

## Representaciones sociales de la atención sanitaria de la población indígena Mbyá-Guaraní por parte de trabajadores de la salud<sup>1</sup>

Mirian Benites Falkenberg<sup>2</sup>

Helena Eri Shimizu<sup>3</sup>

Ximena Pamela Díaz Bermudez<sup>4</sup>

**Objetivo:** analizar las representaciones sociales de la atención de la salud del grupo étnico Mbyá-Guaraní por equipos multidisciplinares del Distrito Sanitario Especial Indígena en la costa sur del estado de Rio Grande do Sul (Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul do Rio Grande do Sul), Brasil. **Método:** se utilizó un método cualitativo basado en la teoría de las representaciones sociales. Los datos fueron recogidos a través de entrevistas semi-estructuradas con 20 trabajadores de la salud y por observación de los participantes. Las entrevistas fueron analizadas con el programa ALCESTE, que realiza un análisis de contenido léxico utilizando técnicas cuantitativas para el tratamiento de datos textuales. **Resultados:** hubo desacuerdos en los conceptos y prácticas de atención médica entre medicina tradicional y biomedicina; sin embargo, se han logrado algunos avances en el área de la intermedicina. Las barreras étnicas establecidas entre los trabajadores de la salud y los pueblos indígenas basados en sus representaciones de la cultura y la familia, junto con la falta de infraestructura y organización de las acciones de salud, son percibidas como factores que obstaculizan la atención sanitaria en un contexto intercultural. **Conclusión:** es necesario establecer una nueva base para el proceso de atención de salud indígena mediante la comprensión de las necesidades identificadas y por acuerdo entre individuos, grupos y profesionales de la salud a través del intercambio intercultural.

**Descriptor:** Salud de Poblaciones Indígenas; Asistencia Sanitaria Culturalmente Competente; Medicina Tradicional.

<sup>1</sup> Artículo parte de la disertación de maestría "Representações sociais do cuidado entre trabalhadores que atuam em contextos de interculturalidade na atenção à saúde indígena", presentada en la Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

<sup>2</sup> MSc, Investigador, Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Asociado, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

### Cómo citar este artículo

Falkenberg MB, Shimizu HE, Bermudez XPD. Social representations of the health care of the Mbyá-Guarani indigenous population by health workers. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2846. [Access 

_____	_____	_____
mes	día	año

]; Available in: 

_____
URL

. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1505.2846>.

## Introducción

La atención de la salud indígena en Brasil se lleva a cabo en el marco del subsistema de atención a la salud indígena creado por la Ley Nº 9.836 / 1999 en colaboración con el Sistema Único de Salud (Sistema Único de Saúde – SUS, en Portugués). El subsistema está estructurado para incluir 34 Distritos de Salud Indígena Especial (Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI, en Portugués). El modelo de organización de servicios en el que se basa el sistema incluye actividades técnicas, administrativas y de gestión, junto con el control social, y ha enfrentado muchos desafíos en la provisión de atención de salud a la población indígena<sup>(1)</sup>.

La atención sanitaria indígena a nivel de atención primaria es practicada por miembros de Equipos Multidisciplinarios de Salud Indígena (Equipos Multidisciplinares de Saúde Indígena – EMSIs, en Portugués). Estos equipos están formados por profesionales de la salud no indígenas, médicos, enfermeras/os, dentistas, dietistas y técnicos de enfermería, entre otros. Los equipos también incluyen trabajadores conocidos como Agentes de Salud Indígena (Agentes Indígenas de Saúde – AIS, en Portugués) y Agentes de Saneamiento Indígenas (Agentes Indígenas de Saneamento – AISAN, en Portugués) quienes son seleccionados o nominados por sus comunidades y entrenados para trabajar y para apoyar las actividades de salud. Una de las principales tareas de estos trabajadores es la traducción e interpretación de la lengua y el conocimiento tradicional entre los profesionales no indígenas. Los AIS han sido el principal vínculo entre el conocimiento científico y el conocimiento popular de las comunidades indígenas.

La atención sanitaria indígena para los diferentes grupos étnicos que componen el subsistema de atención de la salud indígena ha sido caracterizado por la pluralidad terapéutica, que es la utilización simultánea de varias prácticas de salud, y que es apoyada por los profesionales de la salud<sup>(2)</sup>. Las personas indígenas involucradas en los servicios de salud tienen varias designaciones, incluyendo hechiceros, curanderos, chamanes, rezadores, kuiãs y karaís. Estos líderes a menudo tienen responsabilidades políticos y religiosos. El cuidado de la salud que ellos proporcionan implica varias prácticas, incluyendo el uso de plantas medicinales y diversos rituales de curación que reflejan los conceptos de salud asociados con los sistemas complejos y que están configurados dentro del concepto polisémico conocido como medicina tradicional indígena<sup>(3)</sup>. Desde 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha alentado a los países a incorporar la medicina tradicional (MT), particularmente en la atención

primaria, para aumentar el acceso de los agentes de salud a las poblaciones con diferencias culturales<sup>(3-4)</sup>. La MT involucra varios sistemas de asistencia social dentro del campo de la medicina; en un sentido amplio, estas prácticas de salud son establecidas integralmente como respuestas socialmente coordinadas frente a las enfermedades humanas<sup>(3,5)</sup>. Por estas razones, la integralidad del cuidado de las poblaciones indígenas implica una dimensión de interculturalidad que trae consigo la idea de la diversidad cultural y las relaciones entre las diferentes culturas o, más específicamente, entre individuos pertenecientes a diferentes culturas<sup>(6)</sup>.

