os *Mbyá* se mantêm ligados ao seus respectivos espíritos e conectados aos deuses. Assim, andar no mundo com alegria e saúde. Por isso, os conselhos dados pelo *karaí* também tem caráter profilático e terapêutico (FERREIRA, 2001).

Ainda segundo Ferreira (2001, p. 108), existem “doenças do mundo” e “doenças espirituais”, que demarcam fronteiras étnicas (diferenças entre os *Mbyá* e os *juruá* – “homens brancos”) e simbólicas (os símbolos e significados atribuídos aos limites ganham uma dimensão cósmica). Assim, por exemplo, o desequilíbrio ou desordem provocados na vida, é explicado pelas condutas das pessoas, as quais não obedeceram limites quanto à sua relação com o cosmo e/ou com os *juruá*. O responsável pelo reestabelecimento da ordem na vida das pessoas e das comunidades é o *karaí*.

O tratamento terapêutico ocorre de formas diferenciadas: o “médico branco” responde pelas “doenças do mundo” e o *karaí* responde pelas “doenças espirituais”. Devido a estas fronteiras étnicas e simbólicas, estes tratamentos acontecem, muitas vezes, concomitantemente, o que denota não haver conflitos maiores entre os dois sistemas médicos por eles representados: a biomedicina e a medicina tradicional.

Ferreira (2001) destaca o caráter dinâmico do sistema médico *Mbyá*-Guarani e sua capacidade de sintetizar os paradoxos colocados pelo contato interétnico entre os sistemas médicos colocados em interação. Assim, a categoria “doença do mundo” é uma categoria etiológica criada pelo próprio sistema médico tradicional e, nesse sentido, suas causas continuam sendo interpretadas a partir da própria cosmologia.

A doença (*Mba'e achy* – “coisa-dor”) para os *Mbyá*-Guarani é um fenômeno que incide na pessoa, possui um caráter experiencial, acontece no tempo e, por isso, implica um processo de negociação dos seus significados por meio de processos comunicativos, da linguagem e do discurso, entre os atores ligados ao paciente. Disto decorre a determinação do processo terapêutico. A doença, portanto, tem lugar na esfera do privado, porém, os seus significados são públicos. (FERREIRA, 2001).

Os *Mbyá*-Guarani entendem a doença como proveniente do afastamento do mundo espiritual, na forma de práticas terrenas que distanciam os indivíduos da tradição. Deschamps e Rosa (2013) afirmam que estar doente para os *Mbyá* não implica apenas a questão do contato interétnico, mas implica também no afastamento da cosmovisão (DESCHAMPS, ROSA, 2013, p. 3).

A *Opy*, casa de reza, local sagrado para os *Mbyá* -Guarani, é o lugar onde se realizam os procedimentos terapêuticos e tem importância fundamental para o sistema médico tradicional *Mbyá*. Aldeias que não tem *Opy*, ou que, mesmo as tendo, não têm o *karaí* para cuidá-las, estão sem proteção divina e à mercê do uso abusivo de bebidas alcoólicas, por exemplo (FERREIRA, 2001, p.90).

Na *Opy* são realizados os rituais religiosos e de cura, simbolizados por cânticos (*poraí*), danças (*jerojy*) e absorção de tabaco no cachimbo sagrado (*petyngua*), entre outros. Sua construção tem um padrão tradicional: paredes de barro e teto de palha de santa-fé ou de taquara (*takuá*), de formato retangular. Sua orientação espacial é de leste para oeste. Sendo a porta à oeste, lugar do sol poente e uma janela para o sol nascente. Dificilmente os homens brancos obtêm permissão para entrar em uma *Opy*, pois os *Mbyá* temem interromper a ligação do *karaí* com o mundo espiritual.

Em síntese, a medicina tradicional *Mbyá*-Guarani, enquanto sistema médico sustentado por uma cosmologia baseada no modelo xamânico, tem na figura do *karaí*, líder espiritual e de cura, seu representante principal. Também fazem parte desse complexo cultural a casa de reza, denominada *Opy*, onde são realizadas as práticas terapêuticas tradicionais, baseadas em rituais de utilização de chás, feitos com ervas medicinais específicas, nos conselhos ministrados por meio das “belas palavras”, nos cânticos, nas rezas, nas danças, no uso de um tipo de cachimbo (*petyngua*), entre outros.

Estas manifestações culturais asseguram aos indivíduos e às comunidades a ligação com o mundo espiritual, ao qual está associada a boa saúde. As doenças espirituais significam, ao contrário, o distanciamento dos deuses e dos espíritos, devido à práticas de vida que afastam os indígenas de sua tradição. Somente o *karaí* tem o poder de diagnosticar e tratar tais doenças.

Já as doenças do mundo expressam sua etiologia no contato interétnico, cada vez mais intenso, muitas vezes caracterizado por fricção interétnica. Para os *Mbyá*, os *juruá* contribuem para o seu afastamento dos espíritos de origem divina, o que tem causado tanto as doenças espirituais, quanto as doenças do mundo. Ferreira (2001, pp. 124, 125) afirma que “o que rege a busca pelo tratamento terapêutico são os diagnósticos referentes aos aspectos causais da doença”. Segundo ela é por isso que os *Mbyá*-Guarani, antes de recorrerem ao “médico branco”, consultam-se com o *karaí*, devido à sua capacidade de comunicar-se com *Ñanderu*.

2.3 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SERGE MOSCOVICI

As bases conceituais da TRS, foram lançada em 1961 pelo romeno Serge Moscovici, quando da publicação de seu livro *Psychanalyse, son image, son public*, fruto de sua tese de doutorado, quando estudou a maneira como a psicanálise penetrou o pensamento popular na França, entre os anos de 1950 e 1960 (MOSCOVICI, 2012).

Com sua teoria Moscovici abriu um novo campo teórico e de pesquisas, de grande importância às ciências sociais. Na visão de Lahlou (2011), Moscovici, em sua obra original sobre a psicanálise, adota uma postura reconhecidamente modesta na proposição de modelos explicativos e teóricos. Limita-se à explicar alguns aspectos, tais como os processos de ancoragem e objetivação, bem como o papel da imprensa na transmissão e disseminação de mensagens e informações (difusão, propaganda, propagação). Ele preserva-se também de propor uma única definição para as representações sociais, referindo-se ao fenômeno como um todo, mantendo sempre uma imprecisão sobre o contorno exato do fenômeno que descreve.

A TRS, segundo Jodelet (2011) é “útil” pelas aplicações que suscitou nos diversos campos, é “verdadeira” considerando-se, como na filosofia do conhecimento, que uma verdade é uma asserção justificada e é “bela” pelos vários modelos que foram inventados a partir de sua formulação inicial.

A pesquisa de Moscovici sobre a psicanálise foi abrangente. Ele utilizou método quali-quantitativo, incluindo a análise de dados produzidos por entrevistas e questionários, aplicados a diferentes segmentos da sociedade francesa, sujeitos de classe média, profissionais liberais, operários, estudantes universitários e de escolas técnicas, bem como a análise de conteúdo de imprensa, artigos de jornais e revistas relacionados direta ou indiretamente com o tema, com origem entre instituições políticas e religiosas.

Os resultados fizeram surgir a TRS, que inaugura um novo campo de pesquisa em psicologia social, disciplina que até então carregava traços materialistas, experimentalistas e individualistas característicos de uma vertente hegemônica americana. Desde a década de 1950 e, em especial, nas décadas de 1960 e 1970, a disciplina passou por um período de questionamento quanto aos seus fundamentos teóricos e metodológicos. Diversos autores referem a extensa utilização de procedimentos experimentais, o abuso ético no tratamento dos sujeitos experimentais, a ausência de relevância social, entre outras características, como desencadeadores de uma “crise de confiança”. Os psicólogos sociais eram acusados terem caído em um “ritualismo metodológico” (PALMONARI, CERRATO, 2011).

Os autores explicam que essa crise causou repercussões diferentes entre os psicólogos sociais da Europa e dos Estados Unidos. Entre estes últimos, com o declínio do paradigma teórico-metodológico do behaviorismo, surge o paradigma cognitivo, com a corrente da Cognição Social. Já entre os primeiros, também de certa forma envolvidos com esta corrente, houve, em acréscimo, um impulso para a autonomia da disciplina diante da própria psicologia, defendendo o seu papel relevante enquanto uma “ponte” entre esta e outras disciplinas das ciências sociais, como a Sociologia, Economia, Semiótica e, sobretudo, a Antropologia.

A TRS surge como uma teoria do conhecimento social, a partir de uma indagação de Moscovici sobre o papel da ciência na sociedade. Esse papel, segundo o autor, é transformar a existência dos homens e isso só pode ser alcançado fazendo-

se que sua experiência ordinária gire em torno de temas novos, que suas ações e suas palavras sejam carregadas de significações diferentes, que sejam transportados para um universo de relações e acontecimentos estranhos, desconhecidos anteriormente (MOSCOVICI, 2012).

O autor ressalta por diversas vezes em sua proposta teórica as relações entre o conhecimento científico e o conhecimento de senso comum. Para ele as ciências são os meios pelos quais nós compreendemos o universo reificado, enquanto as representações sociais tratam do universo consensual. A TRS vêm, então, como uma proposta de um “novo senso comum”, a partir de então associado à ciência, mas sem perder de vista as ideias, sentimentos, experiências, percepções advindas de um pensamento leigo, influenciado por diferentes origens e processos (MOSCOVICI, 2012, p. 23). O autor escapa do dualismo tradicional entre uma escala valorativa entre pensamento social, ou do senso comum, e pensamento douto, ou erudito. Sua proposição teórica é de explicar o inter-relacionamento desses dois tipos de conhecimento como “geradores” das representações sociais. Mas, em nenhum momento atribuindo maior ou menor valor a qualquer um deles.

2.3.1 A fertilidade da Teoria da Representações Sociais

A partir do estudo original de Moscovici, a repercussão de suas ideias tomou grandes proporções. As representações sociais passaram a ser objeto e método de investigação em pesquisas no mundo todo e continuam abertas a novos desenvolvimentos e articulações interdisciplinares, podendo até mesmo ser chamada de *metateoria* (JESUÍNO, 2011). Inúmeros autores que seguiram à teoria, propuseram também suas definições e maneiras de interpretá-la, de acordo com seus campos de pesquisa particulares, contribuindo para o enriquecimento desse campo em psicologia social.

Para explicar a proficuidade do trabalho de Moscovici em representações sociais, Saadi Lahlou (1998) fez uma analogia com o a obra do pintor Cézanne:

Há (talvez) tantas definições da representação social por Moscovici, fundador do conceito, quanto existe de telas de Cézanne representando maçãs. Estas últimas são

sempre diferentes, cada vez que representam as maçãs em um contexto e em uma iluminação particular, mas ainda assim, elas expressam 'a maçã'. Outros pintores, incluindo os discípulos de Cézanne, reconhecidos pela semelhança de suas maçãs, pintaram maçãs, sempre diferentes: seriam elas imagens menores de maçãs? Isso depende do talento dos pintores. Enfim, não podemos, de um único ponto de vista, descrever exaustivamente um objeto que tem vários aspectos (LAHLOU, 1998 apud DOISE, 2011, p. 131).

Um exemplo da proficiência da TRS é apresentado por Denise Jodelet (2009) que, a partir de sua leitura das representações sociais, desenvolveu e propôs as esferas de pertença das representações sociais representados na Figura 3:

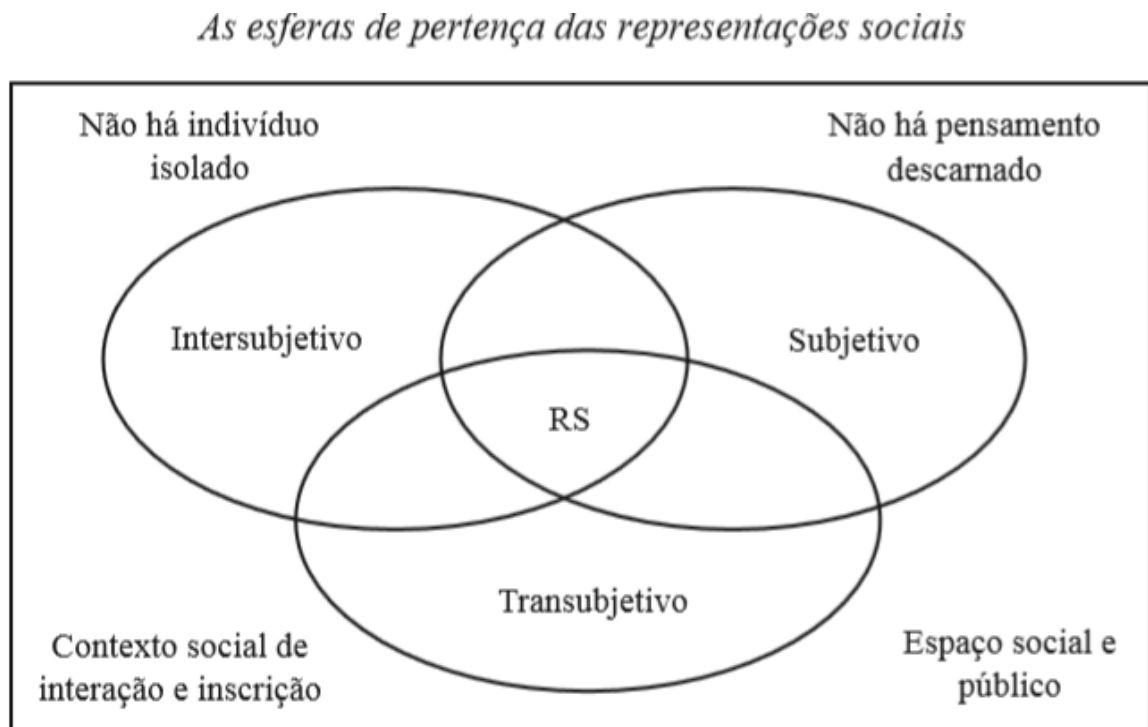


Figura 2- As esferas de pertença das representações sociais, segundo Denise Jodelet (2009)

Segundo a autora, nos espaços concretos da vida, onde as representações sociais são produzidas por indivíduos e grupos e, a fim de ultrapassar a simples descrição de estados representacionais e definir modalidades de uma ação transformadora, as representações sociais podem ser analisadas segundo esferas ou universos de pertença. Assim, ela explica que a esfera de “subjetividade” nos leva a considerar os processos que operam no nível dos indivíduos eles-mesmos. A esfera de “intersubjetividade” remete às situações que, em um dado contexto, as representações sociais são elaboradas na interação entre os sujeitos, apontando em

particular as elaborações negociadas e estabelecidas em comum pela comunicação verbal direta. A esfera de “transubjetividade” se compõe de elementos que atravessam tanto o nível subjetivo quanto o intersubjetivo. Sua escala domina tanto os indivíduos e os grupos quanto os contextos de interação, as produções discursivas e as trocas verbais (JODELET, 2009).

Mazzotti e Campos (2011, p. 462) defendem a existência, atualmente, de uma nova “era das representações sociais” a partir do surgimento e desenvolvimento da *cibercultura*, que entendem como uma “ambiência produtora de conhecimentos (informações, crenças, significados, valores), condutas (práticas, atitudes) e tecnologias derivadas (como uma obra “incubadora”)”.

Os autores fazem ainda uma análise do conceito de cultura presente em toda a obra de Moscovici, afirmando que a obra *La Psychanalyse son image, son public*, “está repleta de referências sobre a dinâmica social, formas de interação social, estrutura da sociedade e formações culturais”. Os autores explicam que a concepção de cultura contida na obra de Moscovici corresponde à concepção de Geertz, no entendimento da concepção semiótica de cultura, porque os padrões de significado incorporados nas formas simbólicas (ações, manifestações verbais, objetos significativos) são o meio pelo qual os indivíduos comunicam-se entre si e partilham informações, experiências e crenças (MAZZOTI, CAMPOS, 2011, p. 466).

Jodelet (2006) reforça que a abordagem das representações sociais, tanto no plano teórico como no empírico, conduz, necessariamente, à cultura. Examinando, especificamente, o campo da saúde, a autora refere que as representações sociais tem papel de destaque no tratamento social ou cultural das questões relativas à vida corporal e na medida em que a doença, significante social, é objeto de discursos variados em função da história e de acordo com as inserções sociais e grupais do atores, o que dá sentidos e orientações às práticas privadas e institucionais.

A autora propõe que a cultura deva ser vista como um quadro de ação, um ecossistema de práticas embasadas na experiência social, onde se manifestam subjetividades como a afetividade e as emoções, bem como uma dimensão cognitiva, que utiliza-se de categorias e ou formas socialmente dadas. A experiência social toma existência na medida em que é reconhecida, compartilhada, confirmada pelo outro em seus quadros de enunciação e comunicações. Tem, portanto, um caráter

intersubjetivo e socializado. E ainda, enquanto experiência humana, a cultura participa na construção do mundo, trazendo um elemento de transformação.

Doise (2011) propõe que as representações sociais são operadas por um modelo que denominou de sistema e metassistema, que se imbricam nas relações de comunicação. Ele reconhece que Moscovici abordou esses conceitos nos primeiros anos de sua teoria, embora, aparentemente, tenha abandonado seu desenvolvimento posterior. Mas, Doise aprofundou-se no estudo dos conceitos, em trabalhos sobre a intervenção da marcação social no desenvolvimento cognitivo. Ele afirma que o metassistema é composto por normas sociais e, em diferentes áreas do pensamento do adulto, os princípios da organização do metassistema podem variar, assim como, em diferentes ocasiões, os mesmos indivíduos participam em diferentes metassistemas. Para exemplificar, Doise aprofundou seu estudo nos debates que ocorriam quanto às questões de seguridade social na Suíça, na década de 1990. Ele identificou, então, duas “visões de mundo” que poderiam ser consideradas como metassistemas, a saber: quando uma sociedade é percebida como um conjunto único, coerente ou consensual de indivíduos, a estimativa de insegurança social e o nível de ajuda preconizada ao outro deveriam ser baixos. Por outro lado, o sentimento de insegurança seria maior e a necessidade de auxílio considerada mais importante quando a sociedade é vista como um conjunto atravessado por divisões, desigualdades e conflitos (DOISE, 2011).

Jovchelovitch (2011) trata da pluralidade da razão e da hipótese da “polifasia cognitiva” que, segundo ela, aparecem tanto na obra de Moscovici, como na de Sigmund Freud, criador da psicanálise. Segundo a autora, Moscovici definiu polifasia cognitiva como a coexistência de formas diferentes de saber no mesmo campo representacional:

[...] a coexistência dinâmica – interferência ou especialização – de modalidades distintas de saber, correspondendo a relações definidas entre o homem e seu ambiente, *determina um estado de polifasia cognitiva* (MOSCOVICI, 2008, p. 190 – grifo do autor).

O interesse no estudo de uma representação social deve situar-se no nível do esclarecimento de fenômenos mais coletivos. Uma representação social permite em

princípio compreender por que alguns problemas se sobressaem numa sociedade e esclarecer alguns aspectos de sua apropriação pela sociedade, como os debates e os conflitos (JOVCHELOVITCH, 2011, p. 61).

2.3.2 Representações sociais: conceitos, dimensões e processos

As representações sociais são “entidades quase tangíveis, circulam, se cruzam e se cristalizam continuamente através da fala, do gesto, do encontro no universo cotidiano” e, por meio desse movimento constante, geram um tipo de conhecimento, denominado por ele de conhecimento do senso comum, que orientam as ações individuais e grupais (MOSCOVICI, 2012).

Elas são objetos de estudo da psicologia social, disciplina que “[...] se distingue menos pelo seu território que pelo seu singular olhar” (MOSCOVICI, 1984, p. 8 apud WOLTER, 2011, p. 27). Este autor defende que, diferentemente da psicologia e da sociologia, que possuem um olhar binário sobre os fenômenos (objeto-sujeito), a psicologia social é uma abordagem com olhar ternário dos fatos, ou seja, uma visão em três termos: sujeito individual, sujeito social e objeto, onde o sujeito social é o mediador das relações entre o sujeito individual e o objeto (WOLTER, 2011, p. 27).

O conceito de representações sociais é teórico, abstrato, mas Moscovici conseguiu demonstrá-lo muito bem com a análise de um objeto real, diferenciado, a psicanálise (LAGACHE, 2012).

Lahlou (2011, p. 66) considera a representação social como o “cadinho de construção social”, que cruza um dos problemas fundamentais das ciências sociais: a relação entre indivíduo e sociedade e entre o material e o ideal.

Segundo Almeida, Santos e Trindade (2011) o conceito de representações sociais constitui-se no “grande conceito” de base que gerou a formulação de uma “grande teoria”, que até então, baseava-se em micro teorizações apoiadas em conceitos isolados, como os de imagem, opinião, atitude, crenças, valores e normas sociais. Assim, ao longo de sua obra Serge Moscovici foi esboçando diversas e complementares definições da noção de representação social, num esforço de articulação desses com um conceito guarda-chuva que pudesse englobar àqueles.

Assim, as autoras identificaram, na obra *Psychanalyse, son image et son public*, alguns componentes que definem a noção de representações sociais: *i* – da formação de outro tipo de conhecimento adaptado a outras necessidades, obedecendo a outros critérios; *ii* – não reproduz um saber [...], mas retrabalha a sua conveniência seguindo os meios, os materiais encontrados; *iii* – toda representação é composta de figuras e de expressões socializadas. [...] uma representação social é organização de imagens e linguagem, porque ele decompõe e simboliza atos e situações que nos são ou que se tornam comuns para nós; *iv* – a representação social é uma modalidade de conhecimento particular, tendo por função a elaboração dos comportamentos e da comunicação entre indivíduos; *v* – elas têm função constitutiva da realidade, a única realidade que nós experimentamos e na qual a maior parte de nós se move; *vi* – uma representação é sempre uma representação de alguém tanto quanto é uma representação de alguma coisa; *vii* – a representação social é um *corpus* organizado de conhecimento e uma das atividades psíquicas graças às quais os homens tornam a realidade física e social inteligível, inserem-se em um grupo ou em uma relação cotidiana de trocas, liberam os poderes de sua imaginação.

Para Moscovici (2011, p. 21) “as representações são sempre um produto da interação e comunicação e elas tomam forma e configuração específicas a qualquer momento, como uma consequência do equilíbrio específico desses processos de influência social”. Outra das definições do autor para as representações sociais é:

Um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controla-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social (MOSCOVICI, 1976: xiii apud MOSCOVICI, 2011, p. 21).

Em seu estudo sobre a psicanálise Moscovici demonstrou que as representações sociais possuem três dimensões: informação, campo de representação ou imagem e atitude. A identificação destas três dimensões permite uma visão do conteúdo e do sentido das representações sociais.

Assim, a informação, dimensão ou conceito refere-se à organização dos conhecimentos do grupo em relação ao objeto social de estudo. Em alguns casos, dependendo do objeto, esta dimensão não existe. No caso da pesquisa de Moscovici,

ele relata que, entre o grupo de operários, por exemplo, não há informação coerente sobre a psicanálise (MOSCOVICI, 2012, p. 62).

A dimensão campo de representação remete à ideia de imagem, de modelo social, com conteúdo concreto e limitado das proposições que expressam um aspecto determinado do objeto de representação (MOSCOVICI, 2012, p. 64). Segundo o autor, o que caracteriza essa dimensão é a existência de uma imagem com unidade hierarquizada dos elementos.

A dimensão atitude explicita a orientação global do grupo com relação ao objeto da representação social e é a mais frequente das três dimensões, talvez, geneticamente a primeira (MOSCOVICI, 2012). O autor concluiu, em seu estudo sobre a psicanálise que, primeiramente, nos posicionamos (dimensão atitude) com relação a algum objeto de representação, para depois nos informarmos (dimensão informação) sobre ele e representa-lo (campo de representação).

As representações sociais tem como propósito “[...] tornar algo não familiar, ou a própria não familiaridade, familiar. A familiarização é sempre um processo construtivo de ancoragem e objetivação, através do qual o não familiar passa a ocupar um lugar dentro de nosso mundo familiar” (MOSCOVICI, 2011, p. 20).

Os dois processos fundamentais na formação de uma representação social são a objetivação e a ancoragem. Os dois processos ocorrem contínua e simultaneamente em cada situação ou sociedade particular, por meio de mecanismos de descentralização, naturalização, classificação, hierarquização, nomeação, etc.

A objetivação mostra como os elementos representados de uma ciência se integram a uma determinada realidade social, enquanto que a ancoragem permite apreender a maneira como eles contribuem para modelar as relações sociais e como eles as exprimem (MOSCOVICI, 2012, p. 159).

Segundo Moscovici, a objetivação busca “resolver o excesso de significações pela materialização [...] significa transplantar, no plano da observação, o que era só inferência ou símbolo” (MOSCOVICI, 2012, p. 101). O autor explica que:

[...] a objetivação permite tornar real um esquema conceitual e substituir uma imagem por sua contrapartida material, resultado que tem primeiramente um alcance cognitivo: o estoque de indícios e de significantes que a pessoa recebe, emite e manipula no ciclo das infracomunicações pode tornar-se superabundante. Para reduzir a distância entre a massa de palavras que circulam e os objetos que as acompanham, e como não se poderia falar de “nada”, os “signos linguísticos” são acoplados a “estruturas materiais” (tentamos acoplar a palavra à coisa). Esse processo é mais indispensável quanto mais a linguagem – a linguagem científica principalmente – pressupuser as convenções que fixam sua adequação ao real (MOSCOVICI, 2012, p. 100).

