

Aspectos culturais e históricos na produção do cuidado em um serviço de atenção à saúde indígena

Historical and cultural aspects of the provision of care at an indigenous healthcare service facility

Aridiane Alves Ribeiro ¹
Cássia Irene Spinelli Arantes ²
Dulce Maria Rosa Gualda ³
Lídia Aparecida Rossi ⁴

Abstract *This case study aimed to interpret the underlying historical and cultural aspects of the provision of care at an indigenous healthcare service facility. This is an interpretive, case study-type research with qualitative approach, which was conducted in 2012 at the Indigenous Health Support Center (CASAI) of the State of Mato Grosso do Sul, Brazil. Data were collected by means systematic observation, documentary analyses and semi-structured interviews with ten health professionals. Data review was performed according to an approach based on social anthropology and health anthropology. The anthropological concepts of social code and ethnocentrism underpinned the interpretation of outcomes. Two categories were identified: CASAI, a space between streets and village; Ethnocentrism and indigenous health care. Healthcare practice and current social code are influenced by each other. The street social code prevails in the social environment under study. The institutional organization and professionals' appreciation of the indigenous biological body are decisive to provision of care under the streets social code perspective. Professionals' concepts evidence ethnocentrism in healthcare. Workers, however, try to adopt a relativized view vis-à-vis indigenous people at CASAI.*

Key words *Healthcare, Indigenous health, Social code, Ethnocentrism*

Resumo *Este estudo teve como objetivo interpretar os aspectos culturais e históricos subjacentes ao tecido social em que o cuidar é construído no contexto de atenção à saúde indígena. Trata-se de pesquisa interpretativa com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. Foi conduzida em 2012 em uma Casa de Apoio à Saúde do Índio (CASAI) do Mato Grosso do Sul, Brasil. Na coleta de dados utilizaram-se técnicas de observação sistemática, análise documental e entrevistas semiestruturadas com dez profissionais. Efetuou-se análise dos dados à luz da abordagem da Antropologia Social e da Saúde. Os conceitos antropológicos código social e etnocentrismo fundamentaram a interpretação dos resultados. Identificaram-se duas categorias: CASAI, um espaço entre a rua e a aldeia; Etnocentrismo e o cuidado em saúde indígena. O tipo de prática de saúde exercido e o código social vigente são interinfluenciáveis. No espaço social estudado, a lógica social vigente é da rua. A organização institucional e a valorização dos profissionais sobre o corpo biológico indígena são determinantes para construção do cuidado sob a ética da rua. As concepções dos profissionais revelam indícios de etnocentrismo no cuidado em saúde. Os trabalhadores empreendem, entretanto, olhar relativizado sobre os indígenas na CASAI.*

Palavras-chave *Cuidado em saúde, Saúde de populações indígenas, Código social, Etnocentrismo*

¹ Curso de Medicina, Universidade Federal de Goiás. R. Riachuelo 1530, Setor Samuel Graham. 75804-020 Jataí GO Brasil. aridianeribeiro@gmail.com

² Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos SP Brasil.

³ Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

⁴ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto SP Brasil.

Introdução

Os serviços de saúde são espaços sociais, nos quais ações e posturas dos sujeitos são orientadas por códigos. Isto é, as pessoas também agem conforme a organização e as regras sociais do local onde estão¹.

Usuários da saúde e suas famílias serão mais participantes do processo de cuidado em instituições de saúde, onde se valoriza a autonomia e a participação dos sujeitos do cuidado – usuários, familiares e trabalhadores².

Em unidades em que se prevalece a burocracia, por exemplo, haverá menos oportunidades para a construção da autonomia de profissionais e usuários^{2,3}.

Interpretar como é o espaço social e seus códigos é relevante para analisar o comportamento e as ações dos sujeitos envolvidos¹. Sua interpretação também é válida para identificar o tipo de cuidado prestado nos serviços de saúde, inclusive indígenas.

A atenção à saúde indígena configura um espaço peculiar de cuidado. No Brasil e em outras regiões do mundo, como Canadá e África, as formas de cuidar indígenas são fundamentadas em diferentes valores e rituais ligados diretamente à natureza e à religião⁴⁻⁷. No entanto, muitos serviços de atenção à saúde dos indígenas têm sua lógica de atendimento assentada na abordagem biomédica dos problemas, com foco no corpo biológico^{8,9}.

Os profissionais de saúde, não indígenas e ameríndios, que atuam em espaços indígenas de cuidado, se deparam com a diversidade cultural dos índios em um espaço social do serviço de saúde pautado por uma lógica biomédica de atendimento^{3,6-8}.

Além de tais aspectos, no espaço do agir em saúde, outro elemento determinante no tipo de cuidado prestado é a imagem/representação que os sujeitos envolvidos no processo de cuidar possuem uns dos outros⁹.

Particularmente no caso dos indígenas, conceitos pré-concebidos e estereotipados podem influenciar de modo negativo as atitudes da equipe de saúde durante o cuidado. É importante que o trabalhador compreenda o adoecimento como processo sociocultural e considere as experiências das pessoas cuidadas⁵.