Desde una perspectiva crítica<sup>(6)</sup>, la interculturalidad debe entenderse como un movimiento constante en busca de relaciones sociales, económicas, políticas y étnicas que sean justas, respetuosas, éticas y sobre todo humanas. Este desafío complejo debe ser visto como un proceso continuo con el propósito de mejorar las relaciones entre individuos, áreas de conocimiento y prácticas que son culturalmente diferentes, especialmente entre los grupos étnicos que históricamente son subordinados, incluyendo los grupos indígenas y negros.

Se dispone de algunos instrumentos jurídicos para garantizar la atención integral de la salud de los pueblos indígenas, teniendo en cuenta su diversidad social, cultural, geográfica, histórica y política. La Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas (Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNAPSI, en Portugués), aprobada mediante la Ordenanza Nº 254 del Ministerio de Salud con fecha del 31 de enero de 2002, aboga por el reconocimiento de la eficacia de la medicina tradicional y el derecho de los pueblos indígenas a su cultura. Entre sus directrices, la PNAPSI, refiere la preparación de recursos humanos para trabajar en contextos interculturales y la cooperación de sistemas indígenas tradicionales para asegurar el acceso de los pueblos indígenas a la atención integral<sup>(4)</sup>.

A pesar de los avances normativos de la PNAPSI, en la práctica aún no ha sido posible consolidar las estrategias que valoran la diversidad de opiniones y sistemas de atención de la salud abordando asuntos étnicos y culturales<sup>(7)</sup>. Sobre todo, se reconoce que la implementación de los principios de cuidado diferenciado, claramente definidos en los documentos oficiales, requieren que los equipos multidisciplinarios entiendan el estilo de vida de los pueblos indígenas, su organización social, las representaciones del proceso salud-enfermedad y las especificidades culturales, entre otros factores<sup>(8)</sup>. Además, se sabe que los servicios de salud siguen ignorando la participación social, limitando así la oportunidad de diálogo entre la práctica de la

medicina occidental y la medicina tradicional; esta última podría contribuir al desarrollo de un sistema local de salud adecuado a la realidad de los pueblos indígenas<sup>(8-9)</sup>.

La falta de preparación de los gerentes que establecen estas políticas y los profesionales de la salud que las llevan a cabo para abordar las cuestiones indígenas en la perspectiva de la interculturalidad es evidente<sup>(10-12)</sup>. Una de las razones para ello es que el modelo universitario, que pretende formar profesionales en el modelo biomédico y medicalizado, se considera hegemónico, superior e irremplazable<sup>(13-14)</sup>.

Este estudio aborda varios conceptos de salud, enfermedad y atención de la salud indígena mediante la evaluación de cómo los trabajadores de la salud quienes reciben capacitación en biomedicina, que tienen a la enfermedad como principio rector de sus prácticas y que son ayudados por trabajadores indígenas, representan la atención de la salud en la intersección entre dos sistemas médicos distintos, la biomedicina y la medicina indígena tradicional *Mbyá-Guaraní*.

Por otra parte, este estudio examina la hipótesis de que el conocimiento de las representaciones sociales de la atención entre estos trabajadores podría mejorar la reflexión sobre el trabajo de los equipos de salud indígenas, con el fin de proponer estrategias que mejorarían su potencial y que ayudarían a superar sus limitaciones.

Este estudio tuvo como objetivo analizar las representaciones sociales de la atención de salud dispensada a la etnia *Mbyá-Guaraní* por equipos multidisciplinares de la DSEI en la costa sur de Rio Grande do Sul, Brasil, para evaluar el potencial y las limitaciones de las prácticas de cuidado de la salud indígenas.

## Metodología

Este estudio cualitativo utilizó el marco de la Teoría de las Representaciones Sociales (TRS) creado por Serge Moscovici. Las representaciones sociales se componen del conocimiento de sentido común que guía las acciones individuales y colectivas<sup>(15-16)</sup>. Siempre son un resultado de las interacciones y el intercambio de información y asumen formas y configuraciones específicas como resultado del equilibrio específico entre los procesos de influencia social. Las representaciones sociales están destinadas a convertir algo desconocido en algo familiar y se caracterizan por el proceso constructivo de anclaje y la objetivación<sup>(15)</sup>. El anclaje corresponde a la incorporación de nuevos elementos de un objeto dentro de un sistema de categorías que son familiares y funcionales para los individuos, y la objetivación tiene

como objetivo hacer concreto lo que es abstracto, es decir, transformar un concepto en una imagen de algo, sacándolo de su marco conceptual científico<sup>(15)</sup>.