Quanto ao processo de *ancoragem*, o autor explica que ele:

[...] designa a inserção de uma ciência na hierarquia dos valores e nas operações concretizadas pela sociedade. [...] pelo processo de ancoragem, a sociedade torna o objeto social um instrumento do qual pode dispor e esse objeto é colocado numa escala de preferência nas relações sociais existentes (MOSCOVICI, 2012, p. 156).

Almeida, Santos e Trindade (2011) explicam, de forma mais simplificada, que a objetivação torna concreto aquilo que é abstrato, transforma um conceito em imagem de uma coisa, retirando-o de seu quadro conceitual científico, enquanto que a ancoragem corresponde à incorporação de novos elementos de um objeto a um sistema de categorias familiares e funcionais aos indivíduos, que lhes estão facilmente disponíveis na memória.

Sujeitos e objetos de representações, assim como os processos de objetivação e ancoragem, pressupõem e demandam ser situados no *carrefour* do psicológico e sociológico, cujas raízes são fixadas nas histórias culturais (ALMEIDA, SANTOS, TRINDADE, 2011, p.111).

2.3.3 Uso da Teoria das Representações Sociais no campo da saúde

A TRS vem sendo utilizada de forma destacada no campo da saúde desde a década de 1980, quando foi introduzida no Brasil, principalmente nos estudos com objetivo de ter acesso ao conhecimento social que orienta as práticas de um determinado grupo social quanto a problemas de saúde. Entretanto, apenas recentemente a teoria passou a ser usada por pesquisadores para analisar objetos específicos do cotidiano profissional. Isso se explica pelo fato desse campo ter

permanecido durante muito tempo distanciado da esfera do social e do simbólico, em decorrência de sua trajetória histórica (OLIVEIRA, 2011).

A autora refere que:

[...] ao focalizar o processo de trabalho e as tecnologias de cuidado é possível perceber as dimensões formais e informais presentes nessa determinação de necessidades, e verificar como e sob quais facetas essas concepções se manifestam, sejam elas mais técnicas, políticas, sociais, representacionais ou culturais (OLIVEIRA, 2011, p. 600).

Sá e Arruda (2000) apud Oliveira (2011) levantaram que a saúde coletiva, na distribuição por área de interface com a psicologia social, representou a segunda maior área em que a teoria foi adotada (31,7%) e, dentro especificamente do campo da saúde obteve a segunda colocação (43,2%), sendo superada apenas pela enfermagem, com a maior contribuição (48,1%). Os autores ainda observaram que os campos temáticos privilegiados pelas pesquisas na área da saúde foram agrupados em: representações sociais sobre doenças e doentes; representações sociais sobre processos; representações sociais sobre técnicas e tecnologias de trabalho; representações sociais sobre áreas profissionais e profissões. Dentro desses campos temáticos destacaram-se o processo de trabalho em saúde, as práticas profissionais e o processo saúde-doença.

No campo da saúde indígena alguns estudos também utilizaram a TRS. Maciel, Oliveira e Melo (2012) investigaram as representações sociais de profissionais de saúde acerca do uso do álcool pelos índios Potiguara, realizando seu estudo na comunidade Potiguara do Estado da Paraíba, nos polos-base situados nos Municípios de Rio Tinto, Marcação e Baía da Traição.

Oliveira (2010) buscou apreender representações sociais sobre saúde e doença na concepção dos índios Potiguara da aldeia São Francisco em Baía da Traição/PB, verificando também aspectos socioeconômicos e culturais a partir das representações sociais sobre saúde e doença e evidenciando as práticas adotadas pelos índios Potiguara frente à doença.

Alvarez e colaboradores (2007) buscaram conhecer o autocuidado tradicional durante a gravidez de mulheres de uma comunidade nativa peruana, com o suporte da TRS e do método etnográfico.

Garnelo e Wright (2001) realizaram uma pesquisa no município de São Gabriel da Cachoeira/AM, buscando compreender a correlação entre a cosmologia do povo indígena Baniwa, seu sistema de representações de doença e práticas de cura e sua dinâmica de transformação em situação de contato interétnico.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo, de abordagem qualitativa, no campo da saúde coletiva com contribuições da psicologia social e da antropologia, propôs-se a um olhar interdisciplinar sobre o objeto de estudo. Preocupou-se com sujeitos de realidades concretas, que trabalham cotidianamente em contextos de interculturalidade: os trabalhadores das EMSI do Dsei Litoral Sul/RS. Surgiu de um questionamento sobre um problema de vida prática, percebido como importante de ser aprofundado: a complexidade do trabalho em saúde em contextos de interculturalidade, que pode trazer limitações aos trabalhadores, mas também pode apresentar potencialidades. Esta visão alinha-se com a proposta de Pinheiro e Mattos (2003) de que a construção da integralidade da atenção e do cuidado em saúde se dá a partir de realidades concretas, nos cotidianos e nas práticas dos sujeitos nos serviços de saúde.

Segundo Minayo e col. (2000, pp. 21, 22) a pesquisa qualitativa “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes”, que possibilitam o aprofundamento do olhar sobre processos, relações e fenômenos. Por isso, elegeu-se a Teoria das Representações Sociais (TRS) como referencial teórico e metodológico para desenhar e proceder o caminho desta investigação.

Segundo Moscovici (2012, p. 39) as representações sociais são “entidades quase tangíveis, circulam, se cruzam e se cristalizam continuamente através da fala, do gesto, do encontro no universo cotidiano” e, por meio desse movimento constante, geram um tipo de conhecimento, denominado por ele de conhecimento do senso comum, que orientam as ações individuais e grupais (MOSCOVICI, 2012).

Outro conceito do autor explica que “as representações são sempre um produto da interação e comunicação e elas tomam forma e configuração específicas a qualquer momento, como uma consequência do equilíbrio específico desses processos de influência social”. Ele complementa que as representações sociais são:

Um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controla-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social (MOSCOVICI, 1976: xiii apud MOSCOVICI, 2011, p. 21).

Nesta pesquisa focou-se a análise nos conteúdos das representações sociais trazidos pelos trabalhadores e na identificação, quando possível, dos processos de objetivação e ancoragem, descritos pelo autor como os dois processos fundamentais na formação de uma representação social.

Assim, as representações sociais tem como propósito “[...] tornar algo não familiar, ou a própria não familiaridade, familiar. A familiarização é sempre um processo construtivo de ancoragem e objetivação, através do qual o não familiar passa a ocupar um lugar dentro de nosso mundo familiar” (MOSCOVICI, 2011, p. 20).

Moscovici (2012) assim define o processo de objetivação:

[...] a objetivação permite tornar real um esquema conceitual e substituir uma imagem por sua contrapartida material, resultado que tem primeiramente um alcance cognitivo: o estoque de indícios e de significantes que a pessoa recebe, emite e manipula no ciclo das infracomunicações pode tornar-se superabundante. Para reduzir a distância entre a massa de palavras que circulam e os objetos que as acompanham, e como não se poderia falar de “nada”, os “signos linguísticos” são acoplados a “estruturas materiais” (tentamos acoplar a palavra à coisa). Esse processo é mais indispensável quanto mais a linguagem – a linguagem científica principalmente – pressupuser as convenções que fixam sua adequação ao real (MOSCOVICI, 2012, p. 100).

Quanto ao processo de *ancoragem*, o autor explica que ele:

[...] designa a inserção de uma ciência na hierarquia dos valores e nas operações concretizadas pela sociedade. [...] pelo processo de ancoragem, a sociedade torna o objeto social um instrumento do qual pode dispor e esse objeto é colocado numa escala de preferência nas relações sociais existentes (MOSCOVICI, 2012, p. 156).

Almeida, Santos e Trindade (2011) explicam, de forma mais simplificada, que a objetivação torna concreto aquilo que é abstrato, transforma um conceito em imagem de uma coisa, retirando-o de seu quadro conceitual científico, enquanto que

a ancoragem corresponde à incorporação de novos elementos de um objeto a um sistema de categorias familiares e funcionais aos indivíduos, que lhes estão facilmente disponíveis na memória. Os dois processos ocorrem contínua e simultaneamente em cada situação ou sociedade particular, por meio de mecanismos de descentralização, naturalização, classificação, hierarquização, nomeação, etc.

3.2 LOCAL E SUJEITOS DA PESQUISA

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, criado em 1999 pela Lei nº 9.836/1999, compõe o Sistema Único de Saúde (SUS), a ele está articulado e obedece aos seus princípios. Está estruturado em 34 Dsei (Figura 1), que, por sua vez, são constituídos, atualmente, por 343 polos-base; 750 Postos de Saúde, 62 Casas de Saúde do Índio (Casai), para atender a uma população indígena total de 662.463 pessoas, pertencentes à 373 etnias diferentes (SIASI, 2013).

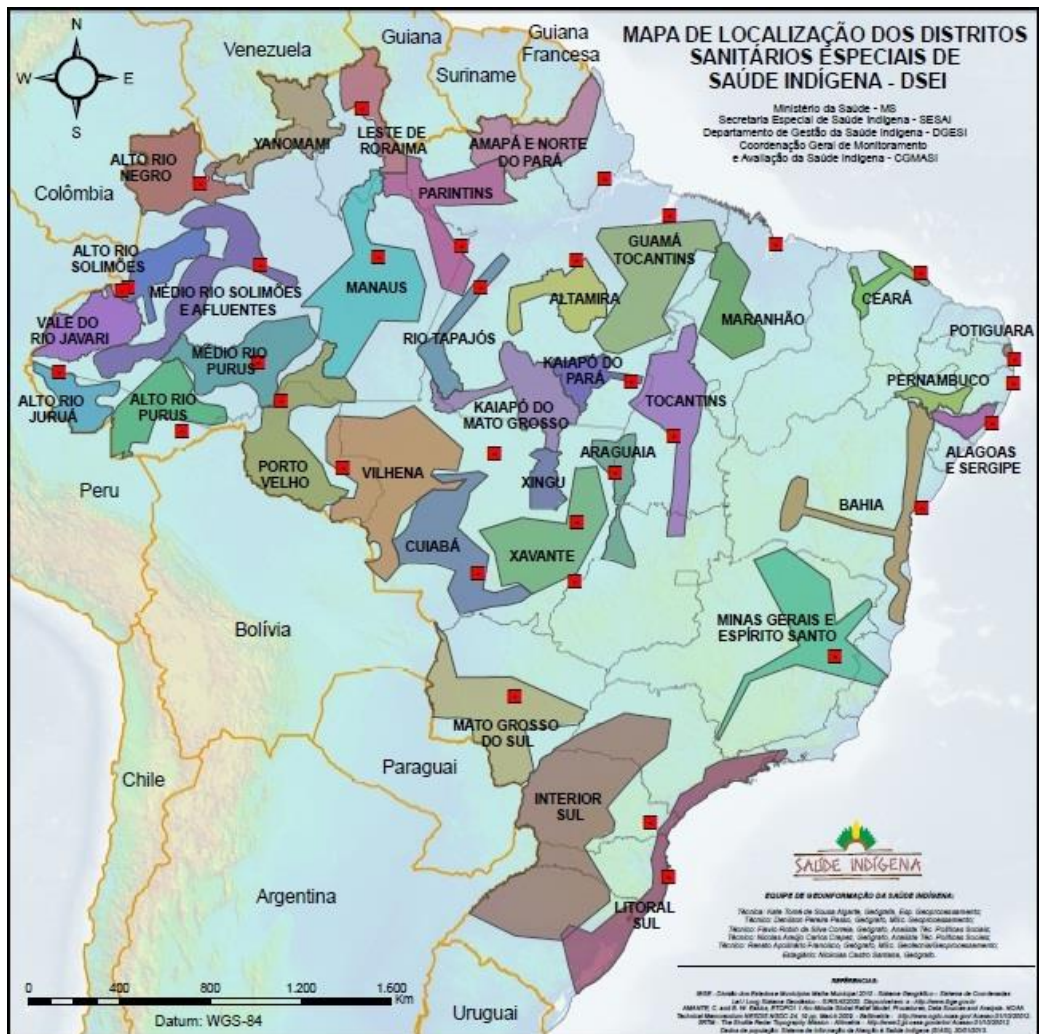


Figura 3- Os 34 Dsei do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (MS/SESAI, 2013)

O Dsei Litoral Sul é um dos 34 existentes e localiza-se na área litorânea dos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, tendo sua sede na cidade de Curitiba/PR. É composto por treze polos-base, assim distribuídos: Estado do Rio de Janeiro: polo-base de Angra dos Reis; Estado de São Paulo: polo-base São Paulo, polo-base Registro, polo-base Mongaguá, polo-base Peruíbe, polo-base Litoral Norte; Estado do Paraná: polo-base Paranaguá; Estado de Santa Catarina: polo-base Araquari, polo-base Florianópolis; Estado do Rio Grande do Sul: polo-base Barra do Ribeiro; polo-base Viamão, polo-base Osório, polo-base Porto Alegre.

Os dados desta pesquisa foram coletados em sua porção localizada no Estado do Rio Grande do Sul, que possui uma população de 2.321 indígenas das etnias

Guarani, *Mbyá-Guarani* e *Kaingang*. A etnia predominante neste distrito é a Guarani, com 1.340 pessoas. De todos os indígenas que lá residem, 1.015 se autodeclaram *Mbyá-Guarani*. A porção rio-grandense deste Dsei é constituída de 33 aldeias ou acampamentos indígenas, distribuídos em 20 municípios e vinculados, por critérios espaciais, a 4 polos-base: Barra do Ribeiro, Viamão, Osório e Porto Alegre (SIASI, 2013).

Os polos-base são instâncias de atendimento que constituem a primeira referência para os AIS que atuam nas aldeias, seu ponto de encontro com os demais profissionais, não indígenas, das EMSI. Estes polo-base podem localizar-se numa comunidade indígena ou num município de referência (BRASIL, 2002, p.14). Os polos-base que fizeram parte desta pesquisa foram: polo-base Barra do Ribeiro, localizado na aldeia Coxilha da Cruz, município de Barra do Ribeiro/RS, com população indígena de 394 pessoas; polo-base Viamão, com sede na Secretaria Municipal de Saúde do município de Viamão/RS, com população indígena de 655 pessoas e polo-base Osório, com sede no centro do município de Osório/RS e população indígena de 299 pessoas. Destes polos-base foram visitadas sete aldeias indígenas: Coxilha da Cruz e Flor do Campo (Barra do Ribeiro); Lomba do Pinheiro, Estiva e Acampamento de Lami (Viamão); Riozinho e Torres (Osório).

Foram sujeito desta pesquisa os trabalhadores de saúde que compõem as três EMSI dos polos-base descritos, assim distribuídos: Polo-base Barra do Ribeiro: 1 dentista, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, 1 AIS e 1 AISAN, totalizando 6 trabalhadores; Polo-base Viamão: 1 dentista, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, 3 AIS, 2 AISAN, totalizando 10 trabalhadores; Polo-base Osório: 1 dentista, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, 1 AIS, totalizando 5 trabalhadores.

O polo-base de Porto Alegre, com população indígena de 973 pessoas (762 *Kaingang*; 33 Charrua; 96 *Mbyá-Guarani* e 82 Guarani) não foi incluído na pesquisa porque o trabalho desenvolvido pela EMSI deste polo diferencia-se do trabalho das demais, sendo uma equipe de coordenação/apoio. Além disso, os indígenas cadastrados nesse polo têm acesso direto aos serviços de saúde do SUS existentes na capital do Estado, Porto Alegre.

No Estado do Rio Grande do Sul existe outro Dsei, o Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul (Dsei Interior Sul), cuja localização é na porção territorial do

interior dos Estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Os dois distritos, embora distintos, guardam certas relações administrativas e técnico-operacionais, pois envolvem populações indígenas residentes em espaços territoriais dos cinco Estados da região sul do Brasil.

Como apoio à gestão dos dois Dsei, existem dois Serviços de Escritório Local (SEL) situados, um no Estado de São Paulo e outro no Estado do Rio Grande do Sul. O SEL-RS tem a gestão de todas as EMSI e ações desenvolvidas para atender as comunidades indígenas do Rio Grande do Sul. Com sede em Porto Alegre em processo de mudança para Passo Fundo/RS, possui um chefe, um chefe substituto, uma equipe para o saneamento básico e responsáveis técnicos para os programas desenvolvidos na atenção à saúde.

Por outro lado, para efeitos de gestão orçamentária, os polos-base dos Estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul estão vinculados ao Dsei Interior Sul, com sede em Florianópolis/SC e os polos-base do Rio de Janeiro, São Paulo e Paraná estão vinculados ao Dsei Litoral Sul, com sede em Curitiba/PR. Isso demonstra a complexidade existente, principalmente para os processos de gestão e organização dos serviços, nesse território.

3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Utilizou-se dois tipos de técnicas de coleta de dados: a entrevista semiestruturada e a observação participante.

Segundo Minayo e col. (2000) a entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo e por meio desta técnica o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Considerando-se a complexidade do tema de pesquisa e a natureza dos dados que se pretendia obter, e ainda, necessitando-se focar determinados aspectos do objeto de estudo, utilizou-se a entrevista semiestruturada, um tipo de entrevista que se articula entre a modalidade estruturada e a modalidade não estruturada.

Construiu-se o seguinte roteiro de questões-guia de entrevista: 1- há quanto tempo você trabalha na atenção à saúde indígena? 2- há quanto tempo nessa

comunidade? 3 - como você se sente trabalhando com a população indígena da etnia *Mbyá-Guarani*? 4 - conte um pouco de sua experiência profissional. 5 - como você descreve o povo *Mbyá-Guarani*? 6 - na sua visão, quais são as necessidades de saúde dessa população? 7 - como você entende/pensa uma atenção à saúde indígena que promova a “articulação dos sistemas tradicionais indígenas, conforme preconiza a Pnspi? 8 - você conhece e pode me descrever algumas “práticas” da MT *Mbyá-Guarani*? 9 - você já presenciou ou viveu, em seu cotidiano de trabalho, alguma dificuldade para realizar essa “articulação” prevista na Política? 10 - você pode relatar? 11 - que facilidades e que dificuldades você encontra no seu dia-a-dia, no trabalho com essa população indígena? 12 - existe uma expressão na literatura antropológica que fala do “modo de ser Guarani”. O que você pensa sobre isso?

Como se pretendia analisar as respostas na perspectiva da integralidade, cuidou-se para que o roteiro não limitasse o campo de expressão onde o objeto de estudo pudesse se situar, conforme os sentidos descritos por Mattos (2003), seja em alguns atributos e valores das práticas de saúde, seja nos modos de organizar os serviços de saúde, seja nas políticas de saúde. Portanto, com o roteiro de questões-guia pretendemos abrir espaço para que as representações do cuidado, na perspectiva da integralidade, se manifestassem em qualquer desses “espaços-sentidos” identificados pelo autor.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas durante expediente de trabalho dos profissionais de saúde, em algumas aldeias indígenas visitadas, de acordo com a rotina prevista pelas equipes. Ao chegar nas aldeias, de imediato contatava-se o Cacique (liderança política) para explicar a presença da pesquisadora na aldeia, os objetivos da pesquisa e solicitar autorização, por escrito, para proceder às entrevistas e observação participante. Durante as atividades dos profissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as visitas no interior das aldeias, nos arredores das casas, a pesquisadora foi sendo apresentada, informalmente, aos membros das comunidades, inclusive AIS e AISAN. Nem todos os trabalhadores indígenas participaram das entrevistas, somente alguns, indicados pelos trabalhadores não indígenas.

As entrevistas foram, em sua maioria, realizadas no interior das UBS. Poucas foram realizadas nos pátios das aldeias, em meio à natureza e às casas, para não causar incômodos aos trabalhadores que atendiam às demandas que chegavam à

UBS. Os locais das entrevistas foram pactuados como os entrevistados, de acordo com suas preferências no momento. À cada entrevistado foi dado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), que foi lido e assinado por sua livre e espontânea vontade, e explicado os objetivos da pesquisa. Com os trabalhadores indígenas utilizou-se os mesmos procedimentos, pois todos os entrevistados tinham algum domínio da língua portuguesa falada e/ou escrita. Ressalta-se que esse é um dos critérios de seleção aos cargos de AIS e AISAN.

O tempo de trabalho de campo foi previamente planejado entre a pesquisadora e as equipes contatadas, resultando em sete dias de visita, onde foram acompanhados os trabalhos de rotina das EMSI, de acordo com seu próprio cronograma. Na primeira equipe visitada a pesquisadora esteve durante dois dias de trabalho, entrevistou seis trabalhadores e visitou duas aldeias indígenas. Na segunda equipe visitada a pesquisadora esteve durante três dias, entrevistou nove trabalhadores e visitou três aldeias indígenas. Na terceira equipe visitada a pesquisadora esteve durante dois dias, entrevistou cinco trabalhadores e visitou duas aldeias indígenas. Essas foram as condições possíveis de realização do trabalho de campo, totalmente financiado pela pesquisadora.

A técnica de observação participante foi utilizada como estratégia complementar às entrevistas, mas de fundamental importância, uma vez que tinha como objetivo subsidiar a compreensão das práticas de cuidado em saúde, a partir das representações sociais identificadas. Segundo Minayo e col. (2000, pp. 59, 60) a importância da técnica de observação participante consiste na possibilidade de captar uma variedade de situações ou fenômenos que não poderiam ser obtidos por meio de perguntas e, sendo observados diretamente, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real.

Assim, além dos trabalhadores não indígenas e os trabalhadores indígenas entrevistados, também constituíram-se em sujeitos de pesquisa, na técnica de observação participante, os membros das comunidades indígenas visitadas (homens, mulheres e crianças), na condição de usuários/sujeitos do cuidado em saúde. Para esta técnica foi requerida dispensa de TCLE (APÊNDICE E). As observações foram realizadas continuamente, desde a chegada nas aldeias, durante as práticas de cuidado em saúde nas UBS e nos demais espaços de convivência comunitária das aldeias, como a escola, os arredores das residências, etc. Independentemente das

respostas às entrevistas, por meio do acompanhamento dos trabalhadores das equipes em momentos de interação com os indígenas das comunidades, observaram-se situações que revelaram ou não: vínculo, acolhimento, diálogo, afeto, entre outras manifestações relacionadas ao cuidado em saúde na perspectiva da integralidade.

Ressalta-se que as práticas de cuidado dos trabalhadores das EMSI, além de serem desenvolvidas nas UBS onde, geralmente, há espaço físico, equipamentos e insumos para atividades técnicas, também têm por característica ser itinerante, dentro das comunidades indígenas, inclusive com o intuito de realizar as visitas domiciliares.

O processo de observação foi registrado, continuamente, em diário de campo, privilegiando as impressões da pesquisadora sobre os contextos de interculturalidade e seu entorno, sobre as pessoas com as quais conversou de maneira informal, sobre sentimentos seus e interpretações do que viu, ouviu e falou, bem como sobre a recepção das pessoas às colocações da entrevista.

3.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram gravadas e transcritas pela pesquisadora, com o intuito de proporcionar uma primeira aproximação com o conteúdo das falas dos entrevistados e construir um discurso possível de ser analisado. Note-se que a transcrição pela própria pesquisadora também permitiu a incorporação do conteúdo das entrevistas em uma outra perspectiva, posterior ao trabalho de campo, descrita por Cardoso de Oliveira (1996) na expressão “being here, being there”.

Tomou-se como eixo norteador da análise as representações sociais do grupo definido como EMSI, formado por trabalhadores não indígenas (enfermeiros, dentistas, e técnicos de enfermagem) e trabalhadores indígenas (AIS e AISAN). Se pretendia focar as representações sociais do cuidado em saúde a partir das relações sociais estabelecida entre estes dois subgrupos, sob uma perspectiva interseccional entre duas cosmologias diferentes, representadas pela medicina tradicional indígena e pela biomedicina. Teve-se por princípio, conforme Moscovici (2012, p. 75), que a razão da representação é “consolidar a estrutura interna do grupo ou indivíduo, de atualizá-la, de comunica-la e de estabelecer as ligações com o outro”.

Nas transcrições das entrevistas, com o intuito de manter o anonimato dos participantes, utilizou-se a codificação TI para trabalhadores indígenas e TNI para trabalhadores não indígenas.

Utilizou-se como apoio à análise de conteúdo dos dados o software ALCESTE (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*), Versão 4.10. Este software, de origem francesa, desenvolvido por Max Reinert, em 1990, foi introduzido no Brasil em 1998. Trata-se de um programa de computador que adequa-se à análise de dados textuais escritos ou transcritos, sejam eles obras literárias, artigos de revistas ou jornais, diálogos, depoimentos, relatos, entrevistas, entre outros.

O ALCESTE, em português, *Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Textos*, realiza uma análise estatística de dados textuais, portanto, uma análise quantitativa. Camargo (2005) afirma que a análise quantitativa de dados textuais não deixa de considerar a qualidade do fenômeno estudado, fornecendo critérios provenientes do próprio material para a consideração do mesmo como indicador de um fenômeno de interesse científico.

