



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Enfermagem

FÁTIMA ALICE DE AGUIAR QUADROS

**ANÁLISE DAS PRÁTICAS DOS(AS) ENFERMEIROS(AS) INDÍGENAS DAS ETNIAS
GUARANI, KAIOWÁ E TERENA NA PERSPECTIVA DO CUIDADO CULTURAL**

**CAMPINAS
2016**

FÁTIMA ALICE DE AGUIAR QUADROS

**ANÁLISE DAS PRÁTICAS DOS(AS) ENFERMEIROS(AS) INDÍGENAS DAS ETNIAS
GUARANI, KAIOWÁ E TERENA NA PERSPECTIVA DO CUIDADO CULTURAL**

*Tese apresentada à Faculdade de Enfermagem da
Universidade Estadual de Campinas como parte dos
requisitos exigidos para a obtenção do título de
Doutora em Ciências da Saúde, na Área de
Concentração em Enfermagem e Trabalho.*

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Inês Monteiro

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL
DA TESE DEFENDIDA PELA ALUNA FÁTIMA ALICE DE
AGUIAR QUADROS E ORIENTADA PELA PROF^A. DR^A.
MARIA INÊS MONTEIRO.**

CAMPINAS
2016

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Q22a Quadros, Fátima Alice Aguiar, 1965-
Análise das práticas dos(as) enfermeiros(as) indígenas das etnias Guarani, Kaiowá e Terena na perspectiva do cuidado cultural / Fátima Alice Aguiar Quadros. – Campinas, SP : [s.n.], 2016.

Orientador: Maria Inês Monteiro.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermeiros. 2. Enfermagem transcultural. 3. Trabalho. 4. Formação profissional. 5. Grupos étnicos. I. Monteiro, Maria Inês, 1957-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Analyzing the nursing practice of nurses from the Guarani, Kaiowá and Terena ethnicities through the cultural care perspective

Palavras-chave em inglês:

Nurses

Transcultural nursing

Education

Staff development

Ethnic groups

Área de concentração: Enfermagem e Trabalho

Titulação: Doutora em Ciências da Saúde

Banca examinadora:

Maria Inês Monteiro [Orientador]

Esther Jean Langdon

Heleno Corrêa Rodrigues Filho

Maria Helena Salgado Bagnato

Márcia Regina Martins Alvarenga

Data de defesa: 26-07-2016

Programa de Pós-Graduação: Enfermagem

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

FÁTIMA ALICE DE AGUIAR QUADROS

Orientadora: PROF^A. DR^A. MARIA INÊS MONTEIRO

MEMBROS:

1. **PROF^A. DR^A. Maria Inês Monteiro [Orientadora]** _____
UNICAMP - FENF

2. **PROF^A. DR^A. Esther Jean Langdon** _____
UFSC

3. **PROF. DR. Heleno Rodrigues Corrêa Filho** _____
UNB – FCS

4. **PROF^A. DR^A. Marcia Regina Martins Alvarenga** _____
UEMS

5. **PROF^A. DR^A. Maria Helena Salgado Bagnato** _____
UNICAMP – FE

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas

A Ata de Defesa, assinada pelos membros da Comissão Examinadora, consta no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 26 de julho de 2016

DEDICATÓRIA

Aos ancestrais.

AGRADECIMENTOS

A meu Deus Supremo, criador do todo, Mestre que guiou e guia meus passos.

À minha orientadora amada, Professora Doutora Maria Inês Monteiro, pessoa iluminada que sempre me conduziu com competência, lucidez, compreensão, dedicação e serenidade. Gratidão eterna.

À Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (UEMS) o meu amor e orgulho em fazer parte de seu corpo docente. Agradeço por me constituir como professora e facilitar a trajetória entre especializações, mestrado e doutorado, por me afastar com ônus das atividades docentes, auxílio e apoios fundamentais na caminhada.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo auxílio significativo nas fases da coleta e análise dos dados.

Às Professoras Esther Jean Langdon (UFSC), Mirian Pillar Grossi (UFSC) e Vanessa Lea (UNICAMP) por terem me aceito como aluna especial nos programas de Pós-Graduação em Antropologia Social, o que fez toda diferença na minha formação. Agradeço pela generosidade de cada uma com quem muito aprendi sobre antropologia da saúde, gênero e populações tribais e Etnologia Sul-Americana.

Ao professor Levi Marques Pereira por sua generosidade e parceria, com quem muito aprendi sobre os povos Guarani, Kaiowá e Terena.

À UNICAMP, aos professores do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem, aos colegas com quem pude conviver, aprender e compartilhar o conhecimento e, em especial ao Saulo, apoiador, facilitador e simplificador de todos os processos.

Às enfermeiras e enfermeiros indígenas que autorizaram a coleta de dados. A minha sincera gratidão porque sem vocês não teríamos este estudo e, por isso, peço a Deus que retribua em dobro todo o crescimento intelectual e espiritual que me proporcionaram.

Às lideranças e comunidades indígenas por me aceitarem em seu convívio, por me ensinarem a dialogar, a aprender sua cultura e a dar valor às coisas mais simples da vida.

À minha família, em especial, aos meus filhos Taiuan, Luã e Luara, que são meu esteio. Agradeço pelo apoio nas horas difíceis e pelo maior dos sentimentos que é o amor mais puro.