A atenção à saúde dos indígenas configura um espaço de fronteira que produz processos de comunicação e interação intercultural que necessitam ser estudados e compreendidos com o foco em diferentes perspectivas^{3,4}. Isso deve ser levado

em consideração, já que no próprio Brasil não há uma produção sistemática sobre assuntos de saúde que contemplem aspectos étnico-raciais, particularmente concernentes aos povos indígenas^{3,4,8,10,11}.

Diante do exposto e visando maior aproximação com a prática do cuidado aos povos indígenas nos serviços de saúde, questiona-se: como é delineado o código orientador da atuação dos trabalhadores no espaço social de atenção à saúde dos povos indígenas? A concepção dos trabalhadores sobre os indígenas pode influenciar a produção das práticas de saúde neste espaço social?

A partir destas indagações, pretende-se neste estudo interpretar os aspectos culturais e históricos subjacentes ao tecido social em que o cuidar é construído no contexto de atenção à saúde dos povos indígenas, sob a luz dos conceitos código social e etnocentrismo.

Quadro teórico

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa interpretativa na perspectiva qualitativa, de cunho antropológico. É um estudo de caso realizado com trabalhadores de saúde.

O marco teórico deste estudo buscou apoio em autores ligados à Antropologia Social¹ e à Antropologia da Saúde^{5,12-14}, com vistas a compreender os aspectos culturais e históricos do contexto investigado.

Dois importantes conceitos antropológicos serviram como base de reflexão deste estudo: código social e etnocentrismo, descritos a seguir.

Códigos sociais: da casa, da rua e do outro mundo

Os conceitos “da casa”, “da rua” e do “outro mundo” foram elaborados por daMatta¹ em seus estudos sobre a sociedade brasileira urbana/semiurbana, a qual não reflete, necessariamente, o cotidiano dos povos indígenas. Esses conceitos constituem parte do referencial adotado, neste estudo, por possibilitarem o diálogo e a discussão sobre o atendimento em saúde a indígenas prestado por profissionais de origem urbana, em serviço de saúde localizado em cenário urbano.

Nos diferentes espaços da sociedade, a atuação dos indivíduos é orientada por códigos sociais, inclusive nos serviços de saúde¹³. O código social e o espaço em que se concretiza estão imbricados¹. Para entender um determinado espaço é preciso considerar as relações sociais e valores, bem como elementos históricos, políticos, eco-

nômicos e culturais inerentes ao contexto em questão^{1,15}.

O conceito de espaço está vinculado à noção de tempo, pois “vivemos de fato entre e na passagem de um grupo social para outro e podemos sentir o tempo como algo concreto e a transformação do espaço como elemento socialmente importante”¹.

A noção de espaço é determinada pela historicidade. Os espaços sociais são esferas de significação social, em que indivíduos expressam pontos de vista e se comportam conforme o código vigente^{1,16}.

Na sociedade brasileira existem complementarmente três tipos de ética/ordem social: da casa, da rua e do outro mundo. A lógica da casa está relacionada com fraternidade, acolhimento, realidade equilibrada entre seus pares, lealdade pessoal. É avessa à mudança, ao individualismo e à economia^{15,16}.

O código da rua diz respeito ao impessoal, ao individualismo, à hierarquia e à injustiça mantidos pelo discurso totalizador que naturaliza e reifica conceitos e relações, nas quais ninguém é capaz de alterar seu lugar social. Já a lógica do outro mundo se refere à abdicação do mundo em que se vive com seus sofrimentos, lutas e falsidades em detrimento da igualdade^{1,16}.

Um pai de família, por exemplo, que é respeitado em sua casa; se desempregado, na rua, pode ser tratado como um miserável e desvalido. O mesmo indivíduo é submetido às lógicas sociais distintas por transitar por espaços sociais diferentes¹.

Considerando que o serviço de saúde pode ser entendido como fenômeno cultural resultante da realidade social em que está inserido⁹, as relações sociais que ocorrem neste espaço são influenciadas pelo código social predominante¹.

O código vigente no espaço do serviço de saúde pode exercer influência na produção de diferentes tipos de cuidado e influenciar o cuidar centrado no indivíduo, como nas abordagens que valorizam a diversidade e a autonomia dos sujeitos. Também influencia o agir centrado no procedimento, como no modelo biomédico^{1,13}.

Espaços sociais com o código do “outro mundo” no âmbito da atenção em saúde seriam propiciados por modelos de saúde com uma visão holística do ser humano. Seriam lugares atravessados pela “ideia de renúncia do mundo com suas dores e ilusões e, assim fazendo, tenta sintetizar os outros dois [códigos]”¹.

A renúncia das dores e ilusões pode significar o desprendimento de valores e perspectivas

pessoais em prol da construção de um cuidado centrado na realidade biocultural¹ do complexo saúde-doença-cuidado do usuário. Assim, haveria o encontro de subjetividades entre quem cuida e quem é cuidado, sem a imposição de um único saber ao paciente/doente/usuário.