O programa toma como base um único arquivo de texto preparado pelo pesquisador segundo algumas regras e denominado por Reinert de Unidade de Contexto Inicial (UCI). Quem define esta unidade é o pesquisador, de acordo com a natureza da pesquisa. No caso desta pesquisa, cada uma das vinte entrevistas constituiu uma UCI. O conjunto de UCI constituiu o *corpus* de análise desse estudo, centrado no tema cuidado em saúde. Acrescentou-se às UCI desta pesquisa algumas variáveis que seriam importantes na análise posterior dos dados: sexo, categoria profissional e tempo de atuação na atenção à saúde indígena.

A partir da entrada dos dados o programa realiza quatro etapas de análise (A, B, C, D), sendo as três primeiras etapas (A, B, C) constituídas de três operações, e a quarta (D), de cinco operações, a saber: Etapa A – leitura do texto e cálculo dos dicionários: A1 – formatação e divisão do texto em segmentos de tamanho similar; A2 – pesquisa do vocabulário e redução das palavras com base em suas raízes; A3 – criação do dicionário de formas reduzidas; Etapa B – cálculo das matrizes de dados e classificação das Unidades de Contexto Elementar (UCE): B1 – seleção das UCE a serem consideradas e cálculo da matriz: formas reduzidas X UCE; B2 – cálculo das matrizes de dados para a Classificação Hierárquica Descendente (CHD); B3 –

Classificação Hierárquica Descendente (CHD); Etapa C – descrição das classes de UCE: C1 – definição das classes escolhidas; C2 – descrição das classes; C3 – Análise Fatorial de Correspondência (AFC); Etapa D – Cálculos complementares: D1 – seleção das UCE mais características de cada classe; D2 – pesquisa de segmentos repetidos por classe; D3 – Classificação Hierárquica Ascendente (CHA); D4 - seleção de palavras mais características das classes para apresentação em um *index* de contexto de ocorrência; D5 – exportação para outros programas de sub-corpus de UCE por classe (CAMARGO, 2005).

As UCE são segmentos de texto, em média de três linhas, divididos pelo próprio programa em função do tamanho do *corpus*. Essas UCE correspondem à ideia de frase mais calibrada em função do tamanho do texto e da pontuação. As UCE são classificadas na Etapa B do processo, conforme explicitado no parágrafo anterior, e dessa classificação obtém-se as classes, que representam temas extraídos do texto. As classes apresentam vocabulário semelhante entre si, mas diferente das UCE das outras classes. O teste do *qui-quadrado* é utilizado, então, para verificar a associação das formas reduzidas e das UCE às classes. Nesta etapa o software oferece ao pesquisador uma de suas particularidades mais úteis, a organização dos dados fornecidos em uma CHD, que permite uma análise lexicográfica do material textual, apresentando contextos que são caracterizados pelo seu vocabulário e pelos segmentos de textos que compartilham este vocabulário. Essa primeira classificação dada pelo programa calcula as partições do *corpus* em classes lexicais e apresenta suas oposições, numa forma característica denominada *Dendograma*. Este apresenta, portanto, de forma gráfica, as classes, que representam temas extraídos do texto, que podem ser descritos, principalmente pelo seu vocabulário característico e pelas suas palavras variáveis. Outra forma de apresentação dos resultados é por meio de uma AFC, que mostra graficamente as relações entre as classes num plano fatorial. Outra ferramenta importante fornecida pelo ALCESTE, denominada CHA, para cada classe, permite o estudo das relações dos elementos (formas) intraclasses.

Diversos estudos em representações sociais tem usado o apoio deste software, pois ele permite conhecer as ideias e significados compartilhados por determinado grupo sociais, como os estudos de Camargo (2005), Oliveira (2011), Shimizu et al (2013), que apontam a necessidade de análise qualitativa dos significados e sentidos produzidos dentro de um determinado contexto.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Em conformidade com as determinações do Conselho Nacional de Saúde, (CNS), do Ministério da Saúde (MS), em sua Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional nº 001/2013, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS-UnB), sendo aprovada sob o Parecer nº 313.588 (ANEXO A). Por tratar-se de estudo envolvendo populações indígenas, a pesquisa foi também submetida à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Ministério da Saúde (MS), sendo aprovada sob o Parecer nº 518.681 (ANEXO B).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS GERAIS OBTIDOS COM APOIO DO SOFTWARE ALCESTE

A análise do *corpus* obteve os seguintes resultados gerais: 20 UCI; 4 classes estáveis; 50.467 palavras analisadas; 1.444 UCE classificadas; porcentagem de UCE classificadas: 63%.

Os conteúdos das representações sociais do cuidado em saúde, em contextos de interculturalidade pôde ser elucidado no Dendograma de Classes Hierarquicamente Descendentes (CHD), conforme Figura 4, que resultou em 3 eixos e 4 classes estáveis.

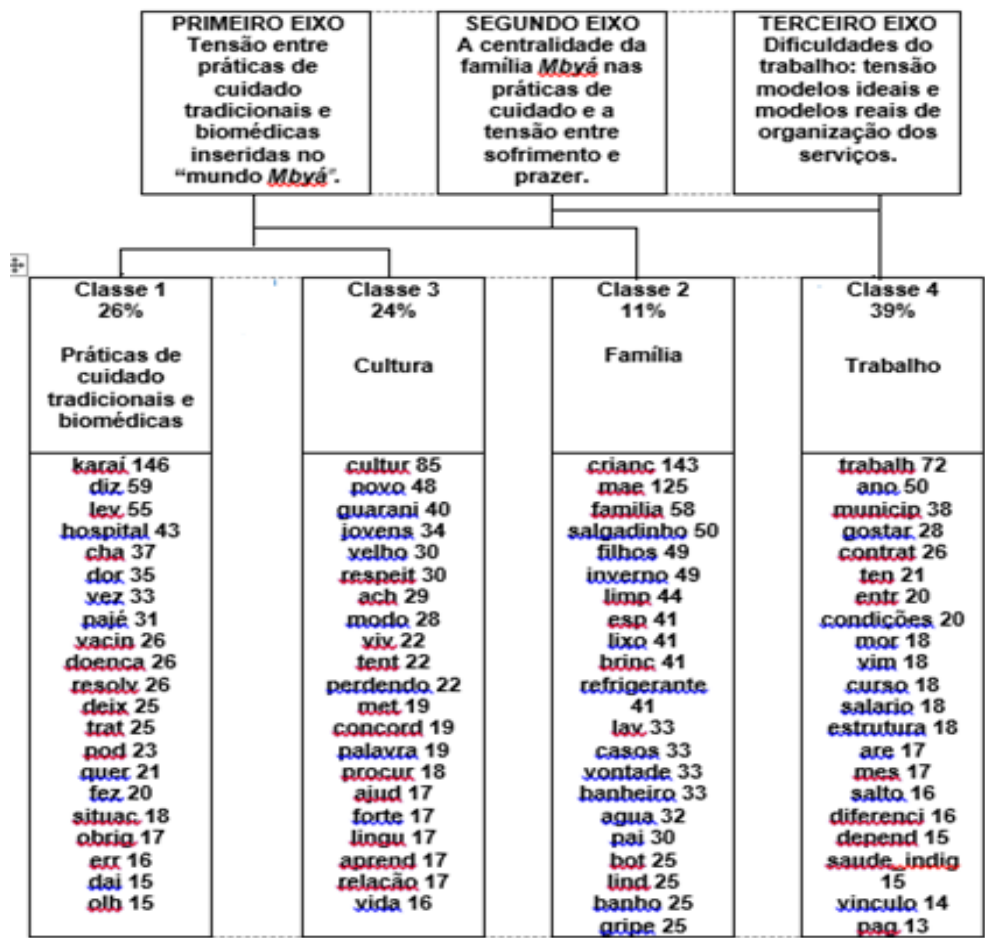


Figura 4- Conteúdos das representações sociais do cuidado entre trabalhadores das EMSI.

O primeiro eixo revelou conteúdos relacionados à tensão entre o uso de práticas de cuidado da medicina tradicional e da biomedicina inseridas no universo cultural *Mbyá-Guarani*. A primeira ancoragem do cuidado relacionou-se à classe 1: utilização das práticas tradicionais ou das práticas biomédicas nos cotidianos tendo como elemento mediador o respeito, que gera processos de negociação permanente com as lideranças espirituais de cada comunidade, os *karaí*. A classe 3, ligada diretamente à classe 1, sugeriu uma segunda ancoragem na categoria cultura e trouxe conteúdos ligados ao “modo de ser Guarani”, admirados tanto pelos trabalhadores não indígenas quanto pelos trabalhadores indígenas. Esta admiração gera angústia aos trabalhadores: ao mesmo tempo em que defendem a manutenção do sistema cultural, percebem que as mudanças resultantes do contato interétnico, trazidas de “fora”, inclusive pelas práticas de cuidado biomédicas, são inevitáveis e, muitas vezes, necessárias. Por permear todas as representações sociais deste eixo, tanto com relação às práticas de cuidado tradicionais, ao *karaí*, e à cultura tradicional, a palavra “respeito” surgiu como elemento mediador dos processos de negociação.

A classe 1 envolveu a segunda maior parte de UCE do *corpus* (240 UCE ou 26% de UCE classificadas). A análise das palavras e UCE produzidas nesta classe indicaram conteúdo relacionado às práticas da medicina tradicional *Mbyá-Guarani* e a formas de articulação com as práticas biomédicas, revelando ora aceitação, ora conflitos. Existem processos de negociação entre os trabalhadores na definição do processo terapêutico, sendo a figura do *karaí* decisiva nesta escolha. Tanto trabalhadores indígenas quanto trabalhadores não indígenas acolhem as determinações do líder espiritual, sendo que na visão dos primeiros evidenciou-se respeito incondicional, já na visão dos segundos percebeu-se algumas restrições, principalmente quando as decisões levam ao agravamento das enfermidades e ao risco de morte. Mesmo assim, esforçam-se por “respeitar”.

A análise das variáveis descritivas da classe 1 permite caracterizá-la como uma classe produzida por participantes de apenas dois polos-base, Barra do Ribeiro e Viamão. Uma característica comum a estes dois polos-base é que possuem equipes com profissionais que contam com maior tempo de trabalho nas respectivas equipes, o que revela o impacto da experiência profissional adquirida por meio do maior tempo de trabalho, na construção de experiências de alteridade e respeito às diferenças.

No polo-base de Barra do Ribeiro a enfermeira atua há 4 anos, as duas técnicas e enfermagem atuam a 7 e 9 anos, respectivamente, e a dentista é a mais recente na equipe, com apenas 9 meses. O AIS entrevistado atua há 11 anos e o AISAN há 3 anos.

No polo-base Viamão a equipe mantém-se constante há 13 anos (enfermeiro, dentista e duas técnicas de enfermagem). Os 3 AIS entrevistados atuam há 4 anos, 6 anos (AIS mulher) e 1 ano, respectivamente, e os 2 AISAN há 7 meses e 1 ano. Esta foi a única equipe que teve em seu quadro uma AIS do sexo feminino.

Portanto, a variável tempo de atuação na equipe, nesta classe, indicou que 63% dos respondentes possuem 4 anos, ou mais, de atuação na equipe, sendo o tempo máximo 13 anos e o mínimo 7 meses.

As variáveis categoria profissional e sexo dos respondentes ficaram equilibradas entre indígenas (6 respondentes) e não-indígenas (5 respondentes); sexo masculino (6 respondentes) e feminino (5 respondentes).

A classe 3 foi a 3ª das 4 classes em número de UCE analisadas – 224, correspondendo a 24% do total. Entretanto, associada à classe 1, compondo com ela o primeiro eixo do Dendograma, representaram 50% das UCE analisadas. Este dado revela que as duas primeiras classes do Dendograma, classes 1 e 3, relacionam-se com as outras duas, classes 4 e 2, de forma a manter um perfeito equilíbrio em termos de importância dos seus respectivos conteúdos.

A análise de palavras e UCE produzidas na classe 3 indicou conteúdos ligados à cultura em geral, com ênfase no “modo de ser Guarani” e na tensão que se coloca entre a manutenção deste sistema cultural e as inevitáveis mudanças introduzidas pela contato interétnico ao modo de vida do povo *Mbyá*-Guarani. Como já dito, o respeito também aparece como elemento mediador desta tensão.

A análise de suas variáveis indicou 11 respondentes principais, em sua maioria profissionais não indígenas (8), sendo apenas 3 indígenas. Também nessa classe todos os 3 polos-base tiveram representação, entretanto, com predominância dos polos-base Barra do Ribeiro e Viamão, com 5 respondentes cada um. Esta é uma característica semelhante à classe 1. Assim, a variável tempo de atuação na equipe indicou que 63% dos respondentes desta classe tem mais de 4 anos de atuação nas

equipes, corroborando com a mesma análise feita na classe 1. A predominância, nesta classe, de trabalhadores que contam com maior tempo de trabalho nas respectivas equipes, revela o impacto do tempo de atuação na equipe e conseqüente experiência profissional adquirida no conhecimento da cultura e modo de vida dos *Mbyá-Guarani*, o que se torna um fator positivo no sentido da interculturalidade.

Uma análise geral do primeiro eixo do Dendograma demonstrou a forte relação estabelecida pelos trabalhadores das EMSI, entre as práticas de cuidado tradicionais e a cultura *Mbyá-Guarani*. Por sua vez, as práticas de cuidado biomédicas são por eles representadas como um fator de interferência no sistema cultural, o que lhes causa angústia. A tensão existente entre interferir ou não na cultura, bem como entre respeitar as práticas da medicina tradicional, mesmo que isso traga sofrimento, ou utilizar as práticas biomédicas, para cumprir com as atribuições profissionais é administrada por meio do “respeito”, como elemento mediador. Os trabalhadores não indígenas sentem-se, muitas vezes, impotentes, ao aceitar práticas tradicionais anteriores ao tratamento biomédico e que levam ao agravamento do quadro de adoecimento, por vezes, à morte, que poderiam ser evitados. Já os trabalhadores indígenas sentem-se à vontade quanto às práticas da medicina tradicional, compreendendo-as e obedecendo as decisões da liderança espiritual, o *karaí*. Entretanto, também têm contribuído para o reforço da utilização das práticas de cuidado biomédicas nas suas comunidades.

O segundo eixo revelou a ancoragem do cuidado em saúde também na categoria família. Os conteúdos obtidos nesta categoria indicaram que as práticas de cuidado acontecem e se justificam na família, para a família e pela família *Mbyá*. Entretanto, a concepção de família entre os trabalhadores indígenas e os trabalhadores não indígenas é diferente. Para os primeiros o conceito de família relaciona-se a coletivos maiores e o cuidado em saúde é referido como trabalho comunitário onde “todos” se integram a um objetivo comum. Para os não indígenas as crianças e as mães ocupam lugar privilegiado no núcleo familiar e suas representações estão organizadas em torno de um modelo ocidental “padrão”: pai, mãe e filhos. Daí advém a admiração e a crítica às formas como as famílias e, principalmente as mães, cuidam de seus filhos.

Esta classe trouxe também UCE com palavras e conteúdos que se referiam à necessidades de saúde dos *Mbyá-Guarani* em uma visão ampliada, associadas às

más condições de vida, falta de energia elétrica e água potável nas casas, inexistência de sistemas de saneamento básico, aumento do consumo de alimentos industrializados e refrigerantes, todos fatores determinantes no surgimento de doenças e agravos que incidem na família *Mbyá* e, principalmente, nas suas crianças. A tensão se colocou, então, entre o prazer e o sofrimento dos trabalhadores não indígenas quanto ao sucesso ou insucesso de suas práticas junto à família *Mbyá*.

Apesar de a classe 4 ter sido a classe menos representativa em número de UCE analisadas – 99, correspondendo a 11% do total, esta classe se localizou em uma posição intermediária no Dendograma, que interliga eixos e classes, o que sugeriu a centralidade da família *Mbyá*-Guarani nas representações sociais do cuidado em saúde em contextos de interculturalidade.

A análise das variáveis da classe 4 indicou 8 respondentes principais, em sua maioria trabalhadores não indígenas (6), sendo apenas 2 indígenas respondentes nesta classe: 1 AIS e 1 AISAN. Todos os 3 polos-base tiveram representação nesta classe, porém, com maior representatividade dos polos-base Viamão (3 respondentes) e Osório (4 respondentes). O polo-base Barra do Ribeiro teve apenas um respondente nesta classe.

A variável tempo de atuação na equipe indicou que 87% dos respondentes desta classe têm menos de 4 anos de tempo de trabalho nas equipes.

O terceiro eixo indicou que as representações sociais do cuidado em saúde estão também ancoradas na categoria trabalho e revelou as dificuldades para compatibilizar os modelos ideais de organização dos serviços, preconizados na Pnspi como respeito à diversidade, à cultura e às práticas tradicionais e os modelos reais de organização e funcionamento do Dsei Litoral Sul/RS e seus polos-base.

As palavras e conteúdos das UCE da classe 2 trouxeram ideias ligadas a condições de infraestrutura e modos de organização do trabalho em saúde, evidenciando dificuldades que os trabalhadores da saúde indígena enfrentam quanto à precarização dos vínculos empregatícios, rotatividade dos trabalhadores nas equipes, baixas remunerações em face à dedicação exigida neste tipo de trabalho, falta de infraestrutura para atendimento nas aldeias (transporte, instalações, equipamentos e insumos) e falta de projetos de capacitação, o que impacta mais aos trabalhadores novos, recém contratados nas equipes, pois os que conseguem

permanecer por mais tempo adquirem experiência prática, o que lhes ajuda a permanecer.

Esta classe foi a mais representativa em UCE analisadas (349 – 39%). A análise de suas variáveis descritivas indica ser uma classe produzida por representantes dos três polos-base onde foram feitas as entrevistas, entretanto, com mais profissionais dos polos-base Osório (5 respondentes) e Viamão (5 respondentes), sendo o terceiro polo-base, Barra do Ribeiro, com apenas 2 respondentes.

Também nesta classe se constatou a maior participação dos trabalhadores não indígenas, de todas as categorias profissionais (2 enfermeiras, 2 dentistas, 4 técnicas de enfermagem). Por conseguinte, os trabalhadores indígenas apareceram nesta classe, em menor número, 2 AIS e 2 AISAN, num total de 4 indígenas. Chamou a atenção o fato de 3 destes trabalhadores indígenas pertencerem ao mesmo polo-base: Viamão, no qual a equipe se mantém estável por mais tempo, 13 anos. Isto pode indicar sintonia entre trabalhadores indígenas e não indígenas de uma mesma equipe quanto às dificuldades relacionadas ao trabalho em saúde.

A variável tempo de atuação na equipe indicou que 66% dos respondentes desta classe possuem quatro anos, ou menos, de tempo de atuação nas equipes. Este dado demonstra, mais uma vez, que o fator maior tempo de trabalho na equipe pode facilitar a atuação dos trabalhadores, devido à experiência acumulada e aos vínculos construídos. Assim como o inverso também é verdadeiro: menor tempo de atuação nas equipes pode indicar maiores dificuldades para compreender o sistema cultural e estabelecer vínculos, o que impacta negativamente na qualidade do trabalho. Como nessa classe os respondentes possuem, em sua maioria, menor tempo de atuação nas respectivas equipes, mais representativos foram os conteúdos relacionados às dificuldades do trabalho em saúde em contextos de interculturalidade, especificamente, na compatibilização entre modelos ideais e modelos reais de organização dos serviços.

4.2 OS CONTEÚDOS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDADO EM CONTEXTOS DE INTERCULTURALIDADE

Segundo Moscovici (2011, p. 54) “a finalidade de todas as representações é tornar familiar algo não familiar, ou a própria não familiaridade”. Neste estudo, a não familiaridade situou-se nas diferentes concepções culturais que embasam as práticas de cuidado em saúde: a cultura e medicina tradicional *Mbyá-Guarani* e a cultura ocidental e a biomedicina. Em outras palavras, o estranhamento que modos de vida e cuidado específicos da etnia *Mbyá-Guarani* podem causar a trabalhadores da biomedicina e, por outro lado, o estranhamento que as práticas de cuidado embasadas no conhecimento científico, podem causar aos trabalhadores indígenas das EMSI. Considerando que estes últimos têm como atribuição contribuir para a articulação destes dois tipos de conhecimento, o tradicional e o científico, interessou-nos saber como as representações do cuidado são socialmente engendradas nesse contexto. Assim, entendemos que o ponto de intersecção entre o cuidado tradicional indígena e o cuidado biomédico, com suas não familiaridades recíprocas, foram o *locus* específico de formação das representações sociais que buscamos conhecer. Como estas representações sociais foram ancoradas e objetivadas foi o que descrevemos na sequência.

4.2.1 Classe 1 – A tensão entre práticas de cuidado tradicionais e biomédicas e os processos de negociação com o *karaí*

Os dados que conformaram a classe 1 do primeiro eixo identificado pelo ALCESTE, referiram-se à coexistência tensa entre as práticas de cuidado tradicionais e biomédicas “dentro” de um contexto cultural bem delimitado, as comunidades indígenas *Mbyá-Guarani*. A tensão referida não é de todo negativa, pelo contrário, é geradora de processos de negociação constantes entre os trabalhadores da EMSI e as lideranças espirituais, os *karaí*. Em alguns momentos ela gera, sim, angústia aos trabalhadores não indígenas, que atribuem piores estados de saúde, risco de morte e morte propriamente dita, à demora em procurar o tratamento biomédico, ou à

opção pelo tratamento tradicional, que não surte os efeitos esperados. Os trabalhadores indígenas pareceram mais conformados com as consequências, às vezes não tão satisfatórias do tratamento tradicional. Isto nos pareceu sugestivo de que, mesmo estando imbuídos da articulação entre os dois sistemas médicos, os trabalhadores *Mbyá* continuam pertencendo àquele grupo étnico e compreendendo e “sentindo” a saúde, a doença e o cuidado de acordo com sua visão de mundo.

As práticas de cuidado tradicionais foram mais bem exploradas nas verbalizações dos trabalhadores das EMSI, tanto indígenas quanto não indígenas. Reforçou-se assim a ideia de que esse é o elemento não familiar por excelência, sob a perspectiva dos trabalhadores não indígenas das EMSI, os praticantes da biomedicina nestas equipes. Mas, os trabalhadores indígenas, embora interlocutores dos saberes, também centraram suas verbalizações na medicina tradicional, provavelmente como forma de afirmar sua condição étnica, ou, construir suas fronteiras étnicas segundo propõe Barth (1974). Algumas referências também foram feitas pelos trabalhadores às práticas biomédicas, mas ficou evidente que, dentro das aldeias, as práticas biomédicas somente se dão a partir do consentimento, ou encaminhamento feito pelo *karaí*. Isso revela o papel protagonista deste líder na manutenção e transmissão da cultura às novas gerações.

As representações sociais reveladas no primeiro eixo do Dendograma vinculam fortemente a medicina tradicional à cultura *Mbyá-Guarani*, representada enquanto “mundo” espacialmente bem delimitado, como será visto adiante. Isto justifica a ênfase das verbalizações sobre a medicina tradicional, ao contrário da biomedicina. Em outras palavras, as práticas de cuidado da medicina tradicional são os elementos mais significativos nas falas dos integrantes das EMSI, principalmente os trabalhadores não indígenas, porque estes atuam “dentro” das comunidades indígenas, que são um mundo à parte ao seu. Já para os trabalhadores indígenas as práticas de cuidado tradicionais representam a manutenção de sua história e cultura e, por isso, também são reforçadas.

As práticas biomédicas nas comunidades *Mbyá* se dão sempre a partir de processos de negociação com a liderança espiritual, o *karaí*. Ou seja, as práticas biomédicas pareceram estar condicionadas à sua aceitação ou não pelas comunidades, e mediante a autorização do *karaí*.

Assim, cada um dos sistemas médicos em foco, a medicina tradicional e a biomedicina, está inserido em uma dimensão cultural própria, mas em coexistência “dentro do mundo Mbyá”, o que conduz a um tipo de relação que entendemos aqui como o elemento desencadeador dos processos de formação e compartilhamento de representações sociais do cuidado entre os trabalhadores das EMSI. O mundo “consensual, circunscrito e re-apresentado” (MOSCOVICI, 2011, p. 60) do cuidado em saúde.

Todos os trabalhadores entrevistados relataram, portanto, como praticam o cuidado nas adeias *Mbyá-Guarani*. Sendo o cuidado em saúde uma categoria ligada à ação, “um modo de agir”, a “ação de cidadãos sobre outros” (PINHEIRO, 2008), estaria representado nos seguintes depoimentos:

[...] ela fez o chá [...] e um índio ficou tocando um violino, um instrumento que eles fazem com a madeira deles, que eles colhem no mato [...] daí ela falou assim: você tinha uma madeira no seu estômago. Eu te dei o chá para aliviar sua dor e, enquanto você dormia, eu tirei o feitiço do seu estômago (TNI 14);

[...] então, por exemplo, se mexer na cabeça, se tem muita dor de cabeça, ela passa, em um minuto passa! Depois, se eu estou mexendo na cabeça, precisa comprimido, ou remédio, erva? Eu só posso dizer para ele: não! Tu podes tomar chá! (TI 8);

Então, muitas vezes eu ajudo assim, pelas palavras também, Pelo oralmente e também com os belas palavras que a gente cura alguns problemas mental, assim, problema espiritual. A gente ajuda a fortalecer o corpo com a palavra (TI 8);

Quando cheguei, as crianças elas não chora! É uma coisa que pra mim, eu gosto muito porque minha presença, muitas vezes cura também! (TI 8);

[...] eu vou lá no *karaí* primeiro. Vai fazer o que? Fumar o cachimbo da paz né? (TI 13).