Este estudio se centró en el análisis de los contenidos de las representaciones sociales transferidos por parte de los trabajadores de salud y trató de identificar, siempre que fuera posible, los procesos de anclaje y objetivación que son considerados esenciales en la formación de las representaciones sociales.

Los datos fueron recolectados en el estado de Rio Grande do Sul, que tiene una población de 2.321 indígenas de los grupos étnicos Guaraní, *Mbyá-Guaraní* y Kaingang. En este estudio, sólo se evaluó la población cuyos individuos se declararon *Mbyá-Guaraní*; esta población estaba compuesta por 1.015 indígenas. La selección de participantes fue intencional y teórica. Los participantes del estudio incluyeron 20 trabajadores, los que componían 3 EMSIs ubicadas en 3 estaciones, de la siguiente manera: estación de Barra do Ribeiro: 1 dentista, 1 enfermera, 2 técnicos de enfermería, 1 AIS y 1 AISAN, totalizando 6 trabajadores; estación de Viamão: 1 dentista, 1 enfermera, 2 técnicos de enfermería, 3 AIS y 2 AISANs, totalizando 9 trabajadores; estación de Osório: 1 dentista, 1 enfermera, 2 técnicos de enfermería y 1 AIS, con un total de 5 trabajadores. Los datos fueron recolectados entre enero y marzo de 2014.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a partir de las siguientes preguntas: 1. ¿Cómo se siente trabajar con la población indígena de la etnia *Mbyá-Guaraní*? 2. Cuente su experiencia profesional. 3. ¿Cómo describe a la población *Mbyá-Guaraní*? 4. En su opinión, ¿Cuáles son las necesidades de salud de esta población? 5. En su opinión, ¿Qué atención sanitaria indígena promovería la articulación de los sistemas indígenas tradicionales según lo recomendado por la PNAPSI? 6. ¿Conoce y puede describir algunas prácticas de la MT en la población *Mbyá-Guaraní*? 7. En su trabajo diario, ¿Ha experimentado alguna dificultad en el cumplimiento de la articulación propuesta en las normas? 8. ¿Qué es fácil y qué es difícil en su trabajo diario con esta población indígena?

Las entrevistas se llevaron a cabo durante las horas de trabajo de los trabajadores de salud en las aldeas visitadas, intentando no interferir con las rutinas de trabajo de los trabajadores. Al llegar a las aldeas, se contactó inmediatamente al cacique (líder de la tribu) para explicar la presencia del investigador, los objetivos de la investigación, solicitar permiso por escrito para realizar las entrevistas y observar a los participantes. El tamaño de la muestra se basó en la saturación de las declaraciones contenidas en las entrevistas.

La observación de los participantes, que fue utilizada como una estrategia complementaria a las entrevistas, fue esencial porque ayudó a apoyar la comprensión de las prácticas de atención de la salud considerando las representaciones sociales identificadas. Los acontecimientos diarios en las aldeas, incluyendo, los hábitos alimenticios, el ocio, y el cuidado de adultos y niños, se observaron y registraron en un diario de campo centrado en las impresiones del investigador sobre los contextos interculturales, las personas contactadas informalmente y los sentimientos e interpretaciones de lo que fue visto, oído y hablado, así como la aceptación de las entrevistas realizadas por el grupo.

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas por el investigador, y el programa ALCESTE (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*, en Francés) versión 4.10 se utilizó como soporte para el análisis de contenido de datos. Este programa fue desarrollado por Max Reinert en 1990 en Francia y se utiliza para realizar análisis estadísticos de datos de textos escritos. Cada una de las veinte entrevistas constituyó una unidad de contexto inicial (UCI). El conjunto de UCI constituyó el cuerpo de estudio.

El programa se utilizó para realizar 4 análisis de los datos de entrada (etapas A, B, C y D). Las tres primeras etapas (A, B y C) implicaron 3 operaciones, y la cuarta etapa (D) involucró 5 operaciones, como sigue: *Etapa A* – lectura del texto y cálculo de diccionarios: etapa A1 – reformato y división del texto en segmentos de tamaño similar; *Etapa A2* - búsqueda del vocabulario y reducción de palabras considerando sus raíces; y *etapa A3* – creación del diccionario que contiene formas reducidas de palabras; *Etapa B* - Cálculo de matrices de datos y clasificación de unidades de contexto elementales (UCE): etapa B1 – selección de UCE a considerar y cálculo de la matriz: formas reducidas de palabras X UCEs; *Etapa B2* – cálculo de matrices de datos para la clasificación jerárquica descendente (CJD); y *etapa B3* - CJD; *Etapa C* – Descripción de las categorías de UCE: etapa C1 – definición de las categorías elegidas; *Etapa C2* – descripción de las categorías; y la *etapa C3* – análisis del factor de correspondencia (AFC); *Etapa D* – Cálculos adicionales: etapa D1 - selección de las UCE más características de cada categoría; *Etapa D2* – búsqueda de segmentos repetidos en cada categoría; *Etapa D3* – clasificación jerárquica ascendente (CJA); *etapa D4* – Selección de las palabras más características de cada categoría y creación de un índice de frecuencia de ocurrencia; y *etapa D5* – exportación hacia otro programa de sub-cuerpos UCE en cada categoría.