Às amigas do coração: Luz Marina, Marcia, Sandra, Cintia, Maiara e Viviane. Aos amigos de caminhada Eduardo e Marcos. Vocês muito me auxiliaram por meio da compreensão e do silêncio ao me ouvirem, retribuindo com palavras doces de consolo e estímulo à realidade.

A essas pessoas e aos demais que me ajudaram, gratidão!

RESUMO

Título: Análise das práticas dos(as) enfermeiros(as) indígenas das etnias Guarani, Kaiowá e Terena na perspectiva do cuidado cultural.

Introdução: O cuidado cultural abrange diferentes crenças, valores e condições socioeconômicas em uma sociedade. Conhecendo as realidades individuais e sociais os profissionais da área de enfermagem podem vir a buscar um melhor entendimento dos processos de saúde e doença, aprimorando o embasamento para a prática do cuidar nas diferentes fases da vida. **Objetivo:** Analisar a atuação dos(as) enfermeiros(as) indígenas dos grupos étnicos Guarani, Kaiowá e Terena, no sul do Estado do Mato Grosso do Sul. **Percorso metodológico:** Pesquisa documental e etnográfica nas terras indígenas no sul do MS, realizada com enfermeiros e enfermeiras indígenas das etnias Guarani, Kaiowá e Terena, bem como pessoas da comunidade indígena que estiveram sob os cuidados de enfermagem, na atenção à saúde indígena: nos Polos de Saúde Indígena dos municípios de Amambai, Caarapó e Dourados, Unidades de Atenção Básica, assim como na Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) de Dourados e Amambai. A pesquisa foi aprovada por lideranças indígenas e órgãos responsáveis com relação aos aspectos éticos envolvendo população indígena, a saber, Conselho Distrital de Saúde Indígena, Distrito Sanitário Especial Indígena, Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e Fundação Nacional do Índio. O período da coleta de dados transcorreu entre maio e dezembro de 2015, após contato prévio e a obtenção da autorização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Participaram do estudo doze enfermeiros(as) indígenas e trinta e uma pessoas da comunidade pertencentes aos grupos étnicos Guarani, Kaiowá e Terena. Utilizou-se como instrumentos de coleta de dados observação participante e não participante, entrevista individual e grupo focal, incluindo i) pesquisa documental, ii) entrevista individual com os(as) enfermeiros(as), iii) observação das práticas dos(as) enfermeiros(as) em atuação individual, em grupo e em reuniões e iv) entrevista com pessoas da comunidade em geral. Analisaram-se os registros compilados conforme modelo da etnoenfermagem (Leininger). **Resultados:** Verificou-se o ingresso nos cursos de Enfermagem com características sociodemográficas em constante movimento temporal, favorecendo o reconhecimento de sua multiculturalidade. A formação é marcada pelas “barreiras culturais” vivenciadas em sala de aula nas relações interétnicas e interculturais. A inserção destes profissionais no mercado de trabalho é expressa pelo agir político e sociocultural, que conecta orientações e práticas de saúde oriundas dos sistemas indígenas àquelas promovidas pelo Estado

brasileiro. O Trabalho possui múltiplas transversalidades marcadas pela relação de gênero, geracional, étnica, lutas sociais e desafios a serem vencidos. **Considerações finais:** Viabilizaram-se reflexões sobre mudanças necessárias ao longo do processo formativo de enfermeiros(as) indígenas. O trabalho como fim social no enfrentamento dos problemas de saúde e no convívio com não indígenas imprime significados humano e social às suas práticas, continuando e valorizando suas culturas ao reafirmarem o seu pertencimento étnico em meio à transformação no cenário de vida atual. Evidenciou-se a limitação profissional para a repadronização cultural de cuidados devido ao sistema no qual estão inseridos e que desconsidera qualquer possibilidade de protagonismo que não seja a de elementos da cultura hegemônica.

Descritores: Enfermeiros; Enfermagem Transcultural; Trabalho; Formação Profissional; Grupos étnicos.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Trabalho.

ABSTRACT

Title: Analyzing the nursing practice of nurses from the Guarani, Kaiowá and Terena ethnicities through the Cultural Care perspective.

Introduction: Cultural Care involves a large range of beliefs, values and socioeconomic factors of a society. Knowing both individual and social realities they are inserted in, nurses could seek for a better understanding of health and disease processes in order to improve the practice of care during the different phases of life. **Objective:** To analyze the Cultural Care being practiced by indigenous nurses in the south of the Mato Grosso do Sul (MS) Estate, Brazil. **Methods:** Documental and ethnographic research held in the area where indigenous nurses from the Guarani, Kaiowá and Terena ethnicities were providing their services for indigenous communities assisted by the Indigenous Health Care: attached to the Indigenous Health Polos, in the cities of Amambai, Caarapó and Dourados; Primary Care Units/ESFL and Indigenous Health Care Support Centers (CASAI) in the cities of Amambai and Dourados. The study was approved by the indigenous leaders and by the Council District of Indigenous Health, Special Indigenous Sanitary District, UNICAMP's Ethics Research Committee, National Commission for Ethics in Research and the National Indian Foundation. The data was collect between May and December of 2015, after guaranteeing the authorization using an Informed Consent Form. Twelve nurses and thirty one people from the Guarani, Kaiowá and Terena communities have participated in the study. Participant Observation, individual interviews and focus groups (including I: documental research; II: individual nurses interviews; III: individual and collective nursing practices observations; and IV: interviews with members of the communities) were used and the obtained data was analyzed by the ethnonursing (Leininger) method. **Results:** It was verified the admission in the nursing schools of a great number of people coming from a multicultural background. The course is marked by "cultural barriers" and the interethnic and intercultural relations in the classroom. The insertion of these professionals in the market is made by political and sociocultural practices promoted by systems of assistance to indigenous people and the country's legislation. Their work has multiple crossed mainstream concepts, including gender, generational, ethic and social struggles. **General considerations:** Some changes are needed in the educational process of indigenous nurses. A social oriented work to overcome health care problems and the interactions with non-indigenous