O código orientador da atuação dos profissionais de saúde seria a perspectiva empática e multidimensional do processo de adoecer^{1,13}.

Neste espaço, não haveria a priorização da abordagem presente nas ações dos profissionais que medicaliza os problemas sociais¹⁰. Os trabalhadores em saúde, ao abdicar, não totalmente, do seu ponto de vista sobre o adoecimento, e ao considerar as crenças e os valores dos usuários, possibilitariam a construção do cuidado do e com o outro^{1,13}.

Como consequência, as práticas de cuidado seriam centradas na pessoa. Haveria maiores possibilidades do emprego de tecnologia leve, tais como as ferramentas relacionais (respeito, vínculo, afeto), escuta terapêutica e narrativa possibilitando o acesso à experiência do adoecer^{2,13}.

Etnocentrismo

O etnocentrismo se refere ao apagamento das diferenças culturais. Diz respeito à tendência em julgar os indivíduos de outras culturas a partir do ponto de vista da própria. Considera-se que sua própria cultura é melhor e superior que as demais e, por isso, os indivíduos culturalmente diferentes são encarados como inferiores e menos civilizados^{1,17}.

Visto que o processo saúde-doença-cuidado é determinado por fatores biológicos, sociais e culturais¹³, pode ocorrer o etnocentrismo no agir em saúde também. Em saúde, uma prática etnocêntrica abrange a captura das subjetividades, em prol da valorização do tecnicismo, do corpo biológico e da doença que afeta^{1,9} este⁴.

Há centralidade nos saberes do profissional de saúde, cujos valores são comuns ao sistema de significados que permeiam a arena política, social e cultural do cuidado, o Sistema Único de Saúde (SUS). Este, por sua vez, tem sua operacionalização assentada predominantemente no modelo biomédico de atenção à saúde^{8,18}.

Práticas etnocêntricas em saúde podem ser evitadas pelo empreendimento do olhar relativizado, que está alinhado a abordagens em saúde descentralizadas da doença e valorizam a diversidade de valores e formas de cuidados em saúde. Assim, a conduta dos profissionais será orientada pela lógica social do outro mundo^{14,17}.

Torna-se importante a perspectiva intercultural na aproximação entre os indivíduos com diferentes culturas¹⁴ e divergentes concepções sobre o processo saúde-doença-cuidado.

A interculturalidade se refere ao reconhecimento da própria identidade e ao diálogo para a construção de acordos, com vistas à aceitação e valorização das diferentes culturas como algo positivo e enriquecedor para o espaço social^{14,17}.

Percurso metodológico

Cenário do estudo

O cenário de estudo foi a Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) do Mato Grosso do Sul, Brasil. A instituição recebe diariamente cerca de 40 indígenas e acompanhantes provenientes das oito etnias do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI).

A equipe de trabalhadores de enfermagem é composta por nove técnicos e uma enfermeira responsável. O serviço de enfermagem funciona 24 horas, em regime de plantão de doze horas de trabalho por 36 de descanso.

A organização da assistência às populações indígenas brasileiras está baseada no DSEI¹¹, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. O DSEI é organizado no território brasileiro de acordo com características culturais, demográficas e territoriais indígenas. Atualmente, há 35 distritos no Brasil e um deles é o Mato Grosso do Sul, localizado no estado de mesmo nome.

Em cada DSEI, a rede de serviços é constituída por unidades de saúde localizadas nas aldeias, onde as ações são mais frequentemente dirigidas à atenção primária. Mediante a necessidade de um procedimento especializado, o indígena é encaminhado aos serviços de média e alta complexidade referenciados pelo SUS¹¹. Em grandes centros há as Casas de Apoio à Saúde do Índio.

As Casas de Apoio assistem ao indígena em tratamento e/ou recuperação e aos familiares e acompanhantes. A CASAI é responsável pela articulação da assistência indígena no DSEI e nos demais serviços do SUS e pelos cuidados de enfermagem^{3,11}.

As Casas de Apoio do DSEI Mato Grosso do Sul são referenciadas como regionais; no entanto, atendem também indígenas do norte do país³. Atualmente, há cerca de 50 instituições no Brasil, das quais, quatro delas são consideradas CASAI nacionais, localizadas em São Paulo, Brasília, Curitiba e Goiânia.

Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram 10 trabalhadores de enfermagem, que atuavam na CASAI no período de janeiro a fevereiro de 2012, quando foi realizada a coleta dos dados.

Processo de coleta de dados

Utilizaram-se as técnicas de observação sistemática, análise documental e entrevistas semiestruturadas. Os profissionais de enfermagem foram informados sobre a presença da pesquisadora no campo em questão. O período de coleta foi entre janeiro e fevereiro de 2012.

Em conversa individual com cada um dos participantes foram explicados os objetivos do estudo e sobre a observação realizada pela pesquisadora, no intuito de entender o funcionamento da CASAI. Diante do exposto, os profissionais aceitaram a realização da observação no contexto em que atuavam.