Las UCE son segmentos de texto que contienen un promedio de tres líneas y que son creadas por el programa en función del tamaño del cuerpo de estudio. Estas UCEs corresponden a las oraciones más calibradas de acuerdo con el tamaño del texto y la puntuación. Como se explicó en el párrafo anterior, las UCEs se clasificaron durante la Etapa B del proceso y las categorías que representaron los temas extraídos del texto se obtuvieron a partir de esta clasificación. El vocabulario en cada categoría es similar, pero difiere de las UCEs en otras categorías. La prueba de chi-cuadrado se utiliza para evaluar la asociación de las formas reducidas y de las UCEs con las categorías. En esta etapa, el programa ofrece al investigador una de sus características más útiles: organiza los datos proporcionados como CJD, lo que permite el análisis lexicográfico del material textual y la introducción de contextos caracterizados por su vocabulario y por los segmentos de texto que comparten este vocabulario. Esta primera clasificación por el programa divide las partes del cuerpo de estudio en categorías léxicas y revela sus desacuerdos utilizando dendrogramas. Los dendrogramas expresan gráficamente las categorías que reflejan los temas extraídos del texto; estos temas pueden ser descritos principalmente por sus vocabularios característicos. Los estudios de representación social han utilizado este programa porque permite al usuario familiarizarse con las ideas y significados compartidos por un determinado grupo social, orientando así, el análisis cualitativo de los significados producidos dentro de un contexto dado<sup>(12)</sup>.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Brasilia (Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília– CEP/FS-UNB, en Portugués) bajo Dictamen No. 313.588. Debido a que este estudio incluyó poblaciones indígenas, también fue evaluado por el Comité Nacional de Ética en Investigación (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP) del Ministerio de Salud (MS) y fue aprobado bajo el Dictamen No. 518.681. Todos los participantes del estudio fueron codificados para preservar el anonimato.

## Resultados

El análisis del cuerpo de estudio condujo a los siguientes resultados generales: 20 UCIs, 4 categorías estables, 50.467 palabras analizadas y 1.444 UCEs clasificadas; se clasificaron el 63% de las UCE. Los contenidos de las representaciones sociales de la atención de salud se muestran en los dendrogramas de la CJD (Figura 1).