communities add both human and social values to their practices, also valorizing their own culture by stating their ethnic belonging. It was also shown the professional limitation for a cultural re-standardization due to the system they are inserted in lack of support to any possibility of protagonism in the field that goes against the hegemonic culture.

Descriptors: Nurses; Transcultural Nursing; Education; Staff Development; Ethnic groups.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Agente Indígena de Saúde
CAPs	Centro de Atenção Psicossocial
CASAI	Casas de Saúde indígena
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGPLA/DEPIN	Coordenação Geral de Planejamento e Avaliação
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS 1986	8ª Conferência Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONDISI	Conselho Distrital de Saúde Indígena
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DUM	Data da Última Menstruação
EMSI	Equipe Multiprofissional da Saúde Indígena
ESFI	Estratégia da Saúde da Família Indígena
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituições de Ensino Superior
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

IST/AIDS	Infecção Sexualmente Transmissível/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
MS	Mato Grosso do Sul
PBSI	Polos Base de Saúde Indígena
PE	Processo de Enfermagem
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
RID	Reservas indígenas de Dourados
SESAI	Secretaria de Saúde Indígena
SIASI	Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SINAM	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
SUEST/MS	Superintendência Estadual do Mato Grosso do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSA	Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDUCC	Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado
TEI	Técnico de Enfermagem Indígena
TI	Terras Indígenas
UEMS	Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul
UFGD	Universidade Federal da Grande Dourados
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNIGRAN	Centro Universitário da Grande Dourados
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

Apresentação	16
1 INTRODUÇÃO.....	19
1.1 Ensino de enfermagem no Brasil e o ingresso dos indígenas	20
1.2 Os povos indígenas no Estado do Mato Grosso do Sul	21
1.3 Políticas e modelo de atenção à saúde indígena no Brasil e no Estado do MS	25
1.4 A saúde indígena e o perfil de adoecimento no Estado do MS.....	29
1.5 Justificativa	31
2 OBJETIVOS.....	33
2.1 Objetivo Geral.....	34
2.2 Objetivos Específicos.....	34
3 PERCURSO METODOLÓGICO	35
3.1 Tipo de estudo.....	36
3.2 Considerações éticas da pesquisa.....	36
3.3 Local	37
3.4 Caracterização e recrutamento dos sujeitos da pesquisa.....	38
3.5 Procedimentos e instrumentos da pesquisa.....	39
3.6 Análise dos dados	40
3.7 Pressupostos.....	41
4 RESULTADOS	43
4.1 Artigo 1 – Processo de formação de enfermeiros(as) indígenas e a educação para a alteridade.....	44
4.2 Artigo 2 – Relações socioculturais tradicionais e as múltiplas transversalidades do trabalho de enfermeiros(as) indígenas.....	62
4.3 Artigo 3 – Análise das práticas de enfermeiras indígenas na perspectiva transcultural	85
5 DISCUSSÃO GERAL	109
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	123

7 REFERÊNCIAS.....	128
8 APÊNDICES	135
Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido I.....	136
Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido II.	138
Apêndice 3 – Formulário para entrevista individual do(as) enfermeiros(as) indígenas.....	141
9 ANEXOS.....	143
Anexo 1 – Autorização do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Mato Grosso do Sul (CONDISI-MS)	144
Anexo 2 – Autorização do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI)	145
Anexo 3 – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (CEP/UNICAMP).....	146
Anexo 4 – Parecer consubstanciado da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).....	157
Anexo 5 – Autorização da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) para ingresso em terra indígena.	168

Apresentação

Este estudo compreende a etnografia de um grupo de indígenas das etnias Guarani, Kaiowá e Terena, habitantes das terras indígenas (TI) do sul do Estado do Mato Grosso do Sul (MS), Brasil. Abrange um grupo de homens e mulheres que buscou se profissionalizar fora de seus aldeamentos, fato concretizado a partir do ano de 2002, quando os(as) indígenas passaram a buscar uma “profissão de branco” (enfermagem) na tentativa de traduzir os conhecimentos adquiridos de volta para suas aldeias, cuidando de forma dinâmica do seu povo.

O ingresso destes sujeitos em Instituições de Ensino Superior (IES) públicas e privadas – como a Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS) e o Centro Universitário da Grande Dourados (UNIGRAN) – pôde ser acompanhado, no tocante à formação dos(as) acadêmicos(as) indígenas, em meio à minha carreira docente nos cursos de Graduação em Enfermagem.