Já o cuidado biomédico, foi representado a partir dos depoimentos a seguir, com conteúdos centrados em protocolos definidos pelo Ministério da Saúde, por exemplo, coleta de dados antropométricos (peso e altura de crianças) para análise, acompanhamento e inclusão no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) (BRASIL, 2011); incentivo à vacinação, com o objetivo de erradicar, eliminar e controlar doenças infecto-contagiosas e imunopreveníveis, conforme orientações do Programa Nacional de Imunizações (PNI); distribuição de kits de higiene bucal, conforme orientações da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Programa Brasil Sorridente, entre outras. Também procedimentos utilizados na Estratégia Saúde da Família (ESF), como visitas domiciliares e centrados em ações para a promoção da

saúde, higiene ambiental, como os mutirões para recolhimento de lixo. E ainda, ações de encaminhamento à média e alta complexidade para exames diagnósticos e outros tipos de atendimento:

[...] já foram feitas palestras, foi levado material para explicar a importância das vacinas. O pré-natal também. A importância de fazerem exames, das gestantes fazerem exames (TNI 2);

[...] Vamos juntar o lixo. E faz mutirão com as crianças, os alunos grandes, as mães. Fazemos limpeza juntos. As casas, temos que lavar a nossa cozinha comunitária (TI 13);

Hoje em dia eles escovam, sempre estão pedindo escovas de dente, pasta de dente. O que não faziam antes! Eles vêm pedir vitaminas! As crianças são pesadas todos os meses. (TNI 10);

Aí eu digo, tem que escovar e distribuo escovinha, passo flúor (TNI 20);

[...] as vezes nós sabemos que aconteceu uma briga, que está machucado, nós podemos até levar ao hospital para fazer Raio X (TNI 6);

Fazer uma visita domiciliar decente! (TNI 14).

Além destas, outras práticas da biomedicina foram observadas e relatadas nos diálogos informais com os integrantes das EMSI, principalmente trabalhadores não indígenas, como a utilização de métodos anticoncepcionais injetáveis e o encaminhamento das gestantes para o parto hospitalar, procedimentos que vêm sendo introduzidos e praticados em nome de uma política especial que pretende seguir os princípios de equidade e integralidade como diretrizes do SUS, mas que, se não forem bem conduzidos, apenas reforçam o poder hegemônico da biomedicina.

A primeira objetivação identificada na formação das representações sociais do cuidado em saúde foi com relação à medicina tradicional, classificada e nomeada pelos trabalhadores das EMSI como “religião”. Os depoimentos a seguir confirmam este achado:

A religião para eles também é muito forte! Nhanderu, as rezas... (TNI 1);

É difícil entender a religião deles. Eu nem tento! Até para não invadir muito o mundo deles! Mas tu vê que algumas coisas eles não aceitam da gente porque a religião não permite (TNI 10).

[...] mesmo eles urbanizados, eles respeitam a cultura. Eu acho isso bem legal!! Eles respeitam a religião deles! (TNI 14).

[...] eles respeitam a religião deles. É um povo carismático, ao mesmo tempo carente (TNI 14);

As explicações dos trabalhadores não indígenas sobre aceitação ou não de processos terapêuticos da biomedicina, por parte dos *Mbyá*, estão relacionadas à representação de sua dimensão religiosa, espiritual:

[...] as vezes tu falas com eles que está doente, eles dizem: não! Mas não adianta dar o teu remédio, porque o espírito dele não está aqui. O espírito dele saiu do corpo. Enquanto o espírito não voltar aqui o pajé, o *karaí* que eles chamam, não trouxer o espírito de volta, não adianta tu dares remédio que ele não vai ficar bom! (TNI 10).

Geertz (2011) afirma que a religião funde o *ethos* e a visão de mundo de um povo, dando ao conjunto de valores sociais aquilo que eles talvez mais precisam para ser coercitivos: a aparência de objetividade. Como “religião” a medicina tradicional e suas práticas de cuidado aparentam esta objetividade apontada pelo autor e são melhor compreendidas pelos trabalhadores das EMSI, principalmente os não indígenas.

Considera-se que a representação social da medicina tradicional como “religião”, por parte dos trabalhadores não indígenas, vai ao encontro da forma como os próprios *Mbyá* classificam os “tipos” de doença: “doença do mundo” e “doença espiritual”, fato que Ferreira (2001) interpreta como a “dinamicidade do sistema médico tradicional”. Assim, compreende-se que esta é uma verdadeira representação social entre os integrantes das EMSI, como colocado por Moscovici (1978): “um conjunto de conceitos, proposições e explicações originados na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais, que funciona como uma espécie de teoria do senso comum”.

Os trabalhadores indígenas respeitam as práticas de sua medicina tradicional incondicionalmente. Já os trabalhadores não indígenas as respeitam, justamente, por tratarem-se, nas suas representações, de uma “religião”. O respeito foi identificado, portanto, como elemento mediador do processo de negociação, que se dá para resolver a tensão existente entre as práticas tradicionais e biomédicas.

A palavra “respeito” e suas variações: respeitar, respeitamos, respeitado foi por diversas vezes empregada, tanto em relação à cultura, como em relação às práticas

de cuidado, reforçando, mais uma vez, a estreita relação estabelecida entre ambas as categorias, que conformaram o primeiro eixo do dendograma. A palavra “respeito” e suas variantes foi evocada por diversas vezes, e em diferentes situações. Observou-se que, por parte dos trabalhadores não indígenas, este “respeito” estava relacionado à dimensão espiritual e religiosa como veem a medicina tradicional.

Assim, circula a ideia de que os *Mbyá* respeitam sua cultura e sentem orgulho de serem Guaranis:

Tenho orgulho sim! Gosto de ser Guarani mesmo! (TI 5);

Mas também que os trabalhadores não indígenas das EMSI respeitam e “aceitam” a cultura, o modo de vida, a forma de pensar e de se cuidar dos *Mbyá*-Guarani:

E tem o lado espiritual deles, que é muito forte. Então, na verdade, nós respeitamos muito o modo deles de viver, de pensar e de se cuidar [...] é como uma aceitação do modo de vida deles. Entendeu? Eu aceito normal (TNI 7).

Destaca-se que os trabalhadores indígenas também referiram respeitar as práticas de cuidado biomédicas, valorizando a existência dos dois sistemas. O respeito à biomedicina, para os trabalhadores indígenas, está mais vinculado ao sentimento de auxílio e ajuda aos membros de suas comunidades. A biomedicina é valorizada pelos trabalhadores indígenas como suplementar ao tratamento do *karaí*, na sua sequência, ou concomitante a ele.

O *karaí* não resolveu a minha doença né? Daí me chamaram lá pro doutor. Apareceu no sangue, qualquer coisa apareceu lá. O *karaí* vai dizer então: tá bom! É melhor os dois” (TI 13);

[...] se o caso é muito grave, a doença é grave, não resolve aqui, leva para o médico no hospital. Aí nós levamos! (TI 11).

[...] eu acho que está no respeito mesmo. Dos dois lados! Isso! Ajudando a minha comunidade para concordar com tudo isso. Quando a equipe de saúde orienta alguém eu ajudo (TI 15).

Todo o trabalho de “cuidar” na medicina tradicional está centrado na figura da liderança espiritual: o *karaí* ou pajé, que utiliza práticas de cuidado como uso de chás, ervas, rezas, “belas palavras”, toque com as mãos, música (violino), o cachimbo da paz, ou mesmo sua simples “presença” como instrumento de cura. É ele quem primeiro toma conhecimento dos casos de adoecimento nas comunidades e é, imediatamente, procurado. A partir da “avaliação” do *karaí*, o doente inicia o tratamento tradicional. Note-se que, quando o *karaí* não resolve o problema da doença, é ele quem encaminha o paciente para a EMSI ou, quando se trata de caso de emergência, diretamente para a rede de referência do SUS. Isto evidencia o seu papel de protagonista na definição de como deve se dar o processo terapêutico dentro das comunidades indígenas. Os trabalhadores indígenas valorizam e respeitam as orientações do *karaí*:

[...] porque, as vezes, é alguma doença que não se pode usar para os brancos. E isso é para o *karaí* mesmo. Porque a primeira consulta nós fazemos com o *karaí* e depois o *karaí* manda pra fazer o tratamento (TI 3);

[...] quando a pessoa fica doente, nós temos o pajé aqui. Nós levamos o doente ao pajé. Ou o pajé vem. Só que ele diz se é para levar ao hospital ou não [...] primeiro é o pajé. Passa pelo pajé primeiro. Daí ele diz se dá pra levar no hospital ou não. Daí a gente leva ou faz um chá pra ele tomar (TI 12);

O poder do *karaí* para os trabalhadores não indígenas também é reconhecido e respeitado quando encaminham pacientes para ele. Não se pode afirmar se esta é uma prática constante, entretanto, a fala abaixo parece indicar que, encaminhando pacientes ao *karaí* os trabalhadores não indígenas adquirem maior confiabilidade em seu próprio trabalho e esperam uma retribuição: que os *karaí* também encaminhem pacientes para as EMSI.

[...] as vezes eles nem querem ir para o *karaí* e nós: não! Vai lá que não é pra mim! Dificilmente eles dizem pra nós assim: não faz, não pode fazer, não é para ti! (TNI 10);

Entretanto, o respeito às decisões do *karaí* sobre a condução do processo terapêutico, esbarra, em alguns momentos, em conflitos, principalmente quando relacionados à saúde da criança, quando as famílias e comunidades, sob as orientações do *karaí*, decidem por manter o tratamento tradicional, e este “fracassa”

ou “atrasa” o tratamento biomédico. Ou ainda quando os indígenas não colaboram com o tratamento biomédico por terem outras explicações ao caso de doença, levando os pacientes à óbito. Neste caso, existe uma vontade de “respeito ao modo de ser”, às práticas tradicionais e à “cultura”, mas associada a uma forma de sofrimento do trabalhador não indígena em não poder interferir para salvar a vida, principalmente das crianças.

[...] que eles acham que primeiro tem que levar...é a cultura deles né? O *karaí*! Daí se o *karaí* acha que não dá, então vai pro médico. Mas essa criança foi pro *karaí* e não [...] depois, quando o *karaí* disse que tinha que ser por médico, os pais ainda deixaram na aldeia mais um pouco. E quando foi pra internar essa criança, já não dava... (TNI 17).

Em alguns casos atrapalha um pouco, por exemplo, chegou essa família nova e eles têm um menino especial né? E aí ele toma diversas medicações e a gente não conseguiu ainda fazer ele consultar, porque ele tá indo no *karaí* né? Então dificulta um pouquinho, porque a gente sabe né? Que infelizmente ele depende né? Dessa medicação. Então, algumas vezes dificulta, mas na maioria das vezes não atrapalha (TNI 20).

Porque, às vezes, e já aconteceu, assim, da gente saber que o paciente poderia, praticamente, ir à óbito... e aí tu conversar com eles, colocar que: olha, o quanto antes for levado pra assistência hospitalar melhor e tudo, assim, vai ser melhor! Só que aí não! Eles querem primeiro tentar com o *karaí* deles [...] (TNI 4);

A dificuldade de entender esta “outra” medicina não impede que os profissionais não indígenas a experimentem, numa verdadeira tentativa de inclusão de saberes, conforme dito por Pinheiro (2008). O relato de experiência de uma técnica de enfermagem que foi tratada por uma *cuña karaí* ilustra o respeito dos profissionais não indígenas às práticas da medicina tradicional:

[...] eu tinha uma dor muito forte no meu estômago. Eu cheguei lá, meus colegas colocaram um acesso venoso e uma Buscopan e uma Dipirona, porque eu tava com muita dor. Aí ela chegou no Posto... daí perguntou? Que foi *cunã-kambá*? Eu: meu estômago Dona L. Eu sou muito vil para dor, não gosto de sentir dor. Tô com muita dor no estômago, assim, assim... já fiz tratamento, não passa. Daí ela falou assim: se você aceitar eu posso fazer um chá pra você. Mas tem que tomar na Opy! Eu disse: não, então eu vou! [...] daí lá ela fez um chá e a J me deu e um índio ficou tocando um violino, um instrumento que eles fazem com a madeira deles, que eles colhem no mato. E ele tocando e ela me fumaçando com o *petyngua*. [...] E ela disse assim: Você vai dizer que a sua dor aliviou porque fez a medicação antes de vir para cá, mas não tem problema! E eu peguei no sono. Quando eu acordei, aí eu agradei a ela e fui trabalhar. E nunca mais voltei a sentir a dor! (TNI 14).

A coexistência de dois sistemas médicos, a medicina tradicional e a biomedicina, vem obrigando, ao longo dos tempos, às equipes trabalharem o cuidado em saúde de maneira negociada, buscando soluções para questões práticas, do dia-a-dia, como ilustrado por uma dentista que teve que fazer uma extração de dente sem utilizar anestesia. Algumas comunidades, consideradas mais “tradicionalistas”, não aceitam o uso de qualquer tipo de injeção ou agulha, por eles chamada de *kutu*:

[...] eu tive uma dificuldade, que tinha um paciente, por exemplo, extrair um dente... e ele não tomava anestesia: kutu! Qualquer tipo de injeção né? Com agulha. Kutu! Ele não tomava! E eu não podia pensar em tirar o dente dele sem dar anestesia. E eu tive que fazer... tipo, eu tava chorando assim, com pena! Isso pra mim foi um choque! E ele aguentou sabe? Tirou o dente e no outro dia estava bem! E... é uma coisa que me chocou assim, porque eu ficava pensando no que ele tava sentindo. Porque uma coisa é tu saber que a pessoa está anestesiada, tu não vai ter problema. Mas a pessoa ali no... “aguentar no osso”. Até tu passa pomada anestésica e tal, mas não vai fazer o mesmo efeito né? (TNI 1).

Em outra situação, um indígena estava sendo tratado pelo *karaí*, na *Opy*, durante vários dias e não foi permitido o tratamento biomédico. Um dos profissionais não indígenas da equipe solicitou ao *karaí*, então, apenas entrar na *Opy* para ver o paciente. Lá chegando constatou visualmente a gravidade do quadro. Pediu, então que fosse permitida a coleta de sangue para análise clínica. A permissão foi dada. O exame foi realizado em laboratório e diagnosticada a tuberculose. A partir daí, por meio do diálogo, foi também autorizada, pelo *karaí*, a realização do tratamento indicado pela biomedicina.

Outra experiência relatada por uma trabalhadora não indígena revela como a sensibilidade desenvolvida por meio da construção de vínculos afetivos e do diálogo pode transformar processos de trabalho e de cuidado, num verdadeiro sentido de humanização:

Eu acho que tu tem que ter afinidade. Tu tem que chegar aberta pra novos conhecimentos e aceitar a cultura deles né? Claro, tu não vai jogar fora o teu conhecimento específico. Mas tu tenta associar o teu conhecimento específico, juntamente com a cultura. E isso é o que a gente faz. O que eu faço hoje, né, no caso...[...] só que tu tem que apresentar números e existe uma cultura, tu não pode chegar impondo. Durante esse período eu consegui uma cobertura de coleta de CP, citopatológico, que ninguém conseguiu em outras aldeias... Porque a gente acaba criando... o que que eu fazia: grupo de mulheres. Então a gente sentava onde elas queriam, comíamos o que elas quisessem comer, da cultura delas,

combinávamos...Então, a gente começa assim a trocar experiências. Eu levava um pouquinho da minha vida e elas um pouquinho da delas. A primeira vez que a a gente fez a coleta a doutora coletou a minha, fez a minha coleta na sala de espera, pra ver como é que era a coleta. Porque assim... é difícil né? Falando bem leigamente, abrir a perna pra uma pessoa que ela nunca viu. E nunca sabia o que era aquilo ali. Então eu disse: não, eu vou fazer na frente de vocês, podem olhar! E a doutora fez, explicou, foi bem bacana né? (TNI 14).

Já um profissional não indígena relata “usar” o *karaí* para acompanhamento de doenças psicológicas, psiquiátricas ou alcoolismo, e as parteiras tradicionais, para o acompanhamento do pré-natal. O verbo “usar” utilizado, revela uma representação social da hegemonia do poder ocidental e do saber biomédico sobre as populações historicamente subalternizadas, denominada por Walsh (2001) de colonialidade do saber e do ser.

Analisando-se esses movimentos entre os dois sistemas médicos, sob a ótica do cuidado em saúde, percebe-se que é a partir das tensões reveladas nas práticas dos profissionais de saúde que ambos se inter-relacionam, modificam, exercem poder ou recuam, em cada situação específica de cuidado.

O caso de um profissional indígena (AIS), que também acumula os cargos de Cacique e *karaí*, revela-nos uma rica percepção sobre como podem ser encaradas as práticas de cuidado numa perspectiva de integralidade, em contexto intercultural e, inclusive, no sentido do conceito de intermedicalidade proposto por Langdon (2004). Ele refere que quando é chamado a atender algum caso de adoecimento na comunidade, utiliza seus conhecimentos tradicionais (chás, rezas, imposição de mãos, belas palavras) e estes, muitas vezes, resolvem o problema. Há uma total confiança nessas práticas enquanto práticas de cura. Conquanto, mediante o que aprendeu com a equipe de saúde, se se tratar de uma bronquite, por exemplo, ele se utiliza dessas práticas tradicionais para:

[...] fortalecer o espírito, não trabalhando a doença, mesmo aqui dentro, por exemplo, pneumonia eu não vou curar. Eu tô ajudando o espírito fortalecer, pra que ele, aquele doença como era, segurar né? Não avançar muito. Então, pra isso que fizemos esse trabalho (TI 8).

Em suma, para os trabalhadores não indígenas das EMSI o sistema médico *Mbyá-Guarani* foi classificado e nomeado como “religião” e está plasmado na

categoria “cultura”, que é valorizada e respeitada. Há preocupações com as transformações decorrentes do contato interétnico e estes trabalhadores se colocam como participantes diretos dessas mudanças, por meio de suas práticas biomédicas. Existem experiências pontuais de inclusão de saberes indígenas na cultura dos “brancos”, porém de forma ainda incipiente. Já inclusão dos saberes biomédicos na cultura indígena tem sido historicamente mais agressiva, como por exemplo, através do uso e abuso de medicamentos alopáticos e anticoncepcionais, realização de partos hospitalares, entre outros.

4.2.2 Classe 3 - A cultura nomeada “mundo” e a tensão entre manutenção e mudanças resultantes do contato interétnico

Os dados analisados na classe 3 do primeiro eixo identificado pelo ALCESTE indicaram que os profissionais de saúde buscaram dar sentido às suas diferenças nas formas de cuidar, ancorando suas não familiaridades também em uma categoria mais geral, classificada por eles como “cultura” e nomeada “mundo”. Os trabalhadores sentem necessidade de representar esta categoria, talvez como estratégia de aproximação e explicação das particularidades referentes às diferentes práticas de cuidado. De fato, todos os subsistemas que circulam e se entrelaçam em um sistema cultural complexo, entre eles os sistemas médicos, estão relacionados à uma “visão de mundo” e à um correspondente *ethos* de seu povo. Geertz (2011) explica que a visão de mundo é um atributo cognitivo, existencial, que faz com que determinado povo elabore um quadro das coisas como elas são na simples realidade, seu conceito da natureza, de si mesmo, da sociedade. Já o *ethos* é um atributo moral e estético que evidencia o caráter e a qualidade da vida de um povo, e sua disposição é a atitude subjacente em relação a ele mesmo e ao seu mundo que a vida reflete (GEERTZ, 2011). A necessidade dos trabalhadores de falar sobre a cultura *Mbyá*, como forma de explicar as práticas de cuidado de forma contextualizada, produzem as suas representações sociais, que aparecem em movimentos que indicam admiração pela cultura e, ao mesmo tempo, sofrimento, devido à tensão que se coloca entre sua manutenção e as mudanças decorrentes do contato interétnico.

Para os trabalhadores das EMSI existem “dois mundos distintos e em coexistência”: o mundo *Mbyá-Guarani* e o mundo dos “homens brancos”. Os depoimentos a seguir ilustram como a palavra “mundo” foi utilizada em diferentes circunstâncias, levando-nos a constatar que esta é a palavra utilizada pelo grupo estudado para nomear suas representações de cultura. Os grifos são meus.

É um povo muito simples. Os interesses, eles tem **outra visão do mundo**. São pessoas muito simples! Eles não precisam de muito para serem felizes, para viver (TNI 2);

Eu sempre digo que quando a gente vem de casa, e vem pras aldeias, tu entra em **outro mundo**. Um **mundo** mais... mais suave, mais [...] nem seria mais puro assim, mas o que deveria ser hoje em dia [...] Uma coisa, assim, mais natural! (TNI 4);

[...] as crianças da gente ficam em casa , trancadas, não podem sair pra rua [...] não podem mexer aqui, não podem mexer ali. Nada pode! Aqui tudo pode! [...] Se a gente tirar eles daqui e botar para um ambiente fechado como o nosso, provavelmente se tornariam crianças diferentes. [...] por isso eu digo, assim, parece **um mundo à parte**. Parece uma coisa bem diferente (TNI 6);

E é complicado, porque são **dois mundo diferente**, vivendo junto. É uma dificuldade! (TI 8);

[...] eu nem tento (entender), até para não invadir muito **o mundo deles!** (TNI 10).

Dos dois “mundos” diferentes que coexistem, o “mundo” *Mbyá-Guarani* foi o mais explorado nas falas dos profissionais, quando se perguntava sobre o cuidado. Mesmo entre os trabalhadores indígenas, ao se perguntar sobre o cuidado, surgiram, inevitavelmente, explicações sobre como “é” a “sua” cultura.

Detendo nossa atenção no aspecto de territorialidade, o “outro mundo”, para os trabalhadores não indígenas é também um *locus* bem delimitado onde se dão as práticas de cuidado da atenção primária à saúde indígena: as aldeias indígenas e os polos-base, quando estes se localizam dentro delas. Neste mundo, os trabalhadores e suas práticas de cuidado são os elementos “estranhos”, que adentram investidos do “poder” da biomedicina. Observou-se um movimento de “tensão” entre a culpa que sentem pela interferência neste mundo e a sensação de que também ajudam, em muitos dos casos. A tentativa de encontrar um ponto de equilíbrio é constante: tentar não interferir “tanto” mas, por outro lado, ter que cumprir suas tarefas enquanto trabalhadores da biomedicina.

E eu sinto essa culpa muitas vezes sabe? Ah tão lá na beira da faixa pedindo dinheiro. Mas eles não queriam estar ali. Então, é uma dificuldade pra mim, porque eu tenho esse sentimento, assim, de culpa, de...”ah eu tenho que fazer alguma coisa pra ajudar, porque eu fiz eles ficarem assim, de culpa, de... (TNI 1).

Então, isso eu acho um ponto negativo de ter o polo-base dentro da Aldeia. Assim, pra cultura deles eu acho negativo. Claro que quando precisa né? A gente tá aqui. Isso é bom pra algumas coisas, mas...(TNI 1).

[...] eu vejo assim, um povo diferenciado, tentando sobreviver em meio de uma cultura, um povo com condições impostas, muitas vezes impostas assim, né? To falando do trabalho né? E, eu acho que, baseado nisso, assim, dessa coisa imposta que a coisa é muito lenta, assim, difícil de ver retorno das coisas que você traz, porque, nem sempre é um desejo deles. Mas aceitável né? (TNI 3).

Porque é como se tu tivesse tirando o direito deles irem e virem. Tu tem que tá sempre cuidando os caminhos deles. E isso me incomoda. Interferindo na cultura. E infelizmente a gente faz. E eu, isso eu não concordo. Mas, no resto, eu acho tudo a gente vai conversando. Dificulta um pouco mais no trabalho? Dificulta. Mas a gente vai se adaptando e a gente vai entendendo. E aprende a gostar disso (TNI 6).

A população Guarani é apaixonatne de se trabalhar, entendeu? Porque é um povo muito receptivo. Ele é desconfiado, no início, assim. Como a maioria do spovos indígenas né? Por tudo que se tirou deles, tudo que se ... tirou terra, se tirou casa, local de viver né? (TNI 7)).

No início foi bem difícil, porque é uma cultura diferente, é um modo de pensar a vida diferente do nosso. Então a gente vem com as nossas concepções né? Formadas, estruturadas tanto na família, na faculdade, profissional e chega aqui e vê um modo de vida bem diferente de pensar, inclusive a morte e a doença né? (TNI 7).

Para aos trabalhadores indígenas, AIS e AISAN, as práticas de cuidado biomédicas dirigidas à sua própria comunidade não trazem estranhamento, talvez pelo fato de já estarem imbuídos, pela responsabilidade do cargo, da interlocução.