As observações foram anotadas em um diário de campo. Observou-se como o indígena é recebido e acolhido na CASAI, sua origem e o motivo pelo qual procurou o serviço. Observou-se também quem realiza as atividades de cuidado, como os trabalhadores reagem durante a relação com o indígena, bem como os saberes e as práticas desenvolvidas frente à necessidade de saúde do indivíduo.

As entrevistas foram realizadas de forma individual pela pesquisadora principal, por meio de roteiro. Previamente, foram realizadas duas entrevistas de aculturação, termo mais apropriado a ser utilizado em pesquisas qualitativas, em substituição à denominação de entrevista-piloto¹⁹.

Para tanto, foram selecionadas duas profissionais de enfermagem que atuam na saúde indígena, mas não na CASAI estudada, com o intuito de não limitar o número de participantes na pesquisa. Foram elas uma enfermeira e uma técnica de enfermagem que trabalham em uma Usina de Álcool do estado Sul-mato-grossense, onde grande parte dos trabalhadores é indígena.

As entrevistas realizadas na CASAI foram direcionadas pelas questões iniciais: O que significa para você trabalhar aqui neste local? Como é para você atuar no cuidado de enfermagem ao indígena?

As entrevistas aconteceram depois de, pelo menos, um primeiro contato, de uma conversa com cada participante, com a finalidade de estabelecer uma zona de conforto entre entrevistador e entrevistado. Antes da entrevista, enfatizou-se que a participação na pesquisa seria voluntária.

Análise dos resultados

Os dados coletados na pesquisa foram submetidos ao processo de análise interpretativa, do qual originaram-se unidades de sentido, balizadas segundo o referencial teórico adotado. Foram realizadas leituras horizontais de impregnação e, posteriormente, uma elaboração transversal de modo a compreender e interpretar os dados^{20,21}.

Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa, que deu origem ao estudo foi submetido ao Comitê de Ética Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, e aprovado. Os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não há conflitos de interesse.

Resultados e discussão

CASAI – Um espaço entre a rua e a aldeia

Os relatos dos trabalhadores de enfermagem e as observações realizadas mostraram a perspectiva do profissional em relação ao indígena assistido como um ser tímido, desconfiado, que chega à CASAI retraído. Os seguintes excertos evidenciam tal ideia:

Como eles [indígenas] saem do habitat deles, eles já sentem aquela diferença. (E.10).

A gente imagina que na aldeia eles tenham uma outra rotina de vida, e chegam aqui eles ficam assustados, porque vive lá no meio do mato. Não tem contato com a gente. (E. 3).

Eles chegam aqui bem retraídos, até conhecer bem as pessoas, a gente vai conversando. (E.5).

O trecho do diário de campo a seguir reitera algumas particularidades apontadas pelos entrevistados:

Entraram hoje, trazidos pelo motorista, uma indígena de 46 anos e seu bebê de dois meses. Ela [indígena] veio trazer seu filho para refazer o teste do pezinho. Em conversa com a técnica de enfermagem, a mãe não soube explicar precisamente os motivos para fazer novamente o teste do pezinho. Quando eles chegaram foi possível notar os traços humildes, aspecto de receio e expressão de desconfiança. (Diário de Campo).

Os indígenas quando chegam à CASAI, na perspectiva dos profissionais de saúde, parecem retraídos em um contexto institucional com características de um centro urbano. Tal visão remete aos achados de estudos^{5,11} que apontam

que os indígenas possuem forte sentimento de pertencimento a um espaço e a um grupo social determinado.

Neste sentido, embora seja elemento constituinte do modelo de atenção à saúde dos povos indígenas, a CASAI, na perspectiva dos profissionais, constitui uma realidade não pertencente aos indígenas atendidos na instituição.

Os indígenas se encontram afastados de suas casas, de seus costumes e familiares. Estes mesmos indivíduos podem ser na sua aldeia pessoas ativas, imponentes e respeitadas; porém, ao se colocarem distantes das comunidades às quais pertencem, podem se sentir descolados destes *status*, e como não pertencentes àquele ambiente.

A estrutura organizacional da CASAI parece reforçar esta ideia. A instituição estudada possui uma rotina de trabalho permeada por uma organização burocrática. Os entrevistados caracterizaram o registro excessivo de enfermagem como um dos pontos críticos da burocracia na CASAI. O preencher vários formulários é uma norma da CASAI, como apontado nos seguintes trechos:

Parte burocrática tem que ter, todo lugar tem. Aqui é mais, porque é documento, documentação. Todos pacientes que passaram aqui têm algo documentado (E.1).

A norma que tem aqui é essa. E além de você escrever, você ainda tem que dar os cuidados para o paciente. Essa é a norma. (E.8).

Considerando a codificação que o espaço social pode apresentar¹, os dados das entrevistas e as observações apontam que os indígenas na CASAI, desprovidos e descolados de seus *status*, com o esvaziamento do sentimento de pertencimento, sentem e agem conforme a lógica da rua¹. Na perspectiva dos profissionais, a conduta dos indígenas é de se resguardar e desconfiar, sem manifestar suas intenções e necessidades.