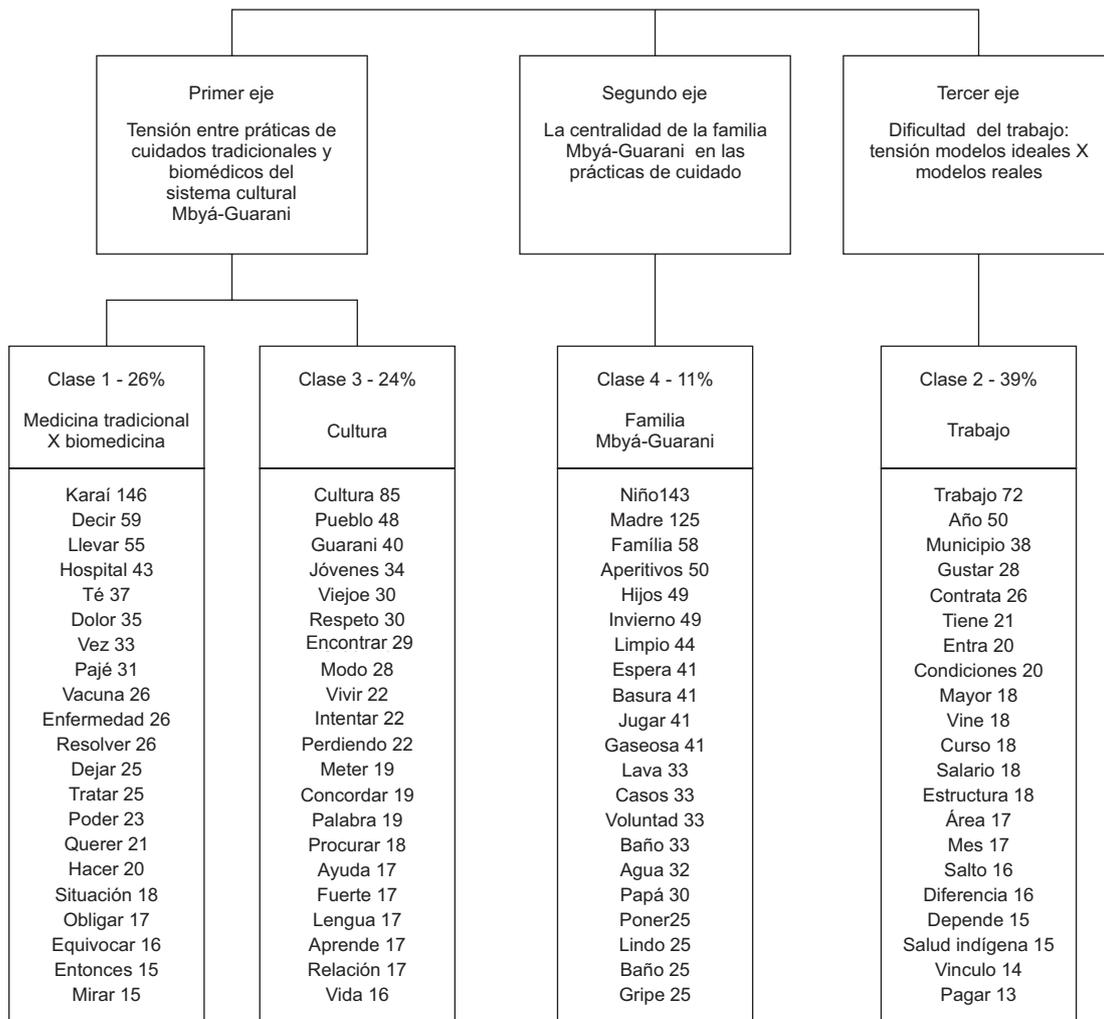


Figura 1 - Representaciones sociales de la asistencia sanitaria para el pueblo Mbyá-Guaraní

El primer eje, que incluye las categorías 1 y 3, reveló contenidos relacionados con el desacuerdo entre las prácticas de cuidado de la medicina tradicional y la biomedicina inserta en el universo cultural de la población Mbyá-Guaraní. El segundo eje, definido por la categoría 4, reveló que la atención de la salud se centra en las familias del pueblo Mbyá-Guaraní. El tercer eje, formado por la categoría 2, indicó cómo la organización del trabajo y la falta de infraestructura obstaculizan el cuidado intercultural.

El primer eje, categoría 1, indicó el concepto predominante de prácticas tradicionales en la vida cotidiana de los miembros de la tribu, lo que genera la necesidad de negociación continua entre los trabajadores de la salud y los líderes espirituales (karai) de cada comunidad para definir prácticas de atención de la salud. *A veces hablas con los que están enfermos, y ellos dicen "¡No!" Pero no sirve de nada darles su remedio porque su espíritu no está aquí. Su espíritu dejó el cuerpo. ¡Mientras que el espíritu no regrese aquí, el hechicero, el karai que invocan no traerá el espíritu de vuelta, no tiene sentido en darles medicamentos porque no sería saludable!* (TNI 10).

Por lo tanto, la medicina tradicional está representada por los trabajadores de la salud y representa un mundo distinto que es difícil de entender desde la perspectiva de la biomedicina. *Es complicado porque estos mundos son diferentes pero co-existen juntos. ¡Es un desafío!* (TI 8).

La categoría 3 reveló contenidos relacionados con la cultura, con énfasis en la forma de ser del pueblo Guarani, lo que implica su interacción orgánica con la naturaleza y la discrepancia entre el mantenimiento del sistema cultural defendido por los líderes, ancianos y mujeres de la comunidad y los inevitables cambios introducidos en el modo de vida del pueblo Mbyá-Guaraní por el contacto interétnico.

Es de destacar que la forma de ser del pueblo Guarani genera tanto admiración como angustia entre los trabajadores de la salud porque ellos abogan por el mantenimiento del sistema cultural, pero también ellos se dan cuenta de que los cambios resultantes del contacto interétnico traídos desde el exterior son agresivos. *En el almuerzo, si logras ver, verás. Ellos están comiendo bocadillos y bebiendo refresco. ¡En cada comida, cada comida! Entonces*

*digo: "tienes que cepillarte los dientes", y distribuyo cepillos de dientes y flúor, ¡pero eso es lo menos que puedo hacer! ¡Porque sus hábitos alimenticios no están ayudando! (TNI 20).*

El segundo eje, que consiste en la categoría 4, reveló que la familia es el centro de atención de la salud. Es decir, las prácticas de cuidado ocurren y se justifican en la familia, por la familia y para la familia del pueblo *Mbyá-Guaraní*. Sin embargo, entre los trabajadores de la salud, el concepto de familia es único porque involucra a grupos sociales más grandes y a la atención de la salud se le denomina "trabajo comunitario" en el que todos los miembros trabajan para un objetivo común.