Outra constatação foi de que o mundo (a cultura) *Mbyá* é vista pelos trabalhadores não indígenas como suave, mais puro, mais natural, mais livre, diferente. Neste mundo vive um povo simples, que não precisa muito para viver e ser feliz. Para alguns é até difícil entender as diferenças, nem é bom tentar entender, para não invadir esse mundo. Essa representação compartilhada pelos profissionais remeteu-nos a um sentido bucólico, romântico, de ideal quase perdido, por isso, justifica a não aproximação pois, como já visto, os profissionais manifestam certa parcela de responsabilidade na perda da cultura.

Dentre as duas formas de classificação descritas por Moscovici (2011), a generalização e a particularização, neste caso, a classificação da cultura como “mundo” feita pelos enfermeiros, técnicos de enfermagem e dentistas apareceu como uma particularização. O autor afirma que “particularizando, nós mantemos a distância

e mantemos o objeto sob análise, como algo divergente do protótipo”. Já a generalização reduz as distâncias (MOSCOVICI, 2011, p. 65).

O protótipo representado pelos trabalhadores não indígenas parece ser o “mundo” não indígena, ao qual estão familiarizados, no qual vivem fora das aldeias e que utilizam como parâmetro de comparação. Este “mundo” que representam formaria também uma unidade étnica relacionada à uma cultura, a qual tem sido chamada de “cultura moderna ocidental”.

Assim, para os trabalhadores não indígenas, o “mundo” *Mbyá* promove um “modo de ser” diferente, uma medicina diferente, uma forma de interpretação da vida e da morte, da saúde e dos cuidados, diferentes. Há mais admiração do que crítica. É referido como “o mundo do outro, o mundo à parte, o mundo deles”, colocando-se, portanto, no centro do processo de análise. Percebe-se que esta forma de classificar, particularizando, aumenta a distância entre os dois “mundos”, quando o que se esperaria no trabalho de cuidado em saúde na perspectiva de integralidade, seria sua aproximação.

Os trabalhadores indígenas também manifestaram estados de tensão com relação às práticas de cuidado, advindos das diferenças entre os dois mundos. Entretanto, observou-se que eles referem mais essas dificuldades em territórios “fora” das aldeias, na rede de atenção de média e alta complexidade. A busca por aceitação e permissão para manifestarem suas práticas de cuidado tradicionais é constante. Exemplos disso são as falas que referem situações ocorridas em momentos de parto hospitalar e ainda, dificuldades para buscarem atendimento do *karaí* em outras aldeias, quando não dispõem de um em sua própria. São casos que constata a incompreensão do sistema de atenção à saúde, nos modelos reais em que estão estruturados.

Por exemplo, no hospital, hoje os indígenas, as mulher, pra ganhar nenê, então ela vai no hospital. A nossa cultura é cortar com a taquarinha né? É, o cordão. Então nós cortamos. E se é menino tinha que fazer arco e flecha pra ele, e balaio se é mulher. Balaio pequenininho. Porque o pai tem que trabalhar. Espírito sempre tem que estar junto. Ele pode passar no rio, ele pode se afogar. Então aí o problema das crianças, ele pode falecimento né, até? Até acontecimentos falecidos, as crianças indígenas. Porque ele se afogou, espírito né? Se afogou. Então, pra não acontecer isso tem que fazer balaio, arco e flecha. Pra nós deixar falar pra ela assim: tu fica aqui que eu vou ir trabalhar, tu não pode ficar grávida. Então, esse tem que ser respeitado né? E se

leva no hospital, hospital poderia autorizar dizer assim: não, vai vim o pai trazer balaio, deixar pra ela. Hospital tem que reconhecer essa parte né? (TI 7).

O problema não é todo comunidade que tem *karaí* né? Essa a outra que tem, como eu to dizendo, o lado de *karaí* também passa dificuldade né? Por que, quando tu não tem, dentro da comunidade... eu que nunca tive um *karaí*, dentro da minha comunidade né? Então tem que ir noutra lugar, assim, que tem *karaí* (TI 18).

Nos pareceu evidente que tanto os trabalhadores indígenas, quanto os trabalhadores não indígenas, nos contextos de interculturalidade analisados, constroem, por meio da linguagem, suas *fronteiras étnicas*. Exemplo disso é a forma como profissionais e trabalhadores explicam o significado da morte, em seus respectivos “mundos”. Ou então, explicando o “mundo do outro”. O depoimento a seguir foi feito por um AIS, que também agrega a função de Cacique e *karaí* em sua comunidade:

[...] que não pode acontecer gêmeos dentro da cultura indígena. E dentro da cultura não indígena, ele permite né? Até fica contente se tem 5, 7 filhos né? E pra nós indígenas não né? Porque dentro do humano, como cultura Guarani, ele tem que ter, como humano, tem que ter 1 filho. Não somos animal né? Pra ter 2, 3 filho [...] Então, se acontece o gêmeo, uma pessoa não existe [...] Por isso que a gente não aceita. Porque aquele espírito não é espírito que vem dos Deus. Nós chamamos de *Anhiá*. *Anhiá* é demônio! Ele vem aquele espírito! Por isso que [...] alguém tem que vim, e claro, tem que pagar caro, tem que levar outra vida. Pela troca de 2 gêmeos. Então eu já vi isso aí. E já está comprovado! Até época da Funasa né, agora Sesai, foi no hospital, na PUC, e chamei médico, comissão médica, explicando a situação né? [...] Aí a Funasa é que não pode matar porque tem direitos humanos. [...] aí voltei atrás né, eu não posso enfrentar sozinho, é muito difícil (TI 8);

A fala da liderança mostra como a cultura Guarani encara o nascimento de crianças gêmeas em uma família, baseada em normas de moralidade do grupo. Em sua narrativa ele também utiliza um parâmetro de comparação com a cultura não indígena, dos “brancos”, que permite o nascimento de gêmeos.

A partir do momento em que as mulheres *Mbyá* passaram a ter seus filhos em hospitais, devido ao modelo de atenção à saúde instituído pelo Estado, e não mais por meio do parto tradicional, conforme seus costumes e ritos, a interdição de vida foi deixando de ser praticada. Note-se que, segundo Feitosa e col. (2010), ao longo da história da colonização das Américas há registros desta prática entre os povos indígenas. O fato mais preocupante, entretanto, é a forma etnocêntrica e mal informada com que os debates têm sido empreendidos em nossa sociedade. Santos-

Granero (2011), em estudos junto à população indígena amazônica, propõe que é preciso reparar o modo como as concepções indígenas de “pessoa” e “humanidade” diferem das prevalentes nas sociedades ocidentais. Para o autor, diversos povos indígenas consideram os atributos como condições autônomas, isto é, concebem que existem pessoas não humanas, bem como humanos não pessoas. Ambas as condições são adquiridas em processos determinados pelas interações sociais (SANTOS-GRANERO, 2011).

Assim, o que ocorre com frequência é uma tendência ao julgamento da interdição de vida segundo uma visão etnocêntrica, o que tem causado sofrimento aos *Mbyá*, conforme o depoimento a seguir. Para eles, as consequências dessa nova condição, imposta pela lei dos “brancos” são o silêncio, a tristeza, o uso e abuso do álcool e das drogas, a violência.

Bah, é muito difícil. Até hoje em dia nós vivemos em silêncio. Muitas vezes a gente fica triste porque já tem gêmeos [...] não tem animação [...] tem problema bebida alcoólica, tem problema muita coisa representa atrás aqueles dois crianças, por exemplo, gêmeos. [...] dentro do **mundo do “branco”**, do universo, filho mata o pai, filho mata a mãe. Todos são mau, que vive no planeta. Porque? Porque não respeita mais a formação da vida. Porque a formação da vida vem assim, hoje acontece muita matança, e matando, droga, muita coisa, acontece no mundo. É por causa disso! E tem direitos humanos que não pode fazer nada! Então a gente, eu tenho paciência. Pronto, então eu vou fazer aquilo que é meu alcance né? Posso ajudar minha comunidade, dizer, esclarecer, e dizer como é que **a cultura do “branco” e a cultura do indígena**. Só que ele tá mais avançado. Avançou mais a cultura ocidental! (TI 8 – grifos meus).

Já a visão da morte entre os trabalhadores não indígenas, com formação biomédica, foi assim verbalizada:

Era uma paciente [...] que teve úlcera. E deu hemorragia. [...] no segundo dia só que eles falaram pra gente. E aí a gente conversou, tudo. Mas eles disseram que ficaria ali por enquanto [...]. Medo de perder! Porque o “branco” também tem muito isso né? [...] e eles é diferente [...] pra eles [...] foi porque Deus quis assim! Que era o melhor pra essa pessoa. E o “branco” já pensa assim: puxa, se eu puder fazer algo pra que isso não ocorra, eu vou fazer! [...] Tu trabalha pra ver aquela pessoa melhor. Tu aprende as coisas pra ver ela bem. [...] é diferente pra eles quando uma pessoa morre. É bem diferente, do que para nós [...] Até a expressão de tristeza deles é outra coisa! (PNI 4);

[...] o modo de ver a morte completamente diferente da gente, né? A aceitação da morte pra eles é uma coisa, talvez, muito melhor que a nossa né? Muito menos sofrimento! (PNI 6);

Então, pra gente, a gente vê que a questão da morte é um... né? Não poderia ocorrer. Eu tentei repassar pra ele (o Cacique) que a gente sempre trabalha pela vida [...] Que o falecimento de uma criança pra nós é muito difícil né? (PNI 19)

O que se pretendeu destacar é que as fronteiras étnicas retratadas nas falas sobre visão de morte dos trabalhadores, ao invés de serem percebidas como relacionadas à limites sociais, são representadas enquanto conteúdos culturais estanques. Este é, justamente, o sentido criticado por Barth (1876). O grupo étnico *Mbyá*-Guarani, ao invés de ser visto como uma comunidade que partilha de uma forma de organização social que deve estar permanentemente construindo e reconstruindo seus limites étnicos nas relações que estabelece com a sociedade circundante, é visto como “portador” de uma cultura, que está ameaçada de extinção.

Assim, a cultura *Mbyá*-Guarani é representada pelos trabalhadores, enquanto “tensão” entre uma força para manter e outra que impõe mudanças, muitas vezes inevitáveis. Os indivíduos “mais velhos” e as lideranças são vistos como mantenedores da cultura e os indivíduos “mais jovens” como “mais rebeldes”, mais resistentes à manutenção, ou seja, impulsionadores de mudanças. Estas são encaradas pelos trabalhadores não indígenas como prejudiciais. Fazer mau uso de tecnologias, como celular e Internet é uma das explicações por eles sugeridas :

[...] os mais velhos estavam bastante preocupados porque eles estavam colocando fotos na Internet (TNI 1).

Mas em um primeiro sentido, a cultura é vista como “forte”, os profissionais referem que os *Mbyá* têm muita “raiz”, apesar da introdução de tecnologias, por exemplo, devido ao contato interétnico:

[...] muitos já fazem uso de utilidades como celular, Internet, principalmente os mais jovens. Mas eles fazem tudo isso e não perdem a cultura. Eles têm muita raiz. Eles têm artesanato, eles têm muito fortes os casamentos, a forma de constituir família (TNI 1);

A Opy é uma coisa muito forte para eles, a casa de reza [...] A língua, principalmente, que entre eles, eles não conversam em português (TNI 1);

A Pacheca, a cultura deles é mais tradicionalista (TNI 4).

E tem o lado espiritual deles, que é muito forte [...] (TNI 7);

[...] muita semente, eles sempre estão sabendo dos parentes lá em São Paulo. Eles têm sempre esse vínculo muito forte. A religião para eles também é muito forte! *Nhanderú*, as rezas (TNI 19);

Por outro lado, a força de manutenção é referida também como “tentativa de manter”, ou seja, admitindo já certas dificuldades impostas pelas influências externas e buscando estratégias para esta manutenção:

[...] apesar de toda uma maré-contra, eles tentam recuperar, o tempo inteiro, essa cultura deles. Isso eu acho bem forte! (TNI 1);

A raiz deles, eles procuram manter! Tu ves que os mais velhos tentam puxar as crianças. (TNI 1);

A preocupação dele (do Cacique) em voltar a ensinar os jovens como eles viviam antigamente. Apesar deles estarem tão urbanizados! (TNI 1);

Tu vêes que eles buscam essa cultura de volta! Eles fazem a comida típica, eles fazem e ensinam os mais novos a fazer. E até a preocupação do cacique, é uma coisa que me mostra o quanto eles querem continuar com isso! O quanto eles não querem perder! (TNI 1);

E nesse Ponto de Cultura, uma das oficinas que eles queriam fazer, Oficina de Artesanato, Oficina de Plantas Medicinais. Pra os jovens voltarem a procurar esse tipo de recurso né? Estão perdendo um pouco e eles querem recuperar (TNI 1).

Observou-se, mesmo que com menor grau de incidência, nas falas dos trabalhadores indígenas, referências ao “mundo do branco”, como o mais avançado, devido às leis, também referidas como “lei do branco”. Neste sentido, Silva (2012), em estudo sobre conflitos éticos interculturais, principalmente voltados à crianças e adolescentes, argumenta da necessidade de que os instrumentos legais existentes não sejam dispensados em sua função diante das péssimas condições de vida e, até mesmo genocídio contra povos indígenas. Entretanto, para instrumentalizar as leis e convenções de proteção integral e prioritária às crianças nos múltiplos contextos e perspectivas indígenas, é preciso compreendê-los (SILVA, 2012).

Em suma, estes dois “mundos” diferentes, além de situarem-se nos espaços cognitivos e mentais dos indivíduos, materializam-se no espaço físico, social das aldeias indígenas *Mbyá*-Guarani e polos-base, local onde as práticas de cuidado são desenvolvidas pelas EMSI e onde se (re)produzem as culturas, impulsionadas e transformadas por meio de representações sociais.

4.2.3 Classe 4 – A centralidade da família *Mbyá* nas práticas de cuidado em saúde e a tensão entre sofrimento e prazer

A família foi uma categoria central na análise das representações sociais do cuidado em saúde junto aos integrantes das EMSI. Tanto trabalhadores indígenas quanto não indígenas referiram-se ao cuidado em saúde praticado no âmbito da família, sendo que o conceito de “família” é representado de formas diferentes para cada um destes segmentos.

Para os trabalhadores indígenas, AIS e AISAN, o cuidado em saúde foi enfatizado nos trabalhos coletivos, no âmbito das comunidades, como por exemplo, nos mutirões de limpeza e nas formas de cuidar da água, a partir das poucas capacitações oportunizadas aos AISAN:

Todas as crianças começam a juntar, no sábado, porque não tem aula, vamos juntar o lixo. E faz mutirão com as crianças, os alunos grandes, as mães, fazemos juntos [...] temos que lavar nossa cozinha comunitária (TI 13).

[...] daí Guarani já obedece né? Criança pode obedecer. Usa para beber, né? Não brincar mais água. Importante água pra nós. Tô trabalhando pra aquilo né? Eu me sinto trabalhando assim no início né? Com comunidade né? (TI 13).

Shaden (1974) explica que a organização social dos Guarani se baseia na família-grande, embora o próprio autor admita que este modelo esteja desaparecendo progressivamente devido à desorganização social. Ainda assim, as crianças *Mbyá* crescem em meio a muitas pessoas, não fixando ou focalizando suas emoções e expectativas de recompensa e punições em poucas ou determinadas pessoas (LINTON, 1945 apud SHADEN, 1974). Por isso desenvolvem um senso de autonomia e independência desde muito cedo.

Já os trabalhadores não indígenas representam a “família” tendo como protótipo padrões culturais ocidentais ideais, mesmo sabendo-se que atualmente estes padrões estão bastante modificados e em processo de transformação. A família *Mbyá* é elogiada na sua constituição, na forma de educar os filhos, na educação que as crianças demonstram, na união familiar nas tarefas domésticas, entre outros. Estes são aspectos verbalizados nos seguintes exemplos:

[...] as crianças deles brincam, brincam bastante na terra, sobem em árvore, vão caçar, fazem as arminhas deles. Tu vê que eles buscam essa cultura de volta (TNI 1).

[...] nada pode, aqui (no mundo *Mbyá*) tudo pode! Então não tem porque chorar, não tem porque ser mal educado com pai e mãe, avó, tio, não tem motivo! Se a gente tirar eles daqui e botar para um ambiente fechado, como o nosso, provavelmente se tornariam crianças diferentes (TNI 6);

Pessoas extremamente “família”, entre aspas, todos se ajudam. Se tem um problema a gente vê que eles se reúnem, eles se ajudam né? Se tem um problema a gente vê que eles se reúnem, eles se ajudam... (TNI 6);

[...] as meninas começam, desde muito cedo, começam a cuidar dos irmãos [...] elas já começam a lavar roupa... às vezes elas lavam daquela maneira delas, mas elas tão lá, lavando roupa...às vezes elas tão ali, ajudando a mãe (TNI 19).

Entretanto, contraditoriamente, também têm críticas a este modelo de família, o que origina os movimentos de tensão entre sofrimento e prazer, ligados às práticas de cuidado, principalmente às ligadas à criança.

A mãe é vista como mais presente que o pai, que, por sua vez, nas poucas vezes que foi referido, foi afirmando a pouca participação nos cuidados e na “criação” dos filhos:

[...] elas (as mães) que cuidam, elas que fazem tudo. O pouco cuidado também dos pais. O pai não se envolve muito na criação das crianças (TNI 16).

A visão que eles têm das crianças como livres e felizes, também lhes gera sofrimento pelas adversidades que as mesmas precisam enfrentar, relacionadas às más condições de alimentação, higiene e devido à falta de sistemas de saneamento básico, por exemplo:

E aí as pessoas não entendem que no inverno é frio, que é difícil tomar banho no rio, no inverno (TNI6);

E nós falamos mil vezes: pai, criança sente frio sim, é que eles tão brincando, eles querem menos roupa possível! Mas aí é que entra o pai e a mãe na jogada! (TNI 10);

[...] alguma coisa de carnes que eles possam utilizar, no momento, eles fazem, mas aí compram hoje e daí já passam dias sem, porque não tem onde armazenar né? Não tem como! É que nem água potável pras crianças... sempre com diarreia sempre com vômito. Porque não tem né? (TNI 16);

[...] tem varios filhos. Ele é agente de saúde [...] tem três esposas; E então ele é assim, ele é o manda-chuvas sabe? Aí é assim, tem três filhas, todas as filhas são lindas! São

umas índias Guarani muito bonitas! E tem aquelas crianças mais bonitas ainda! Mas a falta de higiene naquela família é tão grande sabe? Que é impressionante! (TNI 17).

A forma como as crianças são educadas, elogiadas anteriormente, também é alvo de críticas com relação à alimentação inadequada, oferecida pelas próprias “famílias” e mães:

[...] já a questão da diabetes, da hipertensão, nós temos alguns casos, mas vem aumentando sim, também, porque é mais fácil para eles, às vezes, ir ali e comprar um pacote de salgadinhos... (TNI 6);

[...] no almoço, se tu conseguires observar tu vais ver. Eles estão comendo salgadinho e tomando refrigerante. Todas as refeições, todas! Aí eu digo: tem que escovar e distribuo escovinha, passo flúor, mas é o mínimo que eu consigo fazer! Porque a alimentação não está ajudando! (TNI 20).

Observou-se que as representações sociais das crianças *Mbyá*, por parte dos trabalhadores não indígenas, enquadram-se na esfera de subjetividade descrita por Jodelet (2009): a esfera de “subjetividade” nos leva a considerar os processos que operam no nível dos indivíduos eles-mesmos. Assim utilizam-se da comparação com padrões individuais, de suas próprias famílias e filhos:

[...] logo no início a gente ia assim e a gente vê eles, muitas vezes sujinhos né? Daí a gente conversava com eles... tem que dar banho, da nossa ideia. Que os nossos filhos, limpinhos, bonitinhos, penteadinhos né? (TNI 7);

[...] que dá vontade de dar um banho bem dado, botar uma roupinha limpinha! Tem crianças lindas lá que tu te apaixonas e a sensação de inutilidade (TNI 16);

[...] ela (a criança *Mbyá*) já começa a crescer e amadurecer muito pequena! Porque o “branco”, quando ele tem um filho, ele cuida daquilo como se fosse a coisa mais preciosa que existe. O Guarani não! Ele já começa a ficar adulto desde muito cedo! (TNI 19).

No âmbito das duas formas já citadas de classificação das representações sociais propostas por Moscovici (2011), ao contrário do que ocorreu com a “religião”, descrita no item anterior, classificada num processo de particularização, nos pareceu que com relação à família houve um processo de generalização. Assim, a “família” *Mbyá* generalizada como a família nos padrões culturais ocidentais, produz outro tipo

de tensão entre sentimentos de prazer e sofrimento. Isto porque a família *Mbyá* é diferente do protótipo representado pelos trabalhadores não indígenas.

A partir das formas diferentes de representar a “família”, para trabalhadores indígenas e não indígenas, advém os movimentos de tensão entre sofrimento e prazer, principalmente entre os trabalhadores não indígenas, por representarem a família ideal, que cuida de seus filhos como eles próprios cuidam e, perceberem esta diferença na forma de cuidar dos *Mbyá*. E sentirem-se impotentes na resolução dos problemas referentes aos cuidados em saúde:

[...] e as crianças sempre de pé no chão, o pezinho é mais preto do bicho-de-pé do que branquinho, que deveria ser, entendeu?Então, enquanto eles tão no colo, eles tão tranquilo, quando eles descem pro chão, eles ficam completamente tapados de qualquer bicho que tu possas imaginar. [...] se a mãe cuidar daquela criança, educação em saúde pra conseguir tentar, porque eu acho que não deve ser muito fácil tu colocar na cabecinha deles de que tu precisa fazer aquilo ali. Que tá prejudicando aquela criança, tá prejudicando o adulto (TNI 16);

[...] aí eu digo: tem que escovar e distribuo escovinha, passo flúor, mas é o mínimo que eu consigo fazer! Porque a alimentação não está contribuindo (TNI 20).

Segundo Mattos (2003) um dos significados da integralidade em saúde relaciona-se à articulação entre ações preventivas e assistenciais. Constatou-se no conteúdo das representações sociais relacionadas à “família” dificuldades, principalmente dos trabalhadores não indígenas, em desenvolverem ações no sentido da prevenção e promoção da saúde, justamente pela forma como “são” e “agem” aquelas famílias, no contraponto de como eles as representam. Isso, ao nosso ver, é a causa do que denominamos movimentos de tensão entre sofrimento e prazer relacionados às práticas de cuidado.

Assim, os trabalhadores não indígenas, apesar de reconhecem as necessidades de saúde traduzidas, principalmente, na falta de “boas condições de vida” (CECÍLIO, 2009), por exemplo, moradias inadequadas, sem instalações elétricas e hidráulicas que ofereçam água encanada potável, esgotamento sanitário e energia elétrica para aquecimento da água no inverno rigoroso do sul do Brasil. Tudo isso é representado “superficialmente” pelos trabalhadores não indígenas como traços culturais das famílias *Mbyá* mas, na verdade, são frutos de um processo de “violência estrutural” (FARMER, 2004) e opressão histórica.

A agressividade cada vez mais acentuada do contato interétnico, denominado por Cardoso de Oliveira (2013) de “fricção interétnica”, traduzida na supressão e/ou diminuição das terras indígenas, morosidade em sua demarcação, também tem levado as famílias à perda de seus hábitos tradicionais de alimentação e a adotarem, por influências externas, uma alimentação inadequada. Reitera-se que isto não está representado pelos trabalhadores não indígenas.

Entendeu-se, da análise das representações sociais do cuidado relacionado à família *Mbyá*, que faz-se necessária a busca da integralidade do cuidado nas esferas política, econômica e administrativa (AYRES, 2009), bem como na prática de processos comunicacionais entre os profissionais de saúde e usuários (TEIXEIRA, 2003) e de processos de conversação e comunicação, que não podem ser separados de processos de gestão (AYRES, 2009).

4.2.4 Classe 2 – As dificuldades do trabalho: tensão entre modelos ideais e modelos reais de organização dos serviços

As representações sociais emergentes na classe 2 do Dendograma referem-se a diferentes dificuldades relacionadas ao trabalho dos integrantes das EMSI nos contextos de interculturalidade estudados. Foram mais mencionadas a precarização dos vínculos empregatícios, as baixas remunerações em face à dedicação exigida neste tipo de trabalho, a falta de projetos de capacitação e a falta de infraestrutura para atendimento nas aldeias (transporte, instalações físicas e insumos). Os conteúdos das falas demonstraram haver uma grande incompatibilidade entre os modelos ideais de organização dos serviços, instituídos desde a criação do Subsistema e a implantação da Pnspi, e os modelos reais vividos nos cotidianos de trabalho, o que reitera as constatações de Pellon e Vargas (2010), Langdon e Diehl (2007) e Athias e Machado (2001). A seguinte fala, de uma trabalhadora não indígena, sintetiza esta representação:

E é uma coisa que, como profissional, eu gostaria que tantas coisas saíssem do papel e fossem para a realidade do indígena [...] e gostaria muito que lá, na ponta superior,

que nós somos a ponta inferior... que a ponta superior tivesse, que conseguisse ver esse caminho (TNI 17);

Assim, ela utiliza formas figurativas para expressar duas ideias complementares: a primeira é de que o que está no “papel”, ou seja, toda a legislação e normativas que orientam o trabalho não saem dele e, por isso, não se concretizam na “realidade do indígena”, nos contextos de interculturalidade. A segunda é que “a ponta superior”, que representa o poder, a gestão, não é sensível à compreensão das dificuldades dos trabalhadores, que estão na “ponta inferior”, e por isso, não colabora, não consegue enxergar o caminho da compatibilidade entre o “ideal e o real”. Portanto, os trabalhadores das EMSI estão neste “espaço intermediário complexo” da prestação de cuidados em saúde em contextos de interculturalidade.