Os índios permanecem na impessoalidade, que pode ser consequência do cuidado centrado no procedimento e na doença. Isto é, o cuidar e o espaço onde é construído adquirem uma ética da rua, que despersonaliza e reduz o indivíduo ao corpo biológico e ao cumprimento de normas, com captura de subjetividades, tanto do usuário quanto do profissional. Os seguintes depoimentos e trecho do diário de campo ilustram tal conjuntura:

A primeira coisa que a gente começa a fazer é preparar a medicação das sete da manhã. Aí já dá medicação e afere os sinais vitais. (E.2).

Nós não temos tempo para conversar direito [com o indígena], temos que cumprir a regra, que seria o que está no agendamento, na nossa Agenda do Dia. (E.3).

Há tempo que observo que os técnicos estão anotando os procedimentos de enfermagem no livro de relatório de enfermagem e nos prontuários. Eles demonstram um demasiado tédio. (Diário de Campo).

O corpo biológico é valorizado quando o profissional afirma a necessidade em se realizar o procedimento técnico, a aferição dos sinais vitais por exemplo. Este aspecto contribui para a pouca valorização da pessoa e da sua história^{12,13,18}, como reiterado pela afirmação do trabalhador que não consegue sequer *conversar direito* com os usuários.

A visão do indígena passivo é reforçada pelos depoimentos dos entrevistados, que revelam uma percepção de que os indígenas que chegam à CASAI já esgotaram todas as possibilidades de tratamento espiritual nas suas aldeias:

Na verdade, eles chegam da cidade já com alguma esperança de tratamento, que o próprio ritual deles lá não resolveu. Aqui seria o último. (E.5).

Buscando alternativas de solução para o seu problema, os indígenas partem para os serviços de saúde de alta complexidade e, enquanto estão em tratamento, permanecem na CASAI. Nestes espaços (CASAI e outros serviços de saúde), na perspectiva dos profissionais, os indígenas parecem aceitar o que receberem, expressando certa passividade dentro da desconhecida e complexa rede biomédica de atenção à saúde. Tal ideia é ilustrada pelo seguinte depoimento:

Muitos indígenas não falam, se você pergunta alguma coisa, eles só balançam a cabeça, tudo eles vão falar que está bom. (E.9).

Pode-se perceber uma forte convergência entre o código social da rua e o modo de atendimento da CASAI que apresenta características da atenção biomédica. Na perspectiva biomédica, há a diferenciação do corpo e do homem, a atuação do profissional de saúde (principalmente ou tão somente, o médico) deve ser sobre o corpo biológico acometido por um mal, a doença¹².

Há o olhar impessoal para a pessoa, sem considerar os elementos sociais e simbólicos presentes no processo de adoecimento. Há também uma desapropriação da história de vida do doente e sua família²².

Este reducionismo e a reificação da categoria doença propiciam o processo de *despersonificação*, com *assujeitamento* ou *objetificação* da pessoa e sua submissão às regras, procedimentos e rotinas institucionais^{13,23}, além da *tecnificação* do ato cuidador².

Tais características se assemelham às regras sociais do espaço, cuja lógica se parece com a da

rua, onde o indivíduo pode perder sua autoridade e *status*¹. Em espaços de atenção à saúde com a lógica da rua, o respeitado cacique e a requisitada parteira, por exemplo, são tratados por um número e percebidos pelos trabalhadores de saúde como a doença que apresentam.

A lógica da rua está operante quando o usuário se submete a longo tempo de espera por um procedimento médico e tem suas intenções e necessidades menosprezadas na rotina institucional. Nos momentos em que não são respeitadas suas crenças, valores e direitos. Quando é alvo do processo de trabalho burocrático que valoriza a técnica e não que permite aos profissionais serem atenciosos, empáticos e afetuosos com quem além de doente, está com seu projeto de felicidade¹⁸ momentaneamente ceifado.

O trecho do diário de campo a seguir ilustra a relação entre a lógica da rua e o modo de atendimento da CASAI, que, por sua vez, se assemelha a certos espaços de atenção à saúde centrados no modelo biomédico²³.

Uma trabalhadora da CASAI comentou que em certa ocasião acompanhou dois indígenas em diferentes centros de atenção à saúde. Um deles ficou na unidade em que ia consultar, especificamente na sala de espera. A profissional explicou para ele, que se fosse chamado, era para entrar e falar com o médico. Enquanto isso, levou o outro ameríndio para consultar em outro serviço. Ao retornar, percebeu que o médico já havia ido embora e o indígena não fora atendido, continuava sentado exatamente no mesmo lugar da sala de espera. Sem entender o motivo, perguntou por que não fora atendido e ele respondeu que não o chamaram, chamavam pelo 'próximo' e, por isso, ele não foi. (Diário de Campo).