La categoría 4 incluyó contenidos relacionados con las malas condiciones de vida del pueblo *Mbyá-Guaraní*, quienes en algunos de los pueblos visitados no tenían acceso al agua potable, al saneamiento ni a la electricidad. La falta de estos elementos es un factor determinante para la aparición de enfermedades y trastornos que afectan al pueblo *Mbyá*, en particular a los niños.

El tercer eje, que consta de la categoría 2, exploró la falta de infraestructura y organización del trabajo sanitario, indicando las dificultades que enfrentan los trabajadores de la salud, incluyendo la informalidad de los contratos de trabajo, la baja remuneración frente a la dedicación requerida por este tipo de trabajo, pobre infraestructura de servicios comunitarios (transporte, instalaciones y suministros) y falta de proyectos de capacitación. Esto último impacta principalmente a los nuevos empleados porque los empleados con más tiempo de trabajar adquieren experiencia práctica lo que les ayuda a ser estables. *Es algo que, como profesional, me gustaría que muchas cosas se cumplieran y se hicieran realidad para los pueblos indígenas. Y se apreciaría mucho si estas decisiones fueron tomadas desde el nivel superior porque nosotros somos el nivel inferior. Y que el nivel superior siguiera, y pudiera ver de esta manera (TNI 17).*

El contenido de las afirmaciones anteriores señala las incoherencias significativas entre los modelos ideales de organización de servicios establecidos por la creación del subsistema y la implementación de la PNAPSI y los modelos reales adoptados en el trabajo cotidiano.

## Discusión

Las representaciones sociales de la atención entre los trabajadores de la salud de EMSI se correlacionaron fuertemente con la medicina tradicional de la cultura *Mbyá-Guaraní*, teniendo en cuenta su mundo, que está espacialmente bien definido. El mundo *Mbyá* promueve una forma diferente de ser, una medicina diferente y una forma única de interpretación de la vida, la muerte, la salud y el cuidado. Se refiere como el mundo del otro,

el mundo aparte, su mundo; por lo tanto, este mundo debe ser el foco de las intervenciones de atención de la salud.

En esta perspectiva, la cultura se entiende como relaciones que se basan en la experiencia social en la que se manifiestan e interpretan subjetividades como el afecto y las emociones; esto es también el caso de la dimensión cognitiva, que utiliza categorías proveídas socialmente. Por otra parte, la cultura, en esta perspectiva, se refiere a la metáfora del texto Geertziano, que no sólo se construye socialmente sino que adquiere significado en la vida social<sup>(16-17)</sup>. La experiencia social se desarrolla a medida que es reconocida, compartida y confirmada por otros en sus actos de articulación y comunicación. Por lo tanto, tiene una naturaleza intersubjetiva y social<sup>(16)</sup>. Como experiencia humana, las culturas participan en la construcción del mundo, trayendo un elemento de transformación.

Todos los subsistemas que circulan y se entrelazan en un sistema cultural complejo, incluyendo los sistemas médicos tradicionales, están relacionados con una visión del mundo, como se observa en este estudio, ya un *ethos* correspondiente de su gente<sup>(17)</sup>. En este sentido, la visión del mundo es un atributo cognitivo y existencial que permite a ciertas personas desarrollar una representación de una realidad simple, incluyendo su concepto de naturaleza, de sí mismo y de sociedad. El *ethos* es un atributo moral y estético que refleja la naturaleza y calidad de vida de la gente, y su organización es la actitud subyacente hacia sí mismos y a su mundo reflejado por la vida<sup>(17)</sup>.

Otra objetivación identificada en la formación de las representaciones sociales de la medicina tradicional fue la religión. Geertz<sup>(17)</sup> afirma que la religión combina el *ethos* y la visión del mundo de la gente, proporcionando al conjunto de valores sociales los que quizás necesitan ser más coercitivos: un sentido de objetividad. El idioma y la religión, que son elementos unificadores del pueblo *Mbyá*, contienen información y explicaciones de los antiguos métodos de promoción, protección y recuperación de la salud<sup>(7)</sup>.

El anclaje de la atención sanitaria en la cultura, objetivado como un mundo, indica la presencia de fronteras étnicas que generan tensiones constantes entre conceptos y prácticas en los contextos interculturales estudiados<sup>(18)</sup>. Esta representación social fue clasificada en el ámbito de la intersubjetividad y fue desarrollada mediante la comunicación verbal y la cooperación entre los trabajadores de la salud y los pueblos indígenas. Por lo tanto, la atención tradicional y las prácticas de atención biomédica se representan de diferentes maneras, ya que pertenecen a mundos diferentes, al mundo *Mbyá*

o al mundo de Juruá (hombres blancos). Sin embargo, está claro que esta forma de clasificación individualizada aumenta la distancia entre los dos mundos cuando se espera una aproximación entre los dos mundos en las prácticas de atención de la salud en el contexto del interculturalismo.