Desde a criação do Subsistema, em 1999, a questão dos vínculos empregatícios, formação e qualificação de seus recursos humanos têm sido um dos seus aspectos mais frágeis. Garnelo (2004) constatou que o modelo do Subsistema, com um órgão federal responsável pela gestão e execução da política de saúde indígena, é contraditório com a proposta de organização do SUS, que preconiza a descentralização das ações. A autora concluiu que a saída encontrada pelos gestores da época da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) foi a terceirização dos trabalhadores que prestam a assistência, por meio da celebração de convênios com Prefeituras e outra entidades, como Organizações Não Governamentais (ONG), que assumiram durante muitos anos este trabalho.

A partir de 2010 sob a responsabilidade do MS/Sesai, quando se deu a transferência das ações por meio do Decreto nº 7.336, de 19/10/2010, a situação dos vínculos empregatícios ainda permanece precarizada. Houve uma diminuição no número de entidades conveniadas, que chegaram a ser cerca de 50 durante os primeiros anos de implementação do Subsistema, reduzindo-se ao longo do tempo, e chegando a apenas três, em 2011, após Chamamento Público que selecionou a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), vinculada à Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) e a Missão Evangélica Caiuá. Cada uma delas encarregando-se da contratação de trabalhadores para determinados Dsei de sua responsabilidade.

Mas a forma de contratação dos trabalhadores continua sendo, predominantemente, a terceirização.

Assim, o modelo de contratação viabilizado por meio da terceirização dos trabalhadores das EMSI, vigente desde a criação do Subsistema até os dias atuais, desfavorece a formação de vínculos entre os trabalhadores das equipes e entre estes e a população indígena assistida. Apesar deste modelo não ser o ideal, neta análise denomina-se “modelo ideal” no sentido de ser o modelo institucionalizado até então. O “modelo real” vivido no dia-a-dia dos trabalhadores, de alta rotatividade dos integrantes das EMSI, reivindica estabilidade para que as ações de cuidado em saúde, na perspectiva da integralidade, possibilitem a construção de vínculos (a) efetivos.

Os trabalhadores verbalizaram as dificuldades relacionadas às formas de contratação que não oportunizam a fixação dos trabalhadores nas EMSI e as inúmeras dificuldades de coesão das equipes para um trabalho qualificado, evidenciando a importância do tempo de atuação nas equipes para aquisição de experiência prática no trabalho.

Por isso, a preocupação maior no momento da pesquisa de campo foi com a possibilidade de realização de um concurso público para contratação de profissionais “novos”, possivelmente mais bem preparados tecnicamente, mas que não teriam o tempo de experiência e vínculos construídos pelos que já estão atuando há anos nos contextos estudados:

A busca pela paz interior pela felicidade deles. Eles vão! É uma das coisas que eu mais admiro neles! Outras coisas... tem várias! É que é muita coisa! O vínculo que, depois de um tempo tu crias com eles (TNI 4);

E existem concurseiros. Tanto é que a experiência de treze anos, doze anos, dez anos, não vai valer! Vai entrar uma outra equipe, outras pessoas, que até conseguirem tudo que nós conseguimos, com muito carinho... (TNI 14);

[...] aqui é uma área pequena, não tem nada. Então, tudo isso sempre apresenta alguma dificuldade. Sempre tem dificuldade. A questão da equipe (TNI 18);

[...] depois entrou a N, depois entrou a AP, agora entrou a P. Agora vai entrar mais um enfermeiro. Flutua muito sabe? Troca de motorista toda hora, cada hora é um diferente. Então tem muitas coisas assim que, quando tu consegues formar uma unidade dentro da equipe... (TNI 19);

[...] para fazer esse tipo de coisa tu tens que ter uma equipe muito coesa. Daqui a pouco a AP também vai embora, ela vai ser chamada num outro concurso... (TNI 19);

Os processos de capacitação também são “modelos ideais” preconizados em diferentes documentos legais, entre eles a Pnspi e a própria estrutura organizacional do MS/Sesai, que possui uma coordenação denominada Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas para atuação em Contexto Intercultural (Codepaci), que tem como atribuição “coordenar e articular o processo de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos para atuação em contexto intercultural” (BRASIL, 2010, p. 343).

Mas os “modelos reais” vividos pelos trabalhadores das EMSI continuam referindo as poucas oportunidades oferecidas de projetos de capacitação, onde o único mencionado foi para formação de AISAN. O indígena que mencionou este curso em sua entrevista relatou que foi selecionado como AISAN e trabalhou durante cinco ou seis anos sem ter nenhuma preparação formal, sendo chamado para participar do programa formal de capacitação existente na instituição há apenas um ano atrás:

[...] me convidaram naquele ano para fazer curso. Ia ter curso de Agente Indígena de Saneamento. Eu me inscrevi e quando cheguei já era para ir ao curso. Eu fui fazer curso, fiquei uns sete meses lá (TI 13)

Já os trabalhadores não indígenas mencionam a inexistência de projetos de capacitação que atenderiam às suas deficiências no trabalho, inclusive apontando para a necessidade de um tipo de capacitação em serviço onde trabalhadores com maior experiência pudessem auxiliar os mais recentes em seus trabalhos:

[...] porque, na verdade, o meu contrato é sala de vacina. E a gente não tem sala de vacina! E nem eu tenho o curso também, Momentâneo, quando eu entrei, eu estava atrás de um curso de vacina (TNI 16);

Mas eu gostaria muito que tivesse um tipo de experiência trocada com quem trabalha há muitos anos. Que já tem mais ênfase em conseguir lidar com eles. Porque aqui na equipe a C tem bastante, a N veio dos *kaingang*... (TNI 16);

[...] faz um ano e pouco, não deram nenhuma capacitação nem nada... entra profissional e sai profissional e entra profissional... (TNI 17)

Quanto à falta de estrutura para atendimento nas aldeias obteve-se relatos e observou-se que esta se refere não apenas a condições de trabalho diretamente voltadas para os trabalhadores não indígenas, mas também àquela que incide nas comunidades indígenas, relacionada à falta de sistemas de saneamento básico, que também impactam o trabalho de educação em saúde das EMSI. Giatti et al (2007),

em estudo com populações indígenas de quinze etnias diferentes do DSEI Alto Rio Negro, polo-base de Iauaretê/AM já haviam constatado a necessidade do uso de metodologia continuada e participativa de educação em saúde, em concordância com o período de planejamento e implantação de medidas estruturais de saneamento básico.

Assim, as dificuldades reais dos trabalhadores não indígenas foram assim referidas:

[...] outra dificuldade, nos Postos, agora eles estão contratando as indígenas para limpar, então tu tens que fazer a limpeza, tu tens que organizar, isso é uma das dificuldades. Dificuldades de trabalho. Olha o espaço que nós trabalhamos, nós não temos uma sala adequada! (TNI 17);

[...] nós não temos aonde: a equipe não tem onde lavar as mãos e nós não temos um banheiro, nós não temos nada em Torres. E são várias famílias, são cento e poucos índios ali. Mas nós não temos nada! Nada! Aí como é que você vai... eles não vão te dar essa resposta: como é que você vai cobrar higiene se você não mostra pra eles... claro que nem o lugar que você... você não tem o lugar adequado pra trabalhar! (TNI 17);

[...] no Salto nós tínhamos uma estrutura muito melhor de trabalho do que eu tenho aqui. Porque lá o município ajudava muito, então, coisas como impressora, Internet, um local para tu poderes trabalhar, nós tínhamos do município. Nós tínhamos muita coisa que aqui, quando entramos, não tínhamos quase nada (TNI 19);

Então tu tens que fazer a diferença, senão tu não consegues! Até lá no Salto, tudo que nós conseguimos com o município foi correndo atrás, fazendo reunião com o Prefeito (TNI 19)

O espaço era cedido da Funai. A Funai daqui fechou e nós fomos para o DNIT. Nós, numa sala que era um cubículo! Nós estávamos entulhados e foi bem difícil! Aqui as distâncias são muito longas. (TNI 19);

Já as dificuldades reais dos indígenas assistidos pelas EMSI são assim representadas por estes mesmos trabalhadores:

Porque não se tem água dentro dos domicílios, não se tem chuveiro, não tem banheiro... (TNI 6);

Energia elétrica a gente só tem aqui, nessa parte. Lá embaixo, nas outras casas não tem. A nossa luz do Posto, por exemplo, é um "gato". Não é roubo não, porque tem um relóginho ali da CEEE junto (TNI 6);

Eu tinha um sonho de fazer uma horta medicinal. Tinha sonhos de grupos, de trabalhar com artesanato junto né? Tentar aprimorar. E a gente não tem local pra isso né? Eu não tenho uma sala ampla onde eu possa fazer isso. Não tenho uma cozinha onde eu possa fazer uma alimentação, ensinar boas práticas (TNI 6);

Eu acho a moradia, ter mais qualidade, e o saneamento básico é uma coisa que já tem bem implantado, mas é uma coisa ainda que tem bastante deficiência (TNI 9);

[...] eles não têm chuveiro, eles não têm banheiro, eles não têm nada... (TNI 16);

Falta, olha, saneamento básico...o saneamento básico é a coisa mais triste. Agora que fizeram as casas, agora que colocaram água em cada uma das casas, sabe? (TNI 17);

[...] sinceramente, porque o meu trabalho exige mudança de hábito né? Então é muito difícil, muito difícil! Aí que eu vejo, assim, dentro de uma comunidade, que ainda não tem esgoto, não tem água encanada, não tem luz, aí, como é que eu vou exigir? Que eles escovem os dentes depois de tudo que é refeição... quando tem refeição! (TNI 20).

Os trabalhadores indígenas das EMSI referiram-se à falta de condições ligadas à violência estrutural definida por Farmer (2004) como aquela ligada à máquina social de opressão exercida de forma sistemática, isto é, indiretamente, por todos que pertencem a uma determinada ordem social. A dificuldade maior ligada a este tipo de violência foi recorrentemente relacionada à falta de terras indígenas para morar, plantar e desenvolver sua cultura tradicional:

Porque pra ser índio tem que morar na floresta, morar num lugar assim, comer comida de índio. Eu falo a verdade, eu não tô mentindo afora. Assim, que o modo de ser índio tem que morar numa casinha... eu acho que falta isso, mas só que não tem mais condições de fazer isso aí (TI 12);

Pra mim tá faltando, agora, maior é terra né? Pra morar... [...] Terra pra plantar né? Aqui é muito pequeno né? Essa comunidade pra nós. Sete hectares e meio só né? Que temo pra morar. Total de 38 família né? [...] É a terra... pra ter mais saúde, plantar milho né? Fazer aquela nossa comida típica. Porque do milho do Guarani que a gente faz mais comida típica né: o budiapé...(TI 13);

[...] é apenas acampamento pra mim. E daí, pra viver, pra mostrar mais nossa cultura aqui não tem espaço, como plantação, casa de reza, tudo isso pra nós é meio complicado. Falta mais espaço para nós. Mudar de hábitos aqui não tem como... e a gente estamos morando meio perto da cidade [...]. (TI 15);

O recurso que eu tô falando, tô falando desse também né? Porque aqui é uma área muito pequena e que não tem nada quase né? [...] se eu tivesse um lugar, uma área grande onde que tem os remédios naturais, onde que tem tudo, aí eu, a minha aldeia, eu procuraria fazer a minha parte né? A questão da saúde no caso né? (TI 18).

Pinheiro e Luz (2003) afirmam que o debate institucional sobre as formas mais adequadas de organização dos serviços de saúde é que eles têm sido tratados apenas como campo de aplicação ou verificação de ideias, propostas ou modelos, geralmente idealizados por planejadores ou gerentes que querem fazê-lo acontecer, materializar ou concretizar, por meio de regras ou normas previamente estabelecidas. Sendo assim, os trabalhadores da saúde parecem se perder em meio à rotinas, normas, formulários para preenchimento de dados para alimentar sistemas de informação, que

os impedem de desfrutar de tempo para realizar o cuidado integral, humanizado, aprofundado em termos de vínculos afetivos duradouros com seus usuários:

E daí, na entrevista, como eu era a única solteira, que morava, praticamente, assim, sem compromisso. As outras meninas já tinham filhos, tinham família. E a gente não tem horário né? Então eles optaram por mim, por ser a pessoa que teria condições de não ter horário né? (TNI 16);

[...] eu tenho pavor de uma coisa que o trabalho me decepcionou ao trabalhar aqui, depois que vim do Salto. É essa coisa de fazer tudo correndo! Eu tenho pavor disso! E aqui nós temos que fazer. Até pela questão do horário de ônibus... tu viu, o carro chegou a 1 hora, nós tivemos que sair às 2 horas, tinha que entregar rancho e a gente fez tudo correndo... Não me satisfaz como profissional! A correria, o fluxo de trabalho, às vezes a falta de condições de trabalho te impõe! E daí, qual é o teu retorno humano? (TNI 19);

As dificuldades dos trabalhadores não indígenas para trabalharem com a diversidade, em meio a um modelo de organização de serviço “ideal”, verticalizado e homogêneo a todos os DSEI fazem refletir sobre a necessidade de modificações nas rotinas de trabalho, devido às distâncias das aldeias, pouco tempo para aprofundar relações que favoreceriam a formação de vínculos entre profissionais e comunidades. O vínculo efetivo e afetivo caminham juntos. Cecílio (2009) identifica a formação de vínculos (a)efetivos como uma das classes de uma taxonomia do cuidado integral, por ele proposta.

Considerou-se que a oposição entre a classe 2 e a classe 1 no Dendograma, as duas classes mais representativas em número de UCE, representou a incongruência entre modelos de organização de serviços ideais, que preconizam a atenção diferenciada, mas que são deficientes, incompletos, “globalizantes”, e modelos reais, que exprimem especificidades contextuais relacionadas distâncias, tempo de deslocamento, condições dos meios de transporte utilizados pelas equipes, quantidade de técnicos e especialidades nas equipes, existência ou não de meios de comunicação com as aldeias, etc. Exemplos destas dificuldades estão retratados nos depoimentos a seguir:

[...] mas é que só, né, tu vai e volta já dá 3 horas e alguma coisa, Já dá meio turno né? Quer dizer, dependendo da aldeia que tem que ir tu não consegue ir. Não dá tempo hábil de ir e voltar dentro do horário da gente né? Alguns motoristas fazem todo o trabalho normal das 8 horas e depois vão lá pegar *karaí*, levar *karaí*, traz pra cá, traz

pra lá... mas não são todos né? Porque na verdade eles não tem essa obrigação né? (TNI 16)

E aqui é tudo muito longe né? Como é que você vai acompanhar se tem aldeia que não pega telefone, que não tem sinal: Campo Molhado não tem sinal, Caraá não tem sinal, Riozinho não tem sinal. Como é que você vai acompanhar... por telefone você pode acompanhar, você pode ligar. Apesar de que a gente não tem telefone, é o nosso particular que agente gasta, o nosso! Pra ligar! (TNI 17);

Aqui a gente trabalha na sujeira, a gente... que nem eu te disse, a gente passa frio, toma banho de chuva, puxa caixa no braço, poe pra cima da caminhonete. Aqui é “pau pra toda obra” (TNI 19).

A atenção diferenciada deve ser, tanto diferenciada por trabalhar com povos etnicamente diferentes, como por trabalhar com a diversidade dentro da diversidade: cada DSEI é diferente dos demais pelas etnias atendidas e suas especificidades históricas, culturais, sociais, geográficas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta pesquisa reafirmamos a importância de que os estudos sobre a integralidade do cuidado se deem a partir de realidades concretas, singulares, específicas, como este, que buscou conhecer e analisar as representações sociais do cuidado entre trabalhadores de equipes multidisciplinares da atenção à saúde indígena.

A utilização da TRS como teoria e método de estudo foi uma escolha acertada, pois o cuidado em saúde na perspectiva da integralidade é algo construído cotidianamente dentro das práticas dos trabalhadores da saúde, por meio das representações sociais que constroem no âmbito de suas comunicações e relações interpessoais, em contextos em constante transformação.

Dentre as limitações desta pesquisa destacaram-se a falta de trabalhadores médicos contratados nas três EMSI estudadas, no momento da pesquisa de campo, e o número maior de trabalhadores não indígenas entre os entrevistados o que, provavelmente, alterou em parte os resultados deste estudo.

As principais representações sociais do cuidado entre trabalhadores das EMSI nos contextos de interculturalidade estudados ancoraram-se nas categorias cultura, família e trabalho.

A ancoragem do cuidado em saúde na categoria cultura, objetivada como “mundo” tanto para trabalhadores indígenas como não indígenas, evidenciou limites étnicos estabelecidos entre eles, que gerou movimentos contínuos de tensão entre o uso de uma ou de outra prática nos contextos de interculturalidade estudados. Esta foi, portanto, uma representação social classificada numa esfera de intersubjetividade, elaborada por meio da comunicação verbal e a partir de negociações entre trabalhadores indígenas e não indígenas. Por isso, as práticas de cuidado tradicionais e biomédicas são representadas de formas diferentes, pois pertencem a “mundos” diferentes: o mundo *Mbyá* ou o mundo dos *jurua* (homens brancos).

Para os trabalhadores indígenas os cuidados biomédicos são considerados complementares aos cuidados tradicionais, representando uma forma de “ajudar” suas comunidades. Já para os trabalhadores não indígenas os cuidados biomédicos

são uma das formas de interferência na cultura *Mbyá*, pela qual se sentem parcialmente culpados. Esta culpa gera angústias à estes trabalhadores, que situam-se nos limites da tensão entre manutenção e mudanças na cultura *Mbyá*.

Para os trabalhadores indígenas os cuidados tradicionais são parte de sua visão de mundo e *ethos* tribal, sendo considerados completamente naturais e espontâneos. Já para os trabalhadores não indígenas os cuidados tradicionais são representados enquanto “religião” que, por isso, necessita ser “respeitada”, mesmo que este respeito traga, em certos momentos, sofrimento pela perda de vidas, principalmente de crianças.

A ancoragem do cuidado em saúde na categoria família evidenciou o papel central dos sujeitos do cuidado, os *Mbyá*-Guarani, para as práticas de cuidado. Fronteiras étnicas também ficaram evidentes na análise destas representações, pois a noção de família é diferente para trabalhadores indígenas e não indígenas.

Para os trabalhadores indígenas a família é representada em coletivos maiores de pessoas, suas comunidades como um todo, revelando sentimentos de satisfação e conquistas quando o trabalho comunitário conduz à melhorias na saúde do grupo: cuidados com a água, mutirões de limpeza, recolhimento de lixo, sempre em grupos.

Já para os trabalhadores não indígenas a família foi representada num modelo ocidentalizado “ideal”: pai, mãe e filhos. Para estes trabalhadores a esfera de pertença das representações sociais fixou-se no nível subjetivo, pois as comparações e referências que fizeram recaíram nas suas próprias famílias, em especial, seus filhos, em comparação com os filhos dos *Mbyá*. Isto gera outro tipo de tensão para as práticas de cuidado dos trabalhadores não indígenas: prazer por representarem a família *Mbyá* e seus filhos como livres, felizes, independentes, e sofrimento por representarem estas mesmas crianças como vítimas de formas de cuidado inadequadas por parte de suas famílias, principalmente com relação à higiene e alimentação.

A ancoragem do cuidado em saúde na categoria trabalho revelou as tensões existentes nos cotidianos das práticas de cuidado, advindas das discrepâncias entre “modelos ideais” e “modelos reais” de organização dos serviços. O cuidado em saúde na perspectiva da integralidade fica prejudicado em função deste descompasso, que

impede, principalmente, o estabelecimento de vínculos afetivos e efetivos entre os integrantes das EMSI e destes com seus usuários, os *Mbyá-Guarani*.

Neste estudo, a análise das representações sociais do cuidado conduziu à compreensão das atitudes de cuidado dos trabalhadores das EMSI em relação aos *Mbyá* o que, por sua vez, resultou na compreensão das dificuldades e potencialidades inerentes às suas práticas de cuidado.

Dentre as dificuldades encontradas, a principal é que parece ser pouco claro aos trabalhadores, sobretudo os não indígenas, que existem padrões culturais tradicionais que são preservados e padrões culturais em constante transformação, independentemente do contato interétnico irrefreável. E que os limites étnicos são estabelecidos nas relações sociais. Portanto, se estes trabalhadores considerassem que as culturas são dinâmicas e interinfluenciáveis, devido à convivência dos indivíduos e das trocas estabelecidas por meio de suas representações sociais, poderiam amenizar as tensões descritas entre práticas tradicionais/biomédicas, buscando fortalecer cada vez mais o diálogo e os processos de negociação na construção de práticas de cuidado híbridas, no verdadeiro sentido da intermedicalidade. Ainda existem poucas experiências neste sentido.

Da mesma forma, as representações sociais dos trabalhadores não indígenas relacionadas à categoria família ainda não consideram a diversidade cultural numa perspectiva plena. Há contradições reveladas nas formas como representam a família *Mbyá*, ora com admiração, ora com discriminação, principalmente quando referem-se a cuidados dos pais com a alimentação e com a higiene de suas crianças. Estas representações, que limitam a visão de família à dimensão cultural, podem ser responsáveis, em parte, pelas dificuldades que os trabalhadores não indígenas tem para desenvolver trabalhos educativos no sentido da promoção da saúde.

Assim, para os trabalhadores não indígenas as famílias *Mbyá* apresentam sim diferenças culturais na forma de criar e educar os filhos, entretanto, suas representações sociais fixam-se apenas nestes padrões, não enfatizando que existe um contexto social, econômico e político mais amplo de violência estrutural, ligada à pobreza e à discriminação étnica, que leva estas famílias à viverem em péssimas condições de vida, sem terras, sem água potável, sem energia elétrica, sem saúde. Parafraseando a fala de uma trabalhadora não indígena, “não é porque são índios que

tem que viver na sujeira”. Portanto, o cuidado em saúde a partir desta representação social de família, limitada à dimensão cultural, perde força no sentido da integralidade, considerando-se que esta deve envolver tanto práticas preventivas como curativas.

A ancoragem das representações sociais do cuidado na categoria trabalho reiterou a complexidade do trabalho em saúde em contextos de interculturalidade, na atenção à saúde indígena. De fato, são muitas as dificuldades que os trabalhadores de saúde enfrentam “na ponta”, no trabalho diário nos contextos de interculturalidade “reais”. Os modelos “ideais” de organização dos serviços que impõem rotinas, protocolos, jornadas, formulários para preenchimento e envio às instâncias superiores, regras, etc, muitas vezes tiram o foco do trabalho em prol do cuidado integral e limitam-no ao cuidado descontextualizado, desumanizado, puramente técnico e infeliz.

Espera-se que este estudo possa contribuir com a reflexão de trabalhadores de saúde que atuam em contextos de interculturalidade, sejam eles indígenas ou não, no sentido de compreenderem o seu papel protagonista nas mudanças que precisam ser implementadas em busca de práticas de cuidado humanizadas e sensíveis à todos os tipos de diferenças entre as pessoas.

Recomenda-se que outros estudos sejam realizados tendo como objeto o cuidado em saúde na perspectiva da integralidade, pois cada contexto é singular e revelará novos conhecimentos, novos caminhos, novas experiências de alteridade .

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira. SANTOS, Maria de Fátima de Souza. TRINDADE, Zeidi Araújo (orgs.). Teoria das Representações Sociais – 50 anos. Brasília: Technopolitik, 2011.

ALVAREZ, Elizabeth Chávez; MONCADA, Maria Josefa Arcaya; ARIAS, Gladys Garcia; ROJAS, Teresa Catalina Surca; CONTRERAS, Maria Virginia Infante. Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: representaciones sociales de mujeres de uma comunidade nativa em Perú. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2007 Out-Dez; 16(4): 680-7.

ANDRADE, João Tadeu; COSTA, Liduina Farias Almeida da. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. Saúde Soc. São Paulo, V.19, n. 3, p.497-508, 2010.

ATHIAS, Renato; MACHADO, Marina. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários : temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(2): 425-431, mar/abr/2001.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 10(3):549-554, 2005.

_____. Cuidado e Humanização das Práticas de Saúde. In: DESLANDES, Suely Ferreira (org.). Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 416 p. (Coleção Criança, Mulher e Saúde).

_____. Prefácio à 8ª edição. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2009.

BARTH, Fredrik. Introducción. In: Los grupos étnicos y sus fronteras: la organización social de las diferencias culturales. México, 1976.

BRASIL. Constituição 1988: Texto Constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 18/98 e Emendas

Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. – Ed atual. Em 1988. – Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 1988.