O caso do "próximo" foi atravessado pela impessoalidade, desrespeito e descaso comuns ao código da rua. Evidencia-se, novamente, o processo de *despersonificação* e *assujeitamento*²⁰ do indivíduo. DaMatta¹ sinaliza que é na rua que vigoram a impessoalidade do mercado, o progresso individualista e a historicidade linear. O indígena, tratado como "próximo", não foi acolhido e nem recebeu uma atenção singularizada.

O referido trecho do Diário de Campo revela, ainda, outro aspecto inerente ao código da rua, que é a paralisação do sujeito por um discurso totalizante que não lhe permite refletir sobre seu lugar social¹.

A respeito do ideário totalizante em saúde, vale ressaltar o processo histórico, cultural, social e político de produção da demanda em saúde, com a conseqüente naturalização das necessida-

des em saúde²³. Ou seja, o cuidado em saúde, ou o tratamento das doenças, exige cada vez mais a atenção biomédica, por conseguinte, as necessidades em cuidados biomédicos com a saúde são comuns, crescentes, obrigatórias e contínuas^{18,23}, inclusive entre populações indígenas¹⁰.

Etnocentrismo e o cuidado em saúde indígena

A ideia compartilhada pelos profissionais é de que todos os indígenas, como seres humanos que são, são semelhantes, resguardadas as suas diferenças, como sugere o seguinte depoimento:

É igual um negro e o branco também, eu vejo da mesma forma. Porque, ah, porque é índio, porque isso. Eu não vejo assim. (E.6).

As entrevistas evidenciaram que os trabalhadores, ao passo que afirmaram partilhar a noção de igualdade entre os seres humanos, apresentaram em seus depoimentos uma assimetria de poder presente na relação trabalhador-indígena, a partir da negação daquilo que se afirma. Os próximos relatos retratam tal aspecto:

Tem que achar que ele [indígena] é um ser humano e precisa da gente. (E.3).

Não tem diferença, entendeu. Como todo ser humano, tem uns que são mais hostis, tem uns que são mais vergonhosos. (E.1).

[os indígenas] são iguais, não muda do japonês com as suas mestiçagem, sabe. É só diferente. (E.7).

Os trabalhadores entrevistados, que não são indígenas, apresentaram uma visão eurocêntrica, na qual, para os não indígenas, faltam aos ameríndios certas qualidades para serem semelhantes aos europeus²⁴.

Tais negações ocorrem particularmente com relação aos costumes, crenças, modos de viver, cultura. As negações não indicam necessariamente defeitos dos indígenas. Salienta-se que os trabalhadores de enfermagem vivem em um panorama histórico de concepções racistas de superioridade e inferioridade, que favorece o desenvolvimento da visão eurocêntrica sobre os outros e sobre o mundo²⁴.

Para melhor elucidar a ideia da negação da cultura dos indígenas, pode-se recorrer ao exemplo do termo ‘caboclo’. A origem do caboclo é resultado da miscigenação, ocasionada pela “união” entre homens não indígenas e mulheres indígenas, as quais sobreviveram aos conflitos de escravização e que foram levadas para fazendas do sertão nordestino²⁴.

Os descendentes foram chamados de caboclos e construiu-se, então, uma negação da pre-

sença dos indígenas na região nordestina. Fato esse favorável aos fazendeiros locais, cujas posses foram expandidas com as invasões de terras indígenas²⁴, cujos verdadeiros donos, com justificativas como a do caboclo, foram esquecidos.

As nações ocidentais, com o mote da colonização e do desenvolvimento, historicamente subordinaram os indígenas e, ainda, o fazem por intermédio de relações de poder assimétrica⁸.

Os depoimentos dos profissionais revelam indícios de etnocentrismo, representados pela negação das culturas indígenas. Tais indícios podem limitar o agir em saúde e influenciar negativamente o encontro de subjetividades e não permite ao trabalhador reconhecer totalmente as diferenças culturais (valores) do outro no espaço do cuidado. A percepção dos indígenas recuados e passivos apresentada pelos trabalhadores da CASAI corrobora tal aspecto.

Como uma estrutura sociocultural global, estes profissionais reproduzem práticas e percepções semelhantes às que lhes foram proporcionadas enquanto experiência particular e vivência inter-relacional em um contexto histórico específico¹³.

Na sociedade brasileira, há a naturalização das diferenças existentes entre seus povos (indígenas, portugueses, negros, italianos, dentre outros). Com a naturalização, os grupos humanos instituem relações com outros povos, as quais, na medida em que provocam um *apagamento* dos preconceitos, transmitem a falsa ideia de convivência em perfeita harmonia²⁴.

Os trabalhadores de enfermagem, de maneira geral, não conseguem considerar os saberes e concepções, diferentes daqueles estabelecidos pela biomedicina, inerentes aos modos indígenas de ver a vida⁵⁻⁷. Nas sociedades ameríndias, a explicação de uma necessidade em saúde está vinculada às regras sociais e culturais, por isso é relevante relativizar o olhar sobre o cuidado^{4,25}.