Advêm desta oportunidade as várias experiências que poderiam ser relatadas e cuja vivência permitiu-me, no decorrer da formação destes indivíduos, identificar a atuação dos(as) acadêmicos(as) indígenas e sua relação nas práxis da enfermagem com pacientes e seus familiares. Iniciava-se, assim, uma experiência multicultural no processo do cuidar, na qual a comunicação era facilitadora, pois os(as) acadêmicos(as) e sua forma de comunicar-se ora em língua portuguesa, ora no idioma guarani, permitiram que nos conhecêssemos em meio ao currículo escolar, despertando meu respeito e curiosidade em conhecer suas cosmologias, hábitos, costumes e sua cultura como um todo, nos diferentes grupos étnicos e em seu cotidiano.

Na ocasião em que acompanhei estes indivíduos no desenvolvimento da prática de Estágio Supervisionado realizado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), percebi nitidamente a relação de intermediação que os acadêmicos indígenas mantinham com seus “parentes”, com o xamanismo e o processo do adoecer e/ou a morte, assim como suas concepções e a integração do conhecimento científico e do conhecimento indígena para o exercício do cuidado cultural. Aqui destaco que o que havia identificado nos textos de Leininger* mostrava-se visível ao meu sentido na prática cotidiana.

* Para conhecer o conjunto de textos publicados por *Madeleine Leininger* ver: Seima MD, Michel T, Méier MJ, Loewen Wall M, Lenardt MH. A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985 – 2011. Rev. Escola Anna Nery [serial on the Internet].

Logo observei que, em alguns momentos, o que “não foi ensinado” a estes estudantes indígenas no processo de ensino do curso de Graduação em Enfermagem, isto é, as falhas advindas do processo de formação por não considerar as especificidades desse alunado, sobretudo após a IES pública aderir à política de reserva de vagas, não impediram que determinados conteúdos fossem “apreendidos”. Além disso, havia resultados desse aprendizado tanto no processo do cuidar, quanto na adesão ao tratamento manifestada pelos pacientes. Acredito, então, que esses saberes são advindos do conhecimento prévio desses estudantes, acumulado no cotidiano cultural no qual estão imersos, o que, sem dúvida, viabiliza um processo de aprendizagem muito proveitoso para nós docentes.

Este incentivo me despertou para a necessidade de buscar conhecimento e estratégias pelas quais pensar a maneira como estes estudantes indígenas articulavam os conhecimentos indígenas aos científicos, como produziam e colocavam em prática tais saberes. Durante as aulas teóricas e práticas já percebia algumas ausências e acertos na relação estabelecida com esse alunado, o que sinalizava para a necessidade de se investigar como se dava a devolutiva dos saberes adquiridos na Graduação, como eram apreendidos a partir da atuação na práxis, pois, entre tantos motivos ideológicos, tal investigação poderia subsidiar avanços no ensino a ponto dos reflexos serem identificados e sentidos no atendimento que futuramente ofereceriam para a comunidade na qual iriam trabalhar, ou seja, a preocupação central está em como este alunado articula seus conhecimentos culturais junto aos conhecimentos aprendidos no ensino superior.

O ingresso no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) oportunizou o desenvolvimento desta investigação junto à minha orientadora, principal incentivadora da ideia na época.

Sem o incentivo recebido talvez o trabalho não fosse possível, pois os obstáculos foram vários. A longa trajetória na aprovação da pesquisa, que tramitou nas diferentes instâncias, por exemplo, constituiu um processo pelo qual foi possível acumular não só experiência, mas também reflexões e contribuições por parte da equipe administrativa do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP. Não poderia deixar de registrar esse auxílio.

Após dois anos entre autorizações do controle social indígena ao CEP e à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), iniciei a coleta em meio a outras dificuldades que

envolveram segurança, transporte, viagens etc. ao longo de uma fase intensa, que gerou um banco de dados grandioso em tamanho e qualidade, o que certamente renderá diversas produções e contribuições científicas.

Para esta tese selecionamos as narrativas consideradas mais relevantes para o objetivo proposto, optando por dimensionar o estudo no formato alternativo composto por três manuscritos. Para abrilhantá-los contamos com o auxílio do antropólogo Levi Marques Pereira, professor da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) e conhecedor dos povos indígenas aqui estudados, que prontamente aceitou a parceria e o desafio de escrever com uma enfermeira e outra que atua em área interdisciplinar há vários anos (eu e minha orientadora).

Assim, esta tese está organizada em forma de artigos científicos, sendo dividida em três partes. A **Introdução** discorre por assuntos que pretendem inserir o leitor no contexto do estudo, versando de início sobre: O ensino da enfermagem no Brasil e o ingresso dos indígenas; Os povos indígenas no Estado do Mato Grosso do Sul; Políticas e modelo de atenção à saúde indígena no Brasil e no Estado do MS; A saúde indígena e o perfil de adoecimento no Estado do MS.