En el mundo de los *Mbyá*, los trabajadores de la salud y sus prácticas de cuidado son elementos extranjeros dotados con el poder de la biomedicina, es decir, conocimiento con más valor, en detrimento del conocimiento indígena, que a menudo se considera que consiste de creencias ineficaces<sup>(18)</sup>. Este contraste provoca tensión entre los trabajadores de la salud porque ellos se sienten culpables de interferir en este mundo, pero también gratificados por ayudar a los necesitados. El intento por encontrar un equilibrio es continuo, la mayoría de los trabajadores se esfuerzan por no interferir demasiado, pero se sienten obligados a cumplir con sus deberes como trabajadores de la biomedicina.

En esta perspectiva, cada uno de estos dos sistemas médicos, medicina tradicional y biomedicina, forma parte de una dimensión cultural específica que coexiste dentro del mundo *Mbyá*, llevando a una relación que desencadena la formación y el reparto de las representaciones sociales del cuidado entre los trabajadores de EMSI y un mundo consensual, confinado y redefinido del cuidado de la salud<sup>(15)</sup>.

También encontramos que la coexistencia de estos dos sistemas médicos ha llevado a los equipos de salud a trabajar conjuntamente horas extras para buscar soluciones a problemas prácticos cotidianos. Esta cooperación, conocida como intermedicina, tiene como objetivo facilitar la interacción entre el conocimiento basado en la biomedicina y el conocimiento no médico<sup>(2)</sup>. Estas competencias culturales son requeridas por los trabajadores para minimizar los conflictos entre culturas diferentes<sup>(13)</sup>.

El anclaje de la atención de la salud con un enfoque en la familia indicó el papel central de los beneficiarios de la atención, el pueblo *Mbyá*-Guaraní. Por lo tanto, los miembros de EMSI han enfocado la atención de la salud en la familia. Sin embargo, el cuidado familiar es diferente porque la familia representa lo colectivo. La organización social del pueblo Guaraní está basada en familias numerosas en las que los niños crecen entre muchas personas y no enfocan sus emociones y expectativas de recompensa y castigo en unos pocos individuos o en individuos específicos<sup>(19)</sup>.

Para los trabajadores de salud, la familia está representada por grupos más grandes de individuos y por comunidades enteras, y este concepto trae sentimientos de satisfacción y logro cuando el trabajo comunitario

mejora la salud colectiva con respecto al saneamiento del agua, actividades de limpieza comunitarias y recolección de basura. Por otra parte, genera angustia al representar a las familias, especialmente a los niños, como víctimas de estrategias de atención que la comunidad considera inadecuadas, particularmente en lo que se refiere a higiene y nutrición.

Se observan contradicciones en la manera que la familia *Mbyá* está representada, a veces con admiración, a veces con discriminación, especialmente cuando los trabajadores de la salud evalúan el cuidado de los hijos por parte de los padres con respecto a los hábitos alimenticios ya la higiene. Estas representaciones pueden ser parcialmente responsables de las dificultades que los trabajadores encuentran en el desarrollo de actividades educativas para la promoción de la salud. Por otra parte, estas representaciones pueden camuflar la percepción de un contexto social, económico y político más amplio de violencia estructural relacionado con la pobreza y la discriminación étnica, que crea condiciones de vida pobre y acceso limitado a la tierra, agua potable, electricidad y salud<sup>(19)</sup>. Estos problemas se deben a la creciente agresión del contacto interétnico, denominada fricción interétnica; tal agresión ha dado como resultado a la eliminación o reducción de tierras indígenas y a la lentitud en su demarcación. Por otra parte, esta condición ha provocado que las familias pierdan sus hábitos tradicionales<sup>(19)</sup>, en particular los relacionados a la dieta, y que consuman productos industrializados que están disponibles debido a influencias externas.

El anclaje de las representaciones sociales de la atención en el trabajo sanitario reitera la complejidad del trabajo que implica la atención de la salud indígena. Además, revela la precariedad de las condiciones de trabajo, lo que indica la gran distancia entre el modelo ideal de servicio de salud que la creación del subsistema y la implementación de la PNAPSI pretenden lograr y el mundo real experimentado en el trabajo cotidiano. Este hallazgo corrobora los resultados de otros estudios<sup>(7,13,20)</sup> sobre la limitada formación profesional de los trabajadores en relación con el desarrollo de competencias en contextos interculturales<sup>(18)</sup>.

Una de las limitaciones de este estudio es el uso de un método cualitativo que no permite la generalización de los resultados. Sin embargo, el uso de un método cualitativo permitió una comprensión más profunda del proceso de formación de las representaciones sociales de la atención a la población *Mbyá* en un contexto específico. Este entendimiento hace hincapié en la necesidad de cambios en las prácticas de atención de la salud, en lo particular la necesidad de ampliar el uso del concepto de intermedicina por equipos

multidisciplinares con un enfoque en las enfermeras, que son las responsables de la mayor parte del trabajo de atención de salud.