Os participantes da pesquisa reconheceram a diversidade étnica que existe entre os indígenas por eles assistidos. Também apontaram diferenças no comportamento entre os ameríndios conforme a cultura de cada etnia, como é evidenciado nos trechos das entrevistas:

Tem bastante diferença, muita diferença. Aqui a gente procura passar o atendimento de igual para todos eles, não importa a etnia. (E.9).

Os Terenas não são tão retraídos, eles conversam mais, diferente dos Kaiwoás, que são povos mais retraídos, mais tímidos. (E.4).

Os Kadiwéus, eles são bem arredios (E.9).

Os trabalhadores de enfermagem distinguiram as características comportamentais dos in-

divíduos de cada etnia. O que pode ter sido favorecido pelo tempo de contato contínuo que há entre os trabalhadores de enfermagem da CASAI e os indígenas⁵.

Há a diferenciação entre etnias, porém o reconhecimento das necessidades culturais de cada indivíduo foi pouco observado durante a realização da pesquisa. Tal situação é potencializada pelo contexto burocrático de trabalho observado na instituição e as poucas ações de educação permanente³, como pode ser visualizado em um registro destacado do Diário de Campo.

A técnica de enfermagem parece estar bem atarefada. Há vários agendamentos [neste contexto, procedimentos aos quais os usuários serão encaminhados] que já foram confirmados, mas precisam ser passados para o livro de relatório de enfermagem. Tais trâmites burocráticos ocupam boa parte do tempo dos trabalhadores, cujas ações ficam centradas em realizar registros em diferentes documentos. (Diário de Campo).

Os trabalhadores de enfermagem na CASAI empreendem, com pouco ou mais intensidade, um olhar relativizado durante o cuidado, apesar da relação assimétrica existente entre eles e os indígenas na CASAI, do próprio contexto predominantemente eurocêntrico em que vivemos e do contexto de trabalho burocrático³, como reiterado pelo depoimento a seguir.

Não só remédio VO (via oral), intramuscular, subcutâneo. A gente tem que conversar com as pessoas, ver como estão se sentindo aqui dentro também. (E.2).

A construção do olhar intercultural/relativizado diz respeito à postura de ver e ouvir o outro, de considerar os aspectos culturais, experienciais, sociais subjacentes ao processo de adoecimento e/ou necessidade de saúde que o indivíduo sinta¹⁷.

A doença demanda uma interpretação e atuação no meio sociocultural e não é uma situação estática¹³. Considerando que cada indivíduo tem uma visão de mundo singular, a compreensão cultural permite a exposição das diferenças e particularidades, e a valorização da autonomia do indivíduo no espaço do cuidado²⁶.

Construir um olhar relativizado/sensível a estas questões no contexto de assistência à saúde indígena é fundamental¹⁷, sobretudo devido às diferenças culturais existentes, por exemplo, na CASAI, um local onde geralmente quem cuida não é indígena.

O cuidado em saúde singularizado aos indígenas pode ser impactado positivamente pela capacidade dos trabalhadores em construir o olhar relativizado/intercultural, propiciado pelo

espaço social do cuidado que permita conhecer e valorizar os saberes e os valores dos usuários.

Limitações

Salientamos como fator limitante deste estudo a falta de interlocução com os indígenas. Para melhor compreensão do código vigente do espaço social, é importante considerar a perspectiva de todos os atores envolvidos, inclusive os demais trabalhadores do local. Devido ao delineamento do estudo, não se observou outros aspectos que podem determinar o código social vigente e a produção das práticas de saúde, tais como a atuação política estatal e de outros agentes políticos.

Considerações finais

O tipo de prática de saúde exercido e o código social vigente são interinfluenciáveis. No espaço do cuidado da Casa de Apoio à Saúde do Índio estudada, os atores envolvidos – trabalhadores e usuários – são operantes e engendrados pela lógica social vigente, da rua.

Na perspectiva dos profissionais, a conduta dos indígenas é de se resguardar e desconfiar, sem manifestar suas intenções e necessidades. Os indígenas, afastados de casa e de seus costumes, podem ser, em suas aldeias, pessoas ativas e respeitadas; porém, ao se colocarem distantes das comunidades às quais pertencem, podem se sentir descolados destes *status*, e como não pertencentes ao ambiente da CASAI.

A estrutura organizacional da CASAI parece reforçar esta ideia. Há uma valorização por parte dos profissionais sobre o corpo biológico dos indígenas. Tais fatores são determinantes para que o cuidar e o espaço onde é construído adquiram uma ética da rua, que contribui para o processo de *despersonificação com objetificação* das pessoas, os indígenas.

As concepções dos profissionais são reveladoras do processo histórico de subordinação/avilamento dos povos indígenas, com reflexos no agir em saúde. São indícios do etnocentrismo no cuidado em saúde. Salienta-se, que esse processo revela o coletivo e que os trabalhadores são porta-vozes, muitas vezes, inconscientes, do discurso social de uma sociedade historicamente racista. Apesar disso, os trabalhadores também empreendem no cuidado um olhar relativizado sobre os indígenas assistidos na CASAI.