Os **Objetivos**, tanto o geral como os específicos, descrevem e analisam de forma dinâmica o processo de formação e trabalho, assim como as práticas dos(as) enfermeiros(as) indígenas, facilitando a compreensão ao leitor. No capítulo **Percursos Metodológicos** são exploradas as etapas quanto ao Tipo da pesquisa; Considerações éticas; Local da pesquisa; População do estudo; Procedimentos e instrumentos; Análise dos dados.

Como **Resultados** deste empreendimento apresentam-se três manuscritos a serem submetidos à periódicos, escolhidos, respectivamente:

Artigo 1 – Processo de formação de enfermeiros(as) indígenas e a educação para a alteridade;

Artigo 2 – Relações socioculturais tradicionais e as múltiplas transversalidades do trabalho de enfermeiros(as) indígenas;

Artigo 3 – Análise das práticas de enfermeiras indígenas na perspectiva transcultural.

Finalmente, apresenta-se a **Discussão Geral** e as **Considerações Finais** sobre os temas em foco, assim como as **Referências** que embasaram a pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Ensino de enfermagem no Brasil e o ingresso dos indígenas

No Brasil, durante o período da redemocratização, houve grande demanda dos movimentos sociais para a inclusão efetiva das populações de negros e indígenas, assim como de temáticas curriculares nos ensinos de nível fundamental e médio que contemplassem essas populações. Entretanto, no período dos anos 1980 a 1990, as respostas institucionais foram asseguradas basicamente na Constituição Federal e nas legislações Estaduais com a elaboração de capítulos específicos. Somente no início do século XXI pode ser identificada significativa mudança nesse sentido, posto que várias Instituições de Ensino Superior (IES) passaram a adotar a política de Ações Afirmativas para negros e indígenas, com ênfase no sistema de cotas⁽¹⁾.

Autoras australianas destacam a importância de que a força de trabalho de saúde mantenha-se culturalmente segura e tenha acesso à educação continuada, aspectos fundamentais para a redução das iniquidades em saúde para os povos indígenas. Educar e formar contingente significativo de enfermeiros(as) indígenas constitui-se, portanto, como uma iniciativa para preencher as lacunas na atenção a esse grupo populacional, garantindo-lhe os aspectos relativos à sua cultura diante do conjunto único de habilidades, conhecimentos e compreensões voltados à prestação de serviços de saúde que, em geral, trazem consigo⁽²⁾.

Além disso, tal contribuição tem o potencial de suprir demandas ocasionando resultados futuros positivos para os povos indígenas, melhorando o acesso aos serviços de saúde e garantindo serviços culturalmente adequados, nos quais o atendimento seja pautado pela igualdade e pelo respeito por parte dos(as) enfermeiros(as) não indígenas que prestam cuidados a essa população⁽²⁾.

A implantação das políticas de cotas para o ingresso de representantes dos povos indígenas nas universidades públicas de todo o país, o que seria implementado apenas em 2012 a partir da Lei Federal n. 12.711, merece importante destaque o fato de, já em 2002, uma Lei Estadual do MS determina a reserva de 10% das vagas da UEMS para indígenas, o que foi em alguma medida diretriz seguida por instituições privadas. Graças a essa medida, e especificamente no caso da Graduação em Enfermagem, em 2009 a UNIGRAN formou três alunos indígenas e, em 2010, a UEMS formou dois alunos indígenas nos cursos de graduação em enfermagem. Depois disso pode-se dizer que as IES (públicas e privadas) já formaram mais de 20 enfermeiros(as) indígenas de várias etnias e que atuam, em sua maioria, nos serviços de atenção à saúde indígena no Estado do MS⁽³⁾.

Do mesmo modo, o acesso à formação ao ensino superior por pessoas indígenas vem se ampliando no Estado do MS também em outras áreas do conhecimento ofertadas pelas 44 IES, das quais três são públicas e 41 privadas. A maioria (84%) está localizada no interior do Estado e apenas sete (15,9%) encontram-se na capital Campo Grande⁽⁴⁾. Atualmente, parte dessas IES já formou e/ou está formando indígenas para atuarem na área da Enfermagem.

1.2 Os povos indígenas no Estado do Mato Grosso do Sul

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Estado do Mato Grosso do Sul possuía, em 2010, 2.505.088 habitantes, sendo 3% pertencentes a povos indígenas e estimados em 73.295 indivíduos, o segundo maior contingente indígena do país, atrás apenas do Estado do Amazonas^(5, 6).

Embora tenha ocorrido pequena redução na população no ano de 2014, de acordo com informações do Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul (DSEI-MS), totaliza-se 73.181 indígenas, destes 49.570 habitam a região sul do Estado e 23.611 residem a norte do Estado⁽⁷⁾.

Nota-se diferença populacional em todo o Estado do MS entre os dados do IBGE e DSEI/MS, o que pode estar relacionado aos critérios de pesquisa, visto que o IBGE considera as populações urbana e rural. Ainda, o estudo do DSEI/MS aponta que tal população distribui-se em 99 terras indígenas (TI), reservas indígenas e acampamentos, compondo grande diversidade étnica⁽⁷⁾.