_____. Presidência da República. Lei 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. Documento eletrônico. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 31 ago 2013.

_____. Lei nº 9.836 de 23 de setembro de 1999: acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena [documento da Internet]. Brasília; 1999. [acesso em 17 set. 2010] Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/legislacao-1/leis-ordinarias/1999#content>

_____. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos indígenas [documento na Internet]. 2ª. ed. Brasília; 2002. [acesso em 10 jan. 2011] Disponível em: http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/biblioteca/sauInd_politica.pdf

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 397, de 09 de outubro de 2002. Aprova a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, versão 2002 para uso em todo território nacional e autoriza a sua publicação.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Inovação Gerencial. Regimentos Internos e Organogramas Básicos do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Documento da Internet. Disponível em: <189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf> Acesso em: 02 nov 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca virtual em saúde. Glossário eletrônico. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/glossario/>. Acesso em: 26 dez 2013.

CAMARGO, Brígido Vizeu. Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; CAMARGO, Brígido Vizeu; JESUÍNO, Jorge Correia; NÓBREGA, Sheva Maia da (orgs.). Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: Editora Universitária – UFPB, 2005.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. Revista de Antropologia, Vol. 39. Nº 1, pp. 13-37, 1996.

CATTANI, Antonio David; RIBEIRO, Jorge Alberto Rosa. Formação profissional. In: CATTANI, Antonio David; HOLZMANN, Lorena (orgs.). Dicionário de trabalho e tecnologia. Porto Alegre: Zouk, 2011.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2009.

COSTA, Ana Maria, SILVA, AF, VERANI, CBL, RODRIGUES, DA, CAMPOS, FCC, PELEGRINI, MA et al. Relatório da 2ª. Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas [documento na Internet, acesso em 8 jan 2011], 1993, Luziânia (GO). Saúde em Debate. 1994 Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/geral/2cnsi.pdf>

DESCHAMPS, Carina Botton; ROSA, Rogério Reus Gonçalves da. Algumas considerações sobre o xamanismo entre os *Mbyá*-Guarani. Resumo para o XVI Congresso de Iniciação Científica – Pesquisa e Responsabilidade Ambiental. Pelotas/RS: ISP/UFPEL, sem data.

DOISE, Willem. Sistema e metassistema. In: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira. SANTOS, Maria de Fátima de Souza. TRINDADE, Zeidi Araújo (orgs.). Teoria das Representações Sociais – 50 anos. Brasília: Technopolitik, 2011.

FARMER, Paul. Na anthropology of structural violence. Current Anthropology Volume 45, Number 3, June 2004.

FEITOSA, Saulo Ferreira et al. Bioethics, culture and infanticide in Brazilian indigenous communities: the Zuruahá case. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(5):853-878, mai, 2010.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo dicionário aurélio da língua portuguesa*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, Luciane Ouriques. *Mba' e achy: a concepção cosmológica da doença entre os Mbyá-Guarani num context de relações interétnicas – RS*. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre, 2001.

FERREIRA, Luciane Ouriques. O desenvolvimento participativo da área de medicina tradicional indígena, Projeto Vigisus II/Funasa. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 21, supl. 1, p. 265-277, 2012.

FERREIRA, Luciane Ouriques. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.20, n.1, jan.-mar. 2013, p.203-219.

GARNELO, Luíza; WRIGHT, Robin. Doença, cura e serviços de saúde: representações, práticas e demandas Baníwa. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(2):273-284, mar-abr, 2001.

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

GIATTI, Leandro Luiz et al. Condições Sanitárias e socioambientais em Iauaretê, área indígena em São Gabriel da Cachoeira, AM. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(6):1711-1723,2007.

HEIDEGGER, Martin. *Ser e Tempo. Parte I*. Tradução de Macia Sá Cavalcante Schuback. Petrópolis/RJ: Editora Vozes e Bragança Paulista/SP: Universidade São Francisco, 2005.

HERZLICH, Claudine. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):57-70, 2005.

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2012.

JESUÍNO, Jorge Correia. Um conceito reencontrado. In: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira. SANTOS, Maria de Fátima de Souza. TRINDADE, Zeidi Araújo (orgs.). *Teoria das Representações Sociais – 50 anos*. Brasília: Technopolitik, 2011.

JODELET, Denise. Presença da cultura no campo da saúde. In: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira et al (orgs.). *Violência, exclusão social e desenvolvimento humano: estudos em representações sociais*. Brasília: Editora UnB, 2006.

JODELET, Denise. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 679-712, set./dez. 2009

JODELET, Denise. A fecundidade múltipla da obra “A psicanálise, sua imagem, seu público”. In: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira. SANTOS, Maria de Fátima de Souza. TRINDADE, Zeidi Araújo (orgs.). *Teoria das Representações Sociais – 50 anos*. Brasília: Technopolitik, 2011.

JOVCHELOVITCH, Sandra. Representações sociais e polifasia cognitiva: notas sobre a pluralidade e sabedoria da razão em *Psicanálise sua Imagem e seu Público*. In: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira. SANTOS, Maria de Fátima de Souza. TRINDADE, Zeidi Araújo (orgs.). *Teoria das Representações Sociais – 50 anos*. Brasília: Technopolitik, 2011.

KLEINMAN, Arthur. What is specific in biomedicine. In: *Writing at the margin. Discussion between anthropology and medicine*. Berkley, University of California Press, 1995, pp. 21-40.

LAGACHE, Daniel. Prefácio. In: MOSCOVICI, Serge. *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis: Vozes, 2012.

LAHLOU, Saadi. Difusão das representações sociais e inteligência coletiva distribuída. In: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira. SANTOS, Maria de Fátima de Souza. TRINDADE, Zeidi Araújo (orgs.). Teoria das Representações Sociais – 50 anos. Brasília: Technopolitik, 2011.

LANGDON, Esther Jean (org.). Xamanismo no Brasil: novas perspectivas. Florianópolis: UFSC, 1996.

LANGDON, Esther Jean. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luisa (orgs.). Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

LANGDON, Esther Jean; DIEHL, Eliana E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. Saúde Soc. São Paulo, v. 16, n. 2, p. 19-36, 2007.

LARAIA, Roque de Barros. Cultura: um conceito antropológico. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 2004.

LIEBGOTT, Roberto Antonio. Os Guarani e a luta pela terra. In: Coletivos Guarani no Rio Grande do Sul: territorialidade, interetnicidade, sobreposições e direitos específicos. Porto Alegre: ALRS/CCDH, 2010.

LÓPEZ, Gloria Margarita Alcaraz. A Fecundidade entre os Guarani: um legado de kunhankarai. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP, 2000 (tese de doutoramento).

LUZ, Madel Therezinha. Natural, racional e social. Razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza; PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francine Lube. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben de Araújo. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2013.

MACIEL, Silvana Carneiro; OLIVEIRA, Rita de Cássia Cordeiro de; MELO, Juliana Rízia Félix de. Alcoolismo em Indígenas Potiguara: Representações Sociais dos Profissionais de Saúde. Psicologia: Ciência e Profissão, 2012, 32 (1), 98-111.

MATTOS, Ruben Araújo de. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2009. p. 43-68.

MAZZOTI, Alda Judith Alves; CAMPOS, Pedro Humberto Faria. Cibercultura: uma nova “era das representações sociais”? In: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira. SANTOS, Maria de Fátima de Souza. TRINDADE, Zeidi Araújo (orgs.). *Teoria das Representações Sociais – 50 anos*. Brasília: Technopolitik, 2011.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista; Trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (org.). *Dicionário de educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MENÉNDEZ, Eduardo L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva* 8(1): 185-207, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 17ª ed. Petrópolis – Rio de Janeiro: 2000.

MONTEIRO, John Manuel. Ao Guarani e a história do Brasil Meridional: séculos XVI – XVII. In: CARNEIRO DA CUNHA, Manuela da (org.). *História dos índios no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras/Secretaria Municipal de Cultura/FAPESP, 1992.

MOSCOVICI, Serge. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 8ª ed. Rio de Janeiro/Petrópolis: Vozes, 2011.

MOSCOVICI, Serge. *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

OLIVEIRA, Denize Cristina de. A teoria das representações sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira. SANTOS, Maria de Fátima de Souza.

OLIVEIRA, Luiz Fernando de. CANDAU, Vera Maria Ferrão. Pedagogia decolonial e educação antirracista e intercultural no Brasil. Educação em Revista. Belo Horizonte. v.26. n.01. p.15-40. abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/edur/v26n1/02.pdf> Acesso em: 1 jun 2012.

OLIVEIRA, Rita de Cássia Cordeiro de. Representações sociais sobre a situação de vida, saúde e doença na concepção indígena Potiguara. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. v.14, n.32, p.233-4, jan./mar. 2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. Estratégias de la OMS sobre medicina tradicional: 2002-2005. Genebra, 2002. Disponível em: <http://www.amhb.org.br/media/estrategia.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2008.

PALMONARI, Augusto; CERRATO, Javier. Representações sociais e psicologia social. In: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira. SANTOS, Maria de Fátima de Souza. TRINDADE, Zeidi Araújo (orgs.). Teoria das Representações Sociais – 50 anos. Brasília: Technopolitik, 2011.

PEDROLO, Ana Maria; EICKHOFF, C. B.; PERES, P. P. de. Capacitação de agentes indígenas de saúde na Reserva Indígena Guarita, Redentora – RS. Boletim da Saúde [periódico na Internet]. 2008 [acesso em 6 jan 2011]; 22(1):31-8. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/img2/CAPACITACAO.pdf>

PELLON, Luiz Henrique C.; VARGAS, Líliliana A. Cultura, interculturalidade e processo saúde-doença: (des)caminhos na atenção à saúde dos Guarani Mbyá de Aracruz, Espírito Santo. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1377-1397, 2010.

PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Limites, traduções e afetos: profissionais de saúde em contextos indígenas. MANA 18(3): 511-538, 2012.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (orgs.). Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003.

_____. Apresentação à 4ª edição. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/IMS: ABRASCO, 2013

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel Therezinha. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003.

PINHEIRO, Roseni. Cuidado em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (org.). Dicionário de educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PINHEIRO, Roseni; SILVEIRA, Rodrigo; LOFEGO, Juliana; SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes. Integralidade sem fronteiras: itinerários de justiça. Formativos e de gestão na busca por cuidado. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2012.

RODRIGUES, Maria Beatriz. Interculturalidade: por uma genealogia da discriminação. *Psicologia & Sociedade*; 19 (3): 55-61, 2007.

SANTOS-GRANERO, Fernando. Hakani e a campanha contra o infanticídio indígena: percepções contrastantes de humanidade e pessoa na Amazônia brasileira. *MANA* 17(1): 131-159, 2011.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. *PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1): 29-41, 2007.

SHADEN, Egon. Aspectos fundamentais da cultura Guarani. São Paulo: EPU, Editora da Universidade de São Paulo, 1974.

SHIMIZU, Helena Eri et al. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol.18, n.8, p.2275-2284, Ago 2013.

SIASI. Sistema de Informações em saúde indígena, 2012. In: <www.saude.gov.br/siasi> . Acesso em: 17 out 2013.

SILVA, Sergio Baptista; TEMPASS, Martín César; COMANDULLI, Carolina Schneider. Reflexões sobre as especificidades Mbyá Guarani nos processos de identificação de terras indígenas a partir dos casos de Itapuã, Morro do Coco e Ponta da Formiga/Brasil. *Amazônica* 2 (1): 10 – 23, 2010.

SILVEIRA, Rodrigo; PINHEIRO, Roseni. O mundo da Amazônia e o diálogo entre culturas na prática médica junto aos povos da floresta. In: PINHEIRO, Roseni et al (orgs.). *Integralidade sem fronteiras: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2012.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (orgs.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003.

TRINDADE, Zeidi Araújo (orgs.). *Teoria das Representações Sociais – 50 anos*. Brasília: Technopolitik, 2011.

VIGARELLO, Georges. *O limpo e o sujo*. São Paulo: Martins Fontes: 1996.

WALDOW, Vera Regina. *Cuidado humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

WALSH, Catherine. *La educación Intercultural en la Educación*. Peru: Ministerio de Educación. (documento de trabalho), 2001

WOLTER, Rafael Moura Coelho Peclý. Serge Moscovici: um pensador social. In: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira. SANTOS, Maria de Fátima de Souza. TRINDADE, Zeidi Araújo (orgs.). *Teoria das Representações Sociais – 50 anos*. Brasília: Technopolitik, 2011.



UnB

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO
BRASÍLIA - DF
TELEFONE (061) 3107-1947
E-mail: cepfs@unb.br
<http://fs.unb.br/cep/>

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL**

Eu, Mirian Benites Falkenberg, pesquisador responsável pelo projeto "Representações do cuidado em contextos de interculturalidade" declaro estar ciente e que cumprirei os termos da Resolução 196 de 09/10/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e declaro: (a) assumir o compromisso de zelar pela privacidade e sigilo das informações; (b) tornar os resultados desta pesquisa públicos sejam eles favoráveis ou não; e, (c) comunicar o CEP sobre qualquer alteração no projeto de pesquisa, nos relatórios anuais ou através de comunicação protocolada, que me forem solicitadas.

Brasília, 22 de fevereiro de 2013.

Assinatura:

Mirian Benites Falkenberg

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Representações do cuidado em contextos de interculturalidade”, que tem como objetivo analisar as representações sociais do cuidado em saúde, dos profissionais de saúde que atuam em Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) no Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul do Rio Grande do Sul (Dsei Litoral Sul/RS), junto à população indígena *Mbyá*- Guarani.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá em momento algum, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identifica-lo.

A sua participação na pesquisa consistirá em responder perguntas a serem realizadas sob a forma de uma entrevista individual, que o(a) senhor(a) deverá responder em local e data previamente combinados, com um tempo estimado para sua realização entre 30 a 120 minutos. A entrevista será gravada em MP3 para posterior transcrição. Haverá ainda uma segunda forma de participação, que será permitindo que a pesquisadora responsável por essa pesquisa acompanhe e observe, em campo, o seu trabalho de rotina junto à população indígena a qual assiste.

Informamos que o(a) senhor(a) poderá se recusar a responder à entrevista ou participar de qualquer procedimento de observação o qual lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Prevê-se que os resultados dessa pesquisa sejam conhecidos pelas pessoas, equipes e comunidades envolvidas, de forma que os conhecimentos por ela produzidos tragam benefícios que possam ser sentidos, mesmo após o término da pesquisa. Também, como se trata de uma pesquisa de Mestrado, seus resultados deverão ser divulgados em meios de divulgação científica como

congressos, revistas, livros, etc, inclusive os promovidos/patrocinaados pelo Ministério da Saúde e Universidade de Brasília, entre outros.

Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora durante um período de cinco (5) anos e incinerados após esse tempo.

Se o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para a pesquisadora Mirian Benites Falkenberg, nos seguintes telefones: (61) 3879-12-60 ou (61) 9966-70-25.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, que é uma instância colegiada, constituída em respeito às normas da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de caráter inter e transdisciplinar, onde participam profissionais da área biomédica, das ciências sociais e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

O CEP tem como principais atribuições *i* - revisar todos os protocolos de pesquisa com responsabilidade pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição; *ii* – emitir parecer consubstanciado, por escrito; *iii* – manter a guarda confidencial e o arquivamento do protocolo completo, que ficará à disposição de autoridades sanitárias; *iv* – desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência; *v* – receber dos sujeitos da pesquisa ou de qualquer parte, denúncias de abusos ou notificações sobre fatos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, deliberando pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo adequar o termo de consentimento; *vi* – manter comunicação regular e permanente com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS).

As dúvidas com relação à assinatura deste TCLE ou de seus direitos enquanto sujeito da pesquisa podem ser obtidos no seguinte endereço: Faculdade de Ciências da Saúde – Campus Darcy Ribeiro – Universidade de Brasília – Brasília/DF – Cep: 70.904-970, ou pelo telefone: (61) 3107-19-47 ou pelos endereços eletrônicos: <http://fs.unb.br/cep> ou cepfs@unb.br . Horário de funcionamento: 9h às 12h e 14h às 17h.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com você.

_____ - _____

Nome / Assinatura do Participante da Pesquisa

Mirian Benites Falkenberg - Pesquisadora Responsável

_____, _____ de _____ de 2013.



UnB

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO
BRASÍLIA - DF
TELEFONE (081) 3107-1947
E-mail: cebfa@unb.br
<http://fe.unb.br/cepr/>

TERMO DE CONCORDÂNCIA

O Sr. Paulo dos Santos Camargo, Coordenador Distrital de Saúde Indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul (DSEI Litoral Sul), está de acordo com a realização, neste Distrito, da pesquisa "Representações das Práticas de Cuidado em Contextos de Interculturalidade", de responsabilidade da pesquisadora Mirian Benites Falkenberg, com a finalidade de analisar as representações sociais de profissionais que compõem as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) sobre suas práticas de cuidado em saúde, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

O estudo envolve a realização de observação participante e de entrevistas com profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares/técnicos de enfermagem, Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) que atuam nas EMSI de polos-base situados no Estado do Rio Grande do Sul. Cada entrevista terá duração estimada entre 30 a 120 minutos, com previsão de início a partir de março/2013.

Brasília, 1 de fevereiro de 2013.


Paulo dos Santos Camargo
Coordenador Distrital do Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul
Assinatura/carimbo


Gilson Antônio Urnau
Chefe do Serviço de Saúde Local/RS
Assinatura/carimbo

Mirian Benites Falkenberg
Pesquisadora Responsável pelo Protocolo de Pesquisa
Assinatura



UnB

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO
BRASÍLIA - DF
TELEFONE (061) 3107-1947
E-mail: cepfs@unb.br
<http://fs.unb.br/cep/>

TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA

O Sr. Luiz de Souza Karáí, Presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul (Condisi/Dsei Litoral Sul) está ciente e de acordo com a realização, nesse Distrito, da pesquisa “Representações das Práticas de Cuidado em Contextos de Interculturalidade”, de responsabilidade da pesquisadora Mirian Benites Falkenberg, com a finalidade de analisar as representações sociais de profissionais que compõem as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) sobre suas práticas de cuidado em saúde, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

O estudo envolve a realização de entrevistas com profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares/técnicos de enfermagem, Agentes Indígenas de Saúde – AIS e Agentes Indígenas de Saneamento - AISAN) que atuam nas EMSI de polos-base situados no Estado do Rio Grande do Sul. Cada entrevista terá duração estimada entre 30 e 120 minutos, com previsão de início a partir de agosto/2013.

Brasília, 21 de maio de 2013.

Luiz de Souza Karáí
Presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena - Dsei Litoral Sul
Assinatura/carimbo

Mirian Benites Falkenberg
Pesquisadora Responsável pelo Protocolo de Pesquisa
Assinatura



UnB
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO
BRASÍLIA - DF
TELEFONE (061) 3107-1947
E-mail: cepfs@unb.br
<http://fs.unb.br/cep/>

Carta de requerimento de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Senhor(a) Coordenador(a),

Venho por meio desta requerer a esse Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos a liberação da exigência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), do projeto intitulado "Representações do Cuidado em Contextos de Interculturalidade", nº de registro CAAE: 13562213.4.0000.0030, conforme justifica-se abaixo.

Justifica-se: Considerando que a pesquisa envolverá duas técnicas de coleta de dados, a saber: Entrevistas Semi-estruturadas e Observação Participante, propõe-se a DISPENSA DO TCLE SOMENTE PARA A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE. Justifica-se a inviabilidade do consentimento individual dos pacientes indígenas, em sua forma escrita, devido à impossibilidade de dimensionar a quantidade de pessoas que poderão ser assistidas pelos profissionais das EMSI (e que teriam de ser abordadas individualmente), faixa-etária, domínio da língua portuguesa falada e escrita e principalmente, a fim de não causar interferências na rotina do trabalho em saúde desenvolvida pelos profissionais, o que poderia prejudicar o próprio atendimento e também a análise das práticas de cuidado. Justifica-se essa decisão ainda pela opção metodológica de utilizar a observação como procedimento complementar às entrevistas. Destaca que sua inserção nas comunidades ocorrerá em companhia dos



UnB

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS**

CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO

BRASÍLIA - DF

TELEFONE (061) 3107-1947

E-mail: cepfs@unb.br

<http://fs.unb.br/cep/>

profissionais das EMSI, que buscará autorização das lideranças indígenas, e que em momento algum "adentrará as residências dos indígenas". Salienta-se ainda que, apesar da ausência de um TCLE ESCRITO, o consentimento oral será imprescindível. Além disso, se for identificada qualquer resistência ou desconforto por parte do(s) indígena(s) observado(s), em atendimento, a pesquisadora suspenderá imediatamente a observação participante. Quanto à técnica de coleta de dados ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS, estas NÃO DISPENSARÃO O TCLE, conforme já explicitado no protocolo de pesquisa, e cujo modelo, considerado apropriado e suficientemente esclarecedor dos riscos e benefícios da pesquisa por este Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), encontra-se em anexo no protocolo de pesquisa, APÊNDICE B.

Nestes termos, pede deferimento.

Brasília, 27 de maio de 2013.

Assinatura do pesquisador responsável

Nome: Mirian Benites Falkenberg



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES DO CUIDADO EM CONTEXTOS DE INTERCULTURALIDADE

Pesquisador: MIRIAN BENITES FALKENBERG

Área Temática: Área 6. Populações Indígenas

Versão: 4

CAAE: 13562213.4.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 313.588

Data da Relatoria: 12/06/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de nova resposta da pesquisadora responsável ao Parecer Consubstanciado CE/FS-UnB. O estudo exploratório de abordagem qualitativa está embasado na Teoria das Representações Sociais. O objetivo geral é analisar as representações sociais dos profissionais de saúde que atuam nas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) do Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul do Rio Grande do Sul (Dsei Litoral Sul/RS) sobre cuidado em saúde junto à população indígena da etnia Guarani, na perspectiva do cuidado como ação integral. Os objetivos específicos são: a. Identificar as representações sociais dos profissionais de saúde relacionadas às diferenças dos sujeitos quanto à etnia, na perspectiva da alteridade; b. Identificar as representações sociais dos profissionais de saúde relacionadas ao saber e às práticas da medicina tradicional indígena, na perspectiva da integralidade; c. Discutir as práticas de cuidado dos profissionais de saúde junto à população indígena, a partir das suas representações sociais. Para a coleta dos dados utilizar-se-á a entrevista semi-estruturada e a observação participante, sendo essa, estratégia complementar àquela. Para as entrevistas utilizar-se-á um roteiro de questões-guia que têm origem no problema de pesquisa: como os profissionais de saúde das EMSI do Dsei Litoral Sul/RS representam o

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

Fax: (61)3307-3799

E-mail: cepfs@unb.br



Continuação do Parecer: 313.588

cuidado em saúde em contexto intercultural indígena, sob a perspectiva da alteridade e da integralidade? A técnica de observação participante será utilizada nos momentos em que os profissionais de saúde que compõem as EMSI realizarem ações de atenção básica à saúde, no interior das Unidades Básicas de Saúde (UBS), e ainda, nas aldeias indígenas. Ressalta-se que as UBS localizam-se no interior dessas aldeias. Os dados obtidos por meio da técnica de observação participante serão registrados em diário de campo e, posteriormente, na fase de análise, serão articulados com os dados das entrevistas, buscando-se discutir as representações sociais no âmbito das práticas dos cuidados em saúde. A pesquisa será realizada no Dsei Litoral Sul/RS e os sujeitos da pesquisa serão os profissionais de saúde "indígenas e não indígenas" (médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, Agentes Indígenas de Saúde - AIS e Agentes Indígenas de Saneamento - AISAN) que compõem as EMSI de três polos-base, situados nos municípios de Viamão, Osório e Barra do Ribeiro. Os AIS e AISAN são trabalhadores indígenas, integrantes das EMSI, indicados para a função por suas comunidades, e que têm, entre outras atribuições, atuar como tradutores-intérpretes da língua Guarani junto aos profissionais de saúde não-indígenas. Também serão considerados sujeitos da pesquisa os integrantes das comunidades visitadas que surgirem nos momentos de observação da atuação das EMSI em atenção básica à saúde. Ressalta-se que esses últimos sujeitos, pertencentes às comunidades indígenas, serão observados enquanto "sujeitos do cuidado em saúde", desenvolvido pelos profissionais das EMSI e não serão entrevistados. As entrevistas serão transcritas pela pesquisadora e analisadas no Software Alceste que permite, entre outros recursos, extrair e organizar as estruturas mais significativas contidas no texto das entrevistas, bem como identificar a informação mais essencial nele inserida.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as representações sociais dos profissionais de saúde que atuam nas EMSI do DSEI Litoral Sul/RS sobre cuidado em saúde junto à população indígena da etnia Guarani, na perspectiva do cuidado como ação integral.