Esta análise tem como implicação prática a contribuição para discussão sobre a qualificação

dos serviços de saúde, especialmente aqueles fortemente marcados por questões culturais, como os indígenas.

Fornecer subsídios para a elaboração de políticas públicas voltadas às populações ameríndias, já que reitera a necessidade de que as redes de símbolos e significados dos sistemas de cuidado

indígenas e do sistema oficial devem ser consideradas na assistência a esses povos, especialmente a valorização do olhar relativizado no cuidado.

Há a necessidade de realização de estudos que aprofundem e ampliem o conhecimento da perspectiva dos usuários dos serviços de saúde indígenas.

Colaboradores

AA Ribeiro e CIS Arantes trabalharam na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, bem como na redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada. DMR Gualda trabalhou na revisão crítica do artigo e aprovação da versão a ser publicada. LA Rossi trabalhou na interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

Referências

1. DaMatta R. *A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Rocco; 2003.
2. Merhy EE, Franco, TB. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva* 2012; 6(2):151-163.
3. Ribeiro AA, Fortuna CM, Arantes CIS. O trabalho de enfermagem em uma instituição de apoio ao indígena. *Texto contexto* 2015; 24(1):138-145.
4. Novo MP. Política e intermedialidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena. *Cad Saude Publica* 2011; 27(7):1362-1370.
5. Langdon EJ. Redes Xamânicas, curandeirismo e processos interétnicos: uma análise comparativa. *Mediações* 2012; 17(1):61-84.
6. Kurtz DLM, Sales T, Nyberg J, Moar D. Social Justice and Health Equity: Urban Aboriginal Women's Action for Health Reform. *The International Journal of Health, Wellness, and Society, Chamoaign* 2014; 3(4):13-26.
7. Migiros PS. Access to Health Services by Indigenous Peoples in the African Region. In: United Nation (UN). Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. *State of the World's Indigenous Peoples. Indigenous Peoples' United Nations access to Health Services*. New York: UN; 2015. p. 10-31.
8. Ferreira LO. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. *História, Hist. Cienc. Saude-Manguinhos* 2013; 20(1):203-219.
9. Rissardo LK, Molitermo ACM, Borghi AC, Carreira L. Práticas de cuidado ao recém-nascido: percepção de famílias Kaingang. *Cienc Cuid Saúde* 2011; 10(4):634-641.
10. Follér ML, González ME. Conocimiento, salud y derechos indígenas en la amazonia: introducción. *Anales Nueva Época* 2002; 5:9-19.
11. Coimbra CEA, Santos RV, Welch JR, Cardoso AM, Souza MC, Garnelo L, Rassi E, Follér M-L, Horta BL. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health* [serial on the Internet] 2013 [cited 2014 Nov 25];13(1):[about 9 p.]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/52>
12. Le Breton D. *Antropologia do corpo e modernidade*. Petrópolis: Vozes; 2011.
13. Campos EA. Aspectos socioculturais e as práticas de cuidados em enfermagem. In: Nakamura E, Martin D, Santos JFQ, organizadores. *Antropologia para enfermagem*. São Paulo: Manole; 2008. p. 59-81.
14. Peru. Ministerio de Salud Publica. *Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado*. Lima: Ministerio de Salud Publica; 2004.
15. Freyre G. *Casa-grande & senzala: introdução à história da sociedade patriarcal no Brasil*. 51ª ed. Rio de Janeiro: Record; 2006.
16. Fazzioni NH. Entre a rua e o bairro: etnografia de um espaço em movimento. *Iluminuras* 2014; 15:287-307.
17. Castillo RAH. Entre el etnocentrismo feminista y el esencialismo étnico. Las mujeres indígenas y sus demandas de género. *Debate Feminista* 2001; 24:206-229.
18. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Cien Saude Colet* 2001; 6(1):63-72.
19. Turato E. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2011.
20. Thorne S. Toward methodological emancipation in applied health research. *Qual Health Res* 2011; 21(4):443-453.
21. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Cien Saude Colet* 2012; 17(3):621-626.
22. Nötzold ALV. *O ciclo de vida Kaingang*. Florianópolis: Imprensa Universitária UFSC; 2004.
23. Camargo KRCJ. As armadilhas da concepção positiva de saúde. *Physis* 2007; 76(1):63-76.
24. Silva E. Os índios Xukuru e as ligas camponesas (Pesqueira-PE, 1961). *Revista Crítica Histórica* 2010; 1(2):101-114.
25. Gonçalves LJM. *Na fronteira das relações de cuidado em saúde indígena*. São Paulo: Annablume; 2011.
26. Pagliuca LMF, Maia ER. Competência para prestar cuidado de enfermagem transcultural à pessoa com deficiência: instrumento de autoavaliação. *Rev Bras Enferm* 2012; 65(5):849-855.

Artigo apresentado em 24/01/2016

Aprovado em 19/07/2016

Versão final apresentada em 21/07/2016