Os grupos étnicos que habitam o Estado do MS passam por processo de migração e miscigenação, tendo em vista o relatório quantitativo de pessoas indígenas no ano de 2014, no qual se observam novos quantitativos de habitantes de grupos étnicos de outros Estados, assim como habitantes não indígenas em terras indígenas. Foram identificados os seguintes grupos: Guarani, Guarani Kaiowá, Kaiowá, Terena, Kadiwéu, Kinikinawa, Guató, Atikum, Ofaié, agregados de outras TI, em menor quantitativo, os Cinta Larga, Xavante e Bororó⁽⁷⁾. É importante considerar que cada um destes grupos possui formas de organização social, política, econômica, de relação com o ambiente e de ocupação de seu território diversas entre si^(6, 8).

A maior população indígena no Estado do MS está geograficamente disposta na região sul e compreende os Guarani, Guarani Kaiowá e Kaiowá ocupantes de TI e reservas as quais, embora possuam forte concentração de serviços de saúde, educação e assistência oferecidos pelo

governo, “caracterizam-se pela superpopulação, pela degradação ambiental e pelo acúmulo de problemas sociais, onde a pobreza e a quase total falta de recursos são apenas um deles” (7, 9:80).

Os Guarani contemporâneos são divididos em três subgrupos: Mbyá, Kaiowá e os Nhandéva/Chiripá, sendo que apenas estes últimos se autodenominam Guarani. No MS localizam-se dois destes subgrupos, os Kaiowá e os Guarani, residentes em 28 áreas indígenas da região sul⁽¹⁰⁾.

A Reserva Indígena de Dourados (RID) divide-se, por sua vez, em *duas aldeias*: *Jaguapirú*, com 6.753 indígenas das etnias Guarani, Kaiowá e Terena; e *Bororó*, com 6.341 indígenas das etnias Nandevá e Kaiowá. Juntos, estes aldeamentos configuram-se como o segundo maior contingente indígena em meio urbano no Brasil, somando cerca de 13 mil indivíduos no ano de 2014 que convivem com mestiços e não mestiços também residentes nesta região localizada a oito quilômetros da cidade de Dourados/MS^(7, 11).

De modo geral, ressalta-se maior desenvolvimento socioeconômico na Aldeia Jaguapirú devido sobretudo ao incentivo à educação e melhor adaptação aos hábitos urbanos. Já a Aldeia Bororó caracteriza-se por maiores índices de pobreza e marginalidade. Os índios da RID relatam que as características da terra e a escassez de água dificultam a prática do plantio. Além disso, nota-se o aumento da população indígena na mesma área territorial delimitada há mais de 80 anos. A coexistência de fatores ambientais desfavoráveis, crise de identidade, entre outros, levam a situação problemática de saúde pública, evidenciada por abuso de drogas, violência, suicídios e desnutrição⁽¹²⁾.

Em contrapartida, a Aldeia do Panambizinho, localizada no distrito de Panambi, município de Dourados, se mostra com algumas particularidades em relação aos aldeamentos da RID, pois sua população indígena se encontra mais distante da população não indígena e, proporcionalmente, em menor número de habitantes por área na região delimitada. Esses fatores podem ser considerados como facilitadores da manutenção e preservação da cultura diante das influências externas inevitáveis; por outro lado, denotam particularidades difíceis de serem controladas, visto ser a aldeia aberta, assim como as pessoas são livres, o que as fazem relacionar-se com pessoas de outras comunidades não indígenas mesmo distantes, viabilizando o acesso às tecnologias – principalmente as que integram as redes sociais como rádio, televisão, internet, computador etc., além de este contato advir da necessidade do trabalho e da busca de conhecimentos em outros contextos⁽¹³⁾.

A Aldeia Panambizinho é habitada por 347 indígenas Kaiowá que, segundo Maciel⁽¹³⁾, são um povo:

(...) apegado a seus valores e à visão de mundo tradicional, apesar das dificuldades flagrantes que ameaçam constantemente sua persistência enquanto comunidade Kaiowá. Orgulham-se de sua identidade indígena, reclamando tão somente o direito de possuírem um território suficiente para continuarem sendo Kaiowá legítimos, por relacionarem-se somente com Kaiowá na aldeia; conseqüentemente, segundo eles, podem manter suas tradições culturais Kaiowá, como o batismo dos meninos, o Kunumi Pepy (13:04).

No contexto das etnias indígenas, os Terena, Guarani e Kaiowá são considerados como portadores de uma cultura própria que, até algumas décadas atrás, se fortalecia em relativo isolamento geográfico, o que era considerado pela antropologia da época como fator importante para o futuro da identidade desses sujeitos etnicamente diferenciados.

Os Guarani e Kaiowá viventes na aldeia Te'ýikue, localizada no município de Caarapó/MS, não fogem à regra do processo de hibridização cultural pelo qual passam as culturas na América Latina, como bem destacou Canclini, que entende o processo de hibridização como multicultural e capaz de possibilitar o respeito, a valorização e a tolerância às diversidades culturais⁽¹⁴⁾. De outro modo, o processo de hibridização traz novas formas de significação, o que pode resultar em embates e choques culturais^(15, 16).