Objetivo Secundário:

a. Identificar as representações sociais dos profissionais de saúde relacionadas às diferenças dos sujeitos quanto à etnia, na perspectiva da alteridade. b. Identificar as representações sociais dos profissionais de saúde relacionadas ao saber e às práticas da medicina tradicional indígena, na

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br



Continuação do Parecer: 313.588

perspectiva da integralidade.c. Discutir as práticas de cuidado dos profissionais de saúde junto à população indígena, a partir das suas representações sociais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avaliação realizada no parecer consubstanciado complementar anterior. Foram apresentados procedimentos para minimização de riscos mínimos que se justificam frente aos benefícios esperados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se da avaliação da única alteração solicitada no parecer consubstanciado complementar anterior:

1) Adequação do protocolo na plataforma Brasil quanto ao item "dispensa do TCLE", cuja resposta deve ser "Sim"

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O novo projeto de pesquisa encontra-se devidamente apresentado, indicando a dispensa de TCLE. Ressalta-se que a dispensa de termo de consentimento individual e assinado dirige-se a apenas ao grupo indígenas observados durante o atendimento com profissionais da saúde, o que, como já foi explicitado pela pesquisadora, não implicará na ausência de concordância oral. Além disso, caso o indígena em atendimento manifeste incômodo com a presença da pesquisadora, ela se compromete a se retirar do local.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendência atendida.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

Considerações Finais a critério do CEP:

O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

Fax: (61)3307-3799

E-mail: cepfs@unb.br



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 313.588

BRASILIA, 24 de Junho de 2013

Assinador por:
Natan Monsores de Sá
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES DO CUIDADO EM CONTEXTOS DE INTERCULTURALIDADE

Pesquisador: MIRIAN BENITES FALKENBERG

Área Temática: Estudos com populações indígenas;

Versão: 6

CAAE: 13562213.4.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 518.681

Data da Relatoria: 25/11/2013

Apresentação do Projeto:

A pesquisa analisará as representações sociais dos profissionais de saúde que atuam em Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) do Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul do Rio Grande do Sul (Dsei Litoral Sul/RS) sobre cuidado em saúde junto à população indígena da etnia Guarani, na perspectiva do cuidado como ação integral. Buscar-se-á identificar as representações sociais dos profissionais sobre o cuidado em saúde, sob dois enfoques principais: o relacionado às diferenças dos sujeitos quanto à etnia, e o relacionado ao saber e às práticas da medicina tradicional indígena. A escolha destes enfoques foi embasada no seguinte conceito de cuidado em saúde: `Cuidado em saúde não é apenas um nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como `direito de ser. Pensar o direito de ser na saúde é ter `cuidado com as diferenças dos sujeitos respeitando as relações de etnia, gênero e raça que são portadores não somente de deficiências ou patologias, mas de necessidades específicas. Pensar o direito de ser é garantir acesso às outras práticas terapêuticas, permitindo ao usuário participar ativamente da decisão acerca da melhor tecnologia médica a ser por ele utilizada. [...]. Dentre as inúmeras definições que compõem o conceito de Representações Sociais (RS) elegemos, para esta pesquisa, a que nos pareceu mais adequada aos nossos propósitos: [...]

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.750-521

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5878

E-mail: conep@saude.gov.br

Continuação do Parecer: 518.681

um conjunto de conceitos, proposições e explicações originados na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais, que funciona como uma espécie de teoria do senso comum. A escolha do objeto de estudo cuidado em saúde se deu em razão de: i- no Brasil são poucas as produções científicas que abordam, diretamente, o tema cuidado em saúde em contexto intercultural indígena; ii- a pesquisadora atua na Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas para Atuação em Contexto Intercultural (Codepaci), da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), do Ministério da Saúde (MS) e, em função disso, há interesse em ter como sujeitos de pesquisa os profissionais de saúde que atuam nas EMSI para conhecer as representações que norteiam

as práticas desses profissionais; iii acredita-se, com o estudo, poder contribuir para a reflexão dos profissionais de saúde, bem como para os processos de formação e qualificação dos mesmos, para sua atuação em contexto intercultural indígena. O trabalho desenvolvido por profissionais de saúde junto às comunidades indígenas tem sido pouco estudado nestes últimos 13 anos de existência do Subsistema de Atenção à Saúde das Populações Indígenas, criado em 1999. Estudos pontuais indicam dificuldades desses profissionais, principalmente no aspecto das relações interculturais, o que se atribui, entre outras causas, a deficiências em seus processos acadêmicos de formação. Somando-se a isso, constata-se uma enorme diversidade de contextos interculturais indígenas existentes no Brasil. O universo hoje é de 637.176 indígenas, de mais de 220 etnias diferentes e falantes de cerca de 170 línguas. Esta diversidade populacional e cultural torna complexo o trabalho dos profissionais de saúde. A pesquisadora informa que López (2000), em sua tese de doutoramento sobre a fecundidade dos Guarani-Mbyá do Rio de Janeiro, já discutia o despreparo dos funcionários que estabelecem as políticas e dos profissionais de saúde para abordar a temática indígena num marco de interculturalidade. Refere ainda o modelo universitário que prepara profissionais no modelo biomédico e medicalizado, que é tido como hegemônico, superior, única alternativa. Segundo a pesquisadora, Athias e Machado (2001) fazem uma crítica à organização dos serviços que não privilegia a participação social e o diálogo intercultural entre a medicina ocidental e a tradicional indígena: [...] existe uma prática de organização de serviços de saúde que relega a segundo plano a participação social, perdendo-se assim a oportunidade de diálogo, por exemplo, entre a prática médica ocidental e a medicina tradicional, a qual pode contribuir para o desenvolvimento de um sistema local de saúde adequado à realidade dos povos indígenas. Segundo a pesquisadora, Langdon e Diehl (2007), em pesquisa realizada com AIS em Santa Catarina, afirmam que as pesquisas demonstram

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.750-521

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5878

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 518.681

claramente que os princípios da atenção diferenciada, tão bem elaborados nos documentos oficiais, ainda não se tornaram uma realidade. Elas referem-se, principalmente, ao controle social e à formação das equipes multiprofissionais para trabalhar em situações multiculturais. Muitos conflitos culturais criados entre profissionais de saúde e índios são parcialmente superados quando esses profissionais convivem diretamente com essa população, já que a relação intercultural favorece a construção de um diálogo e a compreensão de aspectos da cultura. E ainda, que os conhecimentos exigidos dos profissionais para trabalhar com essa população não são supridos pelos sistemas formadores de recursos humanos para a saúde. A formação profissional em saúde ainda se dá de forma fragmentada, biomédica, teórica, sem levar em conta o contexto sociocultural, sendo necessário, portanto, uma aproximação dessas áreas com as ciências humanas, particularmente com a Antropologia e a Sociologia, o que certamente terá como resultado a consideração das diferentes realidades e das diversidades envolvidas nesse processo. É importante também que, nesta formação, sejam ampliadas as atividades multiprofissionais e extramuros. Segundo a pesquisadora, Pedrolo

e colaboradores, em estudo sobre capacitação de AIS na Reserva Indígena Guarita, no município de Redentora/RS, também constataram que os profissionais de saúde não pareciam se reconhecer enquanto grupo que discute e avalia continuamente seu processo de trabalho. Estas referências indicam a necessidade de avançarmos nos estudos sobre o trabalho em saúde em contexto intercultural. Por isso, nesta pesquisa, intentaremos uma aproximação das práticas de cuidado, acessando-as por meio da TRS, pois se entende que estas, além de derivadas de conhecimentos sistematizados durante os processos de formação profissional, também possam ser fortemente influenciadas por um conhecimento de senso comum, engendrado socialmente. Conforme descrição da pesquisadora, Oliveira (2011) refere que: [...] ao focalizar o processo de trabalho e as tecnologias de cuidado é possível perceber as dimensões formais e informais presentes nessa determinação de necessidades, e verificar como e sob quais facetas essas concepções se manifestam, sejam elas mais técnicas, políticas, sociais, representacionais ou culturais. Esta pesquisa buscará responder a seguinte pergunta de pesquisa: como os profissionais das EMSI do Dsei Litoral Sul/RS representam o cuidado em saúde em contexto intercultural indígena? Segundo Oliveira, Minayo afirma que "[...] alguns profissionais de saúde, apesar de tudo e de todos, das dificuldades financeiras e estruturais, do pouco tempo e do muito trabalho, cultivam uma ética do cuidado pleno [...]". A autora complementa dizendo que acredita que todo esforço de humanização precisa

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.750-521

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5878

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 518.681

incluir o universo em que os cuidados de saúde são produzidos, seus produtores em interação, suas representações e seus atos. Assim, nesta pesquisa, a partir da análise das representações sociais do cuidado em contextos de interculturalidade, acredita-se, poder contribuir para a reflexão dos profissionais de saúde, bem como para os processos de seleção, formação e qualificação dos mesmos, para sua atuação em contexto intercultural indígena.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar as representações sociais dos profissionais de saúde que atuam nas EMSI do DSEI Litoral Sul/RS sobre cuidado em saúde junto à população indígena da etnia Guarani, na perspectiva do cuidado como ação integral.

Objetivo Secundário: a. Identificar as representações sociais dos profissionais de saúde relacionadas às diferenças dos sujeitos quanto à etnia, na perspectiva da alteridade.

b. Identificar as representações sociais dos profissionais de saúde relacionadas ao saber e às práticas da medicina tradicional indígena, na perspectiva da integralidade. c. Discutir as práticas de cuidado dos profissionais de saúde junto à população indígena, a partir das suas representações sociais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora:

Riscos: Por tratar-se de estudo que envolve, dentre os sujeitos de pesquisa, pessoas indígenas, alguns dos riscos possíveis poderão estar associados ao contato interétnico, ou seja, à dimensão cultural das comunidades envolvidas. Nesse sentido, justifica-se que a pesquisadora, como técnica do Ministério da Saúde/Secretaria Especial de Saúde Indígena (MS/Sesai), detém conhecimentos técnicos e da legislação que envolve esses povos, além de experiência profissional de cinco anos na área, que serão utilizados, no sentido do absoluto respeito ao modo de vida, convenções sociais, religiosidade, língua, hábitos e costumes, relação intercultural, entre outros, dessa população. Aos profissionais não indígenas, também sujeitos da pesquisa, pretende-se possibilitar a reflexão a cerca de suas práticas de cuidado junto à população indígena Guarani. Para isso, os procedimentos de pesquisa de campo e, posteriormente, a publicação dos resultados, pautar-se-ão pelo rigor científico e pela condução ética, a fim de minimizar qualquer possibilidade de riscos de natureza psíquica, moral, intelectual ou social a esses profissionais. É considerada ínfima a possibilidade de riscos de dimensão física aos sujeitos da pesquisa, devido à natureza da mesma, pois se trata de estudo exploratório, qualitativo, baseado na TRS, com enfoque subjetivistacompreensivista. Para minimizarem-se os possíveis riscos da pesquisa, o

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.750-521

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5878

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 518.681

trabalho de campo será previamente planejado entre a pesquisadora, gestores e lideranças indígenas locais. As entrevistas serão consentidas mediante assinatura de TCLE devidamente elucidado, datado e assinado. Toda e qualquer dúvida sobre a participação dos sujeitos da pesquisa, nas entrevistas, estarão minuciosamente esclarecidas nesse termo. Obedecendo-se o item IV.3, letra e da Resolução 196/96, que dispõe que em comunidades

culturalmente diferenciadas, inclusive indígenas, deve-se contar com a anuência antecipada da comunidade através dos seus próprios líderes afirma-se que as lideranças indígenas locais serão consultadas, oportunamente, quanto à participação dos membros das suas comunidades, na condição de usuários/sujeitos do cuidado em saúde, nos momentos de observação participante. A técnica de observação se dará durante a assistência nas UBS, que se localizam dentro das comunidades, ou em momentos fora delas, em outros espaços de convivência comunitária, como a escola indígena, ao ar livre, nos arredores das residências, etc. Ressalta-se que em momento algum a pesquisadora adentrará as residências indígenas. O trabalho das EMSI tem por característica, um caráter itinerante dentro das comunidades, entretanto, as chamadas visitas domiciliares costumam limitar-se ao espaço peridomiciliar. Se torna inviável o consentimento individual, por escrito, dos

membros dessas comunidades indígenas, nos momentos de observação participante, devido à impossibilidade de dimensionar a quantidade de pessoas que poderão ser assistidas pelos profissionais das EMSI (e que teriam de ser abordadas individualmente), sua faixa-etária, domínio da língua portuguesa falada e escrita, etc. E ainda, principalmente, a fim de não causar interferências na rotina do trabalho em saúde desenvolvida pelos profissionais, o que prejudicaria a análise das práticas de cuidado baseadas nas RS. Essa decisão justifica-se ainda pela opção metodológica de utilizar a observação como procedimento complementar às entrevistas. A inserção da pesquisadora nas comunidades, em companhia dos profissionais das EMSI, se dará mediante autorização, por escrito dos Caciques.

BENEFÍCIOS: Pretende-se gerar conhecimentos que possam contribuir com os processos de seleção, formação e qualificação dos profissionais de saúde para atuação em contexto intercultural indígena. Considera-se que o contato interétnico nas EMSI já se dá de forma cotidiana, no âmbito do trabalho em saúde. Assim, a pesquisa poderá trazer conhecimentos que venham, inclusive, a melhorar a qualidade desse contato.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.750-521

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5878

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 518.681

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. Segundo o cronograma do estudo:

a) A defesa do Mestrado está prevista para Novembro/2013. Solicita-se esclarecer se a pesquisa de campo já foi iniciada.

RESPOSTA: Não. A pesquisa de campo somente será iniciada após parecer de aprovação da CONEP. Entretanto, considerando que a CONEP não postou parecer na Plataforma Brasil, para conhecimento da pesquisadora, em tempo hábil, conforme definido pela Norma Operacional nº 001/2013, item 2.3F: "[...] o prazo para emissão do parecer inicial, pela CONEP, é de sessenta (60) dias, a partir do aceite da documentação" (NORMA OPERACIONALICNS nº 001/2013), o cronograma da pesquisa de mestrado foi prejudicado. Assim, foi readequado pela pesquisadora e suas orientadoras, em consonância com o Regimento do Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Art. 20, Parágrafo Único: "A critério da Comissão PPGSC os prazos podem, excepcionalmente, ser estendidos ou reduzidos por um período inferior a um período letivo para o Mestrado". Enfatiza-se que o projeto de pesquisa foi aceito na CONEP no dia 17/7/2013 e o seu primeiro parecer (data da relatoria) é de 16/9/2013. Entretanto, este só foi dado ao conhecimento da pesquisadora, via Plataforma Brasil, em 8/11/2013, após muitas tentativas de esclarecimento da pesquisadora, via telefone, e-mail e Central de Atendimento on-line, quanto à demora. A Norma Operacional/CNS nº 001/2013 também prevê em seu item Disposições Gerais que: [...] as propostas de pesquisa e de desenvolvimento como também sua efetivação e divulgação de pareceres dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) devem ocorrer por meio da Plataforma Brasil. E ainda, em seu item 2.1D que: a[...] o parecer será validado na Plataforma Brasil preferencialmente durante os trabalhos da reunião". Sendo assim, reitero que o status da pesquisa constava, na Plataforma Brasil, sempre, como "em apreciação ética", desde o momento de seu recebimento, no mês de julho. As únicas orientações dadas à pesquisadora, quando procurava informações sobre o andamento de seu projeto, foram no sentido de encaminhá-la ao Suporte/DATASUS da Plataforma, para verificar algum problema técnico em seu funcionamento, ou que enviasse e-mails para conep@saude.gov.br (o que foi feito pelo menos duas vezes), além de aguardar o parecer na plataforma. Entretanto, o Parecer nº 447.256, repito, primeiro parecer da CONEP dado ao conhecimento da pesquisadora, foi postado

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.750-521

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5878

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 518.681

na Plataforma Brasil em 8/11/2013, última sexta-feira, após mais um pedido de satisfação via Plataforma Brasil/Central de Atendimento on-line, na mesma data. Favor verificar alterações no Cronograma de Pesquisa, no protocolo postado na Plataforma Brasil.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

b) Solicita-se esclarecer se o período estabelecido- para a coleta dos dados da etnia estudada (05 a 13 de agosto) é adequado para os propósitos da pesquisa.

RESPOSTA: Reitero que o estudo é direcionado aos profissionais de saúde que atuam nas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). Em cada uma das 3 (três) equipes em foco neste trabalho há cerca de 5 (cinco) profissionais não indígenas (1 médico, 1 enfermeiro, 1 dentista e 2 técnicos de enfermagem, conforme já foi verificado em contatos prévios como o escritório local do DSEI). Os demais entrevistados serão profissionais indígenas (AIS e AISAN) que residem nas aldeias/acampamentos (cerca de 2 ou 3 por aldeia, pois são grupamentos pequenos) que serão visitadas. Assim, o período estabelecido, de 7 dias úteis, será suficiente para realizar as 25 entrevistas previstas, com os profissionais itinerantes dos três pelos-base (não indígenas) mais os profissionais das aldeias (indígenas). As equipes se deslocam diariamente para prestar atendimento.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. No documento projeto de pesquisa "PB_PROJETO_DE_PESQUISA_135622.pdf", na introdução, lê-se: "ii - a pesquisadora atua na Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas para Atuação em Contexto Intercultural (Codepaci), da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), do Ministério da Saúde (MS) e, em função disso, há interesse em ter como sujeitos de pesquisa os profissionais de saúde que atuam nas EMSI para conhecer as representações que norteiam as práticas desses profissionais". No entanto, na folha de rosto consta como instituição proponente a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Nesse sentido, não ficou evidente qual a instituição proponente da pesquisa, considerando que há a informação de que a pesquisadora atua na SESAI, no entanto, a diretora da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília assina pela instituição proponente. Solicita-se esclarecimentos. RESPOSTA: Trata-se de Mestrado Acadêmico, com vínculo exclusivo com a Universidade de Brasília (UnB) - Pós Graduação em Saúde Coletiva, conforme enunciado na Carta de Apresentação ao CEP, arquivo postado em 21 de fevereiro de 2013 no protocolo de pesquisa da Plataforma Brasil (www.saude.gov.br/plataformabrasil). A única instituição proponente é a Fundação Universidade de Brasília/Faculdade de Ciências da Saúde/UnB,

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.750-521

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5878

E-mail: conep@saude.gov.br

Continuação do Parecer: 518.681

conforme Folha de Rosto para Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3. No documento projeto de pesquisa "PB_PROJETO_DE_PESQUISA_135622.pdf", no item "desenho" lê-se: "Para a coleta dos dados utilizar-se-á a entrevista semi-estruturada e a observação participante, sendo essa, estratégia complementar àquela. Para as entrevistas utilizar-se-á um roteiro de questões-guia que têm origem no problema de pesquisa: como os profissionais de saúde das EMSI do Dsei Litoral Sul/RS representam o cuidado em saúde em contexto intercultural indígena, sob a perspectiva da alteridade e da integralidade?". Solicita-se apresentar o roteiro de questões-guia para a devida análise ética.

RESPOSTA: O roteiro de questões-guia é o exposto abaixo. Também encontra-se anexado à este protocolo de pesquisa, na Plataforma Brasil, sob a denominação de "APÊNDICE A Questões guia de entrevista".
APÊNDICE A QUESTÕES GUIA DE ENTREVISTAS INDIVIDUAIS SEMIESTRUTURADAS 1. Há quanto tempo você trabalha como profissional de saúde (médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, agente indígena de saúde, agente indígena de saneamento, outro) na saúde indígena? Há quanto tempo nessa comunidade? 2. Como você cuida dessa população indígena, em seu trabalho enquanto profissional de saúde? Conte um pouco de sua experiência profissional. 3. Como você descreve o povo Guarani Mbyá? 4. Na sua visão, quais são as necessidades de saúde dessa população? 5. Como você entende/pensa uma atenção à saúde indígena que promova a "articulação dos sistemas tradicionais indígenas, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)? 6. Que facilidades e que dificuldades você encontra no seu dia-a-dia, no trabalho . com essa população indígena?

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4. Tendo em vista que a pesquisa envolverá população indígena, considera-se a possibilidade de que o processo de obtenção do consentimento seja conduzido em língua indígena, caso isso seja mais adequado "às peculiaridades culturais e lingüísticas dos envolvidos" (Res. CNS 304/2000, IV.2). Solicita-se esclarecimento e adequação. RESPOSTA: Consta no protocolo de pesquisa, item "Desenho de Estudo", que os Agentes Indígenas e Saúde (AIS) e os Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) "são trabalhadores indígenas, integrantes das EMSI, indicados para a função por suas comunidades, e que têm, entre outras atribuições, atuar como tradutores intérpretes da língua Guarani junto aos profissionais de saúde não indígenas". Portanto, reitera-se que os mesmos comunicam-se bem na língua portuguesa escrita e falada, não havendo a necessidade de

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.750-521

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5878

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 518.681

que o processo de obtenção do consentimento seja conduzido em língua indígena.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

5. Em relação ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE:

a) Nesse documento lê-se: "[...]. Esta pesquisa é de cunho acadêmico.". Na página 2/2 do mesmo documento lê-se: "Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília e no Ministério da Saúde, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora.". Não é eticamente aceitável que a publicação seja restrita à Universidade de Brasília e ao Ministério da Saúde, considerando que os participantes da pesquisa-serão recrutados de pólos-base de população indígena. Salienta-se ainda que "as pesquisas, em qualquer área do conhecimento envolvendo seres humanos, deverá garantir que as pesquisas em comunidades, sempre que possível, traduzir-se-ão em benefícios cujos efeitos continuem a se fazer sentir após sua conclusão. Quando, no interesse da comunidade, houver benefício real em incentivar ou estimular mudanças de costumes ou comportamentos, o protocolo de pesquisa deve incluir, sempre que possível, disposições para comunicar tal benefício às pessoas e/ou comunidades" (item 111.2.1.da Resolução CNS 466/2012). Solicitam-se esclarecimentos.

RESPOSTA: Esclareço que, por tratar-se de pesquisa de Mestrado Acadêmico, conforme enunciado na Carta de Apresentação ao CEP, arquivo postado em 21 de fevereiro de 2013 no protocolo de pesquisa da Plataforma Brasil (www.saude.gov.br/plataformabrasil). é obrigatória a divulgação/publicação dos resultados/achados de pesquisa em meios de divulgação científica convencionais, tais como congressos, seminários, periódicos, livros, entre outros, inclusive os promovidos e/ou patrocinados pelo Ministério da Saúde e Universidade de Brasília, entre outros. Quanto ao retorno dos resultados da pesquisa às pessoas e comunidades envolvidas, conforme previsto no item 111.2.1.da Resolução CNS 466/2012, houve equívoco da pesquisadora em não deixar isso suficientemente claro no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por isso foram feitas as adequações necessárias. Foi acrescentado o seguinte parágrafo no TCLE: "Prevê-se que os resultados dessa pesquisa sejam conhecidos pelas pessoas, equipes e comunidades envolvidas, de forma que os conhecimentos por ela produzidos tragam benefícios que possam ser sentidos, mesmo após o término da pesquisa. Também, como se trata de uma pesquisa de Mestrado, seus resultados deverão ser divulgados em meios de divulgação científica como congressos, revistas, livros, etc, inclusive os promovidos/patrocinados pelo Ministério da Saúde e Universidade de Brasília, entre -outros".

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 518.681

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

b) No TCLE lê-se: "Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone (61) 3107-19-47.". Solicita-se que seja incluído no TCLE uma breve descrição do que é o CEP, qual sua função no estudo, seu endereço, horário de funcionamento (Resolução CNS 466/2012, IV.5.d). Solicitase adequação.

RESPOSTA: Foram feitas as adequações solicitadas no TCLE, em anexo, na Plataforma Brasil. Acrescentaram-se os seguintes parágrafos: "Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, que é uma instância colegiada, constituída em respeito às normas da Resolução n° 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de caráter inter e transdisciplinar, onde participam profissionais da área biomédica, das ciências sociais e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O CEP tem como principais atribuições i - revisar todos os protocolos de pesquisa com responsabilidade pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição; ii - emitir parecer consubstanciado, por escrito; iii - manter a guarda confidencial e o arquivamento do protocolo completo, que ficará à disposição de autoridades sanitárias; iv - desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência; v - receber dos sujeitos da pesquisa ou de qualquer parte, denúncias de abusos ou notificações sobre fatos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, deliberando pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo adequar o termo de consentimento; vi - manter comunicação regular e permanente com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS). As dúvidas com relação à assinatura deste TCLE ou de seus direitos enquanto sujeito da pesquisa podem ser obtidos no seguinte endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro - Universidade de Brasília - Brasília/OF - Cep: 70.904-970, ou pelo telefone: (61) 3107-19-47 ou pelos endereços eletrônicos: <http://fs.unb.br/ceps> . Horário de funcionamento: 9h às 12h e 14h às 17h".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

c) O participante da pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apondo sua assinatura na última página do referido Termo. O pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo. Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Os espaços correspondentes às assinaturas do participante da pesquisa e do

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 518.681

pesquisador, na última página, já constavam do TCLE apresentado, conforme as orientação acima. Entretanto, para uma melhor visualização, foram feitas adequações. Os participantes da pesquisa serão orientados, também, a rubricar todas as páginas do TCLE, que foram, inclusive, numeradas. Verificar novo TCLE, com alterações solicitadas, em anexo à este protocolo de pesquisa, sob a denominação "APÊNDICE B TCLE".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Situação do Parecer:

Aprovado

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

BRASILIA, 01 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador)

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.750-521

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5878

E-mail: conep@saude.gov.br