### Consideraciones finales

El estudio de las representaciones sociales de la atención entre los trabajadores de EMSI expresa la tensión entre las prácticas de cuidado de la medicina tradicional y las de la biomedicina a pesar de la adopción de enfoques para la promoción de la intermedicina. Es necesario establecer una nueva base para la atención de la salud indígena mediante la comprensión de las necesidades identificadas y la promoción de la cooperación entre individuos, comunidades y profesionales de la salud en un contexto intercultural.

### Referencias

1. Fundação Nacional de Saúde (BR). Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos indígenas. 2ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Vieira HTG, Oliveira JEL, Neves RCA. A relação de intermedicalidade nos Índios Truká, em Cabrobó - Pernambuco. *Saúde Soc.* 2013;22(2):566-74. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000200025>.
3. Ferreira LO. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos.* 2013;20(1):203-19. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702013000100011>.
4. Nan Greenwood RH, Raymond Smith, JM. Barriers to access and minority ethnic carers' satisfaction with social care services in the community: a systematic review of qualitative and quantitative literature. *Health Soc Care Commun.* 2015;23(1):64-74. doi: <http://doi.org/10.1111/hsc.12116>
5. Andrade JT, Costa LFM. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. *Saúde Soc.* 2010;19(3):497-508. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000300022>.
6. Arteaga EL, San Sebastián M, Amores A. Construcción participativa de indicadores de la implementación del modelo de salud intercultural del cantón Loreto, Ecuador. *Saúde Debate.* 2012;36(94):402-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000300012>.
7. Pellon LHC, Vargas LA. Cultura, interculturalidade e processo saúde-doença: (des)caminhos na atenção à saúde dos Guarani Mbyá de Aracruz, Espírito Santo. *Physis. (Rio J).* 2010;20(4):1377-97. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400017>.
8. Borghi AC, Carreira L. Condições de vida e saúde do idoso indígena Kaingang. *Esc Anna Nery.* 2015;19(3):511-7. doi: [10.5935/1414-8145.20150068](https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150068)
9. Snijder M, Shakeshaft A, Wagemakers A, Stephens A, Calabria B. A systematic review of studies evaluating Australian indigenous community development projects: the extent of community participation, their methodological quality and their outcomes. *BMC Public Health.* 2015;15:1154. doi: [10.1186/s12889-015-2514-7](https://doi.org/10.1186/s12889-015-2514-7).
10. Oliveira RCC. Representações sociais sobre a situação de vida, saúde e doença na concepção indígena Potiguara. *Interface Comun Saúde Educ.* 2010;14(32):233-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000100021>.
11. Pereira ER, Birual EP, Oliveira LSS, Rodrigues DA. A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. *Saúde Soc.* 2014;23(3):1077-90. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300027>.
12. Freeman T, Edwards T, Baum F, Lawless A, Jolley G, Javanparast S, et al. Cultural respect strategies in Australian Aboriginal primary health care services: beyond education and training of practitioners. *Aust N Z J Public Health.* 2014;38(4):355-61. doi: [10.1111/1753-6405.12231](https://doi.org/10.1111/1753-6405.12231).
13. Diehl EE, Follmann HBC. Indigenous nurses: participation of nursing technicians and auxiliary in indigenous health care services. *Texto Contexto Enferm.* 2014;23(2):451-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000300013>.
14. Diehl EE, Pellegrini MA. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(4):867-74. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00030014>.
15. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 8ª ed. Rio de Janeiro/Petrópolis: Vozes; 2011.
16. Jodelet D. Problématiques psychosociales de l'approche de la notion de sujet. *Cad Pesqui.* 2015;45(156):314-27. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/198053143203>.
17. Hoffman KE. Culture as text: hazards and possibilities of Geertz's literary/literacy metaphor. *J North African Studies.* 2009;14(3/4):417-30. doi: [10.1080/13629380902924075](https://doi.org/10.1080/13629380902924075)
18. Pereira PPG. Limites, traduções e afetos: profissionais de saúde em contextos indígenas. *Mana.* 2012;18(3):511-38. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-93132012000300004>.
19. Marques FD, Sousa LM, Vizzotto MM, Bonfim TE. A vivência dos mais velhos em uma comunidade indígena

Guarani Mbyá. *Psicol Soc.* 2015;27(2):415-27. doi:  
<http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p415>.  
20. Teixeira CC, Silva CD. The construction of citizenship  
and the field of indigenous health: A critical analysis of  
the relationship between bio-power and bio-identity.  
*Vibrant Virtual Braz Anthr.* 2015;12(1):351-84. doi:  
<http://dx.doi.org/10.1590/1809-43412015v12n1p351>.

Recibido: 28.2.2016

Aceptado: 22.9.2016

---

Correspondencia:  
Helena Eri Shimizu  
Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde  
Asa Norte  
CEP: 70910-000, Brasília, DF, Brasil  
E-mail: shimizu@unb.br

**Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos  
de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir  
a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le  
sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia  
más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima  
difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.