A hibridização proposta na relação e aquisição de conhecimentos entre professores e alunos da Escola Indígena Nhandejara da Aldeia Te'ýikue, possui intencionalidade positiva, visto a busca por novas tecnologias, especialmente a internet disponibilizada pelo Ponto de Cultura Teko Arandu. A proposta de implantação do ponto de cultura é oferecer ferramentas que possibilitem aos silenciados, no caso os Kaiowá e Guarani, serem vistos e ouvidos⁽¹⁷⁾. As novas mídias, no caso da Aldeia Te'ýikue, possibilitaram a ampliação da interatividade com o entorno não indígena viabilizando aos Kaiowá, especialmente aos mais jovens, manter intercâmbio real com outros povos indígenas que vivem em aldeias distantes, inclusive no Paraguai e Argentina, fator de importante impacto sobre o futuro desse povo.

O hibridismo cultural, o qual é intencionado aos frequentadores do projeto desenvolvido na escola indígena, está contido no íterim das relações de controle e poder possuindo, assim, aspectos positivos e negativos; positivos pelo fato de possibilitar novos sentidos

e significados para os discursos identitários, bem como tolerância às diferenças culturais, negativos porque, ao invés de preservar a cultura, corre-se o risco de apagar determinadas tradições, ocasionando crises de identidade que podem impulsionar um mascaramento do poder das culturas dominantes sobre culturas dominadas.

O município de Amambai/MS, por seu turno, soma 34.730 habitantes e situa-se ao sul do MS. No seu entorno instituíram-se as reservas indígenas Amambai, Limão Verde e Jaguari, agregando 8.991 indígenas de diferentes etnias (Guarani e Kaiowá), conforme os dados da coordenadoria da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e do DSEI-MS^(7, 18).

A Aldeia Amambai conta com área de 2.429 hectares e população de 7.031 habitantes. Diante do processo de confinamento ao qual é submetida, independente do crescimento numérico da população em suas reservas, os modos de vida praticados já não comportam os seus modelos organizacionais. Em consequência disso conflitos políticos, sociais, religiosos, econômicos e de gênero tornaram-se latentes e crescentes, somados a problemas como doenças, desnutrição, suicídio e violência, aspectos bárbaros desse processo de aldeamento⁽¹⁰⁾.

É importante ressaltar que tais mudanças e problemas advêm da desestruturação dos vários módulos organizacionais onde viviam esses povos em sistema de coletividade em espaços maiores, do que decorre que muitos indígenas nascidos depois desse processo de confinamento contínuo não conheceram a cultura tradicional de seu coletivo étnico. Cabe observar que as formas de organização social Guarani e Kaiowá, e as circunstâncias vividas na atualidade, são similares em ambas as aldeias⁽¹⁹⁾.

Cada um dos grupos étnicos (Guarani, Kaiowá e Terena) possui sua própria cosmologia, a qual é conceituada⁽²⁰⁾ como teoria sobre o mundo, o movimento no espaço e tempo e lugar da humanidade nesse cosmos. Informa, portanto, as concepções sobre natureza, humanidade e deuses de cada povo. Tal cosmologia se expressa especialmente por meio do ritual e do mito, sendo o primeiro um momento privilegiado de interação entre o sobrenatural, a natureza e os homens. Cosmologia e seus mitos associados são, portanto, produtos e meios da reflexão de um povo sobre sua vida, sua sociedade e sua história. Expressam concepções e experiências, “constroem-se e reconstroem-se ao longo do tempo” pela interação com novos espaços e dialogando com novos atores⁽²⁰⁾.

1.3 Políticas e modelo de atenção à saúde indígena no Brasil e no Estado do MS

As políticas públicas em saúde para os Povos Indígenas no Brasil tiveram início em meados do século XX com o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), que oferecia diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças endêmicas não só aos indígenas, mas também à população rural. Apesar de ter tido pouco impacto sobre a saúde da população, este serviço teve atuação relevante na redução da mortalidade frente a situações de epidemias⁽²¹⁾.

Com a criação da FUNAI, em 1967, o modelo de atenção foi organizado em equipes volantes de saúde compostas por médico, enfermeiro, odontólogo e técnico de laboratório. Criticado na época pelo alto custo e baixa efetividade, ao modelo eram atribuídos a escassez crônica de medicamentos e equipamentos básicos, além da alta rotatividade profissional. Até a década de 1990 as ações de saúde eram isoladas e descontínuas, desintegradas dos serviços e programas nacionais coordenados pelo Ministério da Saúde⁽²¹⁾.

Com o advento da reforma sanitária e a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)¹, em 1986, definiram-se as diretrizes e os princípios para um sistema público de saúde no Brasil o que, após a promulgação da Constituição de 1988 e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde² em 1990, permitiu a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Simultaneamente à 8ª CNS ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, que indicou a necessidade da criação de uma política pública específica para atender os povos indígenas, a ser coordenada pelo Ministério da Saúde por meio de um subsistema de serviços vinculado ao SUS. Em 1992, na 9ª CNS foi reafirmada essa proposta e aprovado um modelo diferenciado de atenção à saúde indígena, articulado ao SUS e organizado na forma de DSEI. A proposta foi regulamentada pelo Decreto n. 3.156/1999³, que dispõe sobre as condições de

¹ Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social (BR). Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 17-21 Mar 1986 [cited 2016 Mar 16]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf.

² Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF; 1990 [cited 2016 Mar 16]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

³ Brasil. Decreto n. 3.156, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde e dá outras providências. Brasília, DF; 1999 [cited 2016 Mar 16]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3156.htm.

assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Lei n. 9.836/1999⁴ – conhecida como Lei Arouca –, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS.

Como os direitos indígenas têm sede constitucional e são de competência federal, cabe ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela gestão e direção da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), que passa a integrar a Política Nacional de Saúde, compatibilizando a Constituição Federal e as determinações das Leis Orgânicas da Saúde, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais⁽²²⁾.

Em 2010 ocorreram mudanças na PNASPI, transferindo a competência da saúde indígena da FUNASA para uma nova Secretaria de Saúde Indígena com a Medida Provisória n. 483/2010⁵. Esta secretaria é atualmente autarquia do Ministério da Saúde e responde pela execução da atenção primária nas aldeias indígenas. O DSEI é, portanto, uma unidade organizacional do Subsistema de Saúde Indígena e sua abrangência de atuação não se restringe às unidades da federação e sim à localização geográfica dos povos indígenas.

Existe uma gama de desafios a serem enfrentados pela gestão da saúde indígena no Brasil, porém a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde favoreceu de forma sistemática e estrutural o fortalecimento do controle social nesta área, principalmente na regulamentação dos papéis de cada instância de controle, na capacitação e formação dos conselheiros e conselheiras da saúde indígena, no crescente investimento nos programas e ações voltados ao controle social no subsistema e, ainda, na garantia do respeito aos processos democráticos estabelecidos pela atual organização do controle social da saúde indígena, representada hierarquicamente por suas instâncias⁽²³⁾.

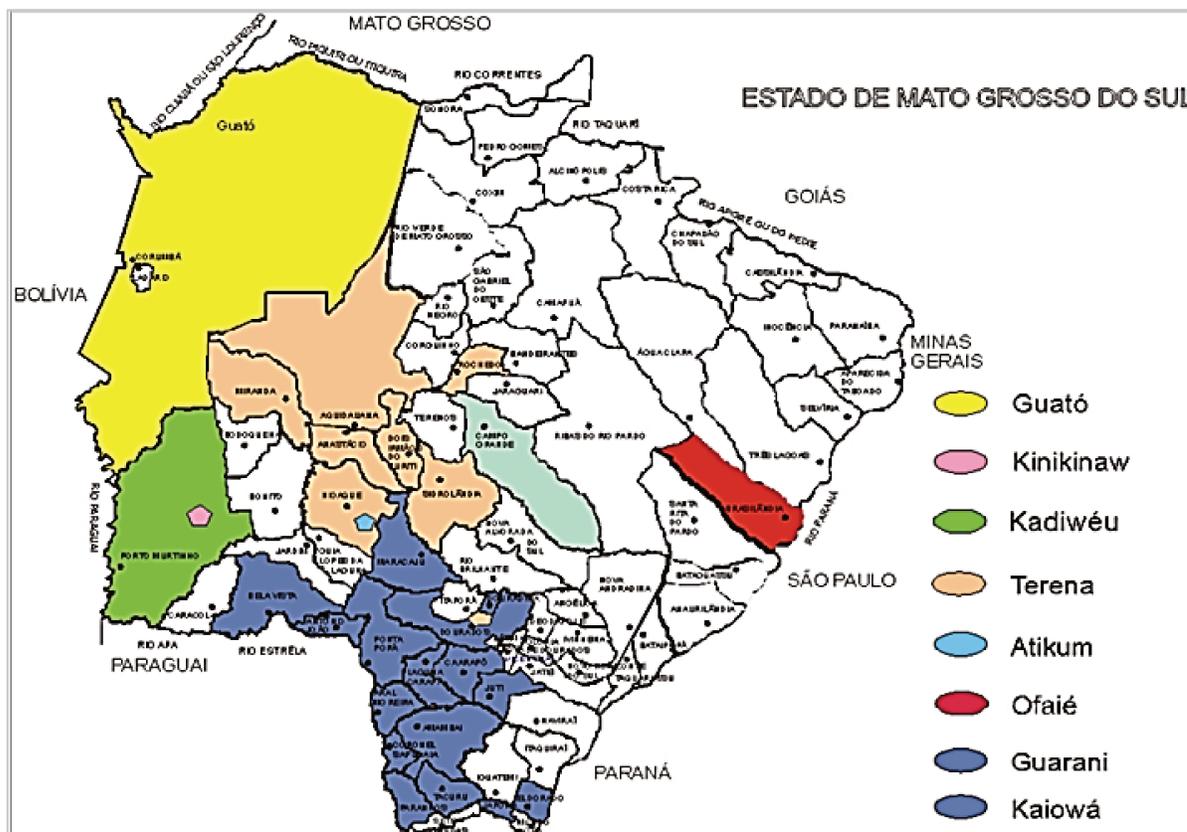
O sistema de saúde indígena do Estado do Mato Grosso do Sul, por sua vez, centraliza-se a partir do DSEI-MS, que interliga 15 Polos Base de Saúde Indígena (PBSI) distribuídos em 31 municípios do Estado, além de três Casas de Saúde Indígena (CASAI) situadas em três regiões

⁴ Brasil. Lei n. 9.836, de 27 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Brasília, DF; 1999 [cited 2016 Mar 16]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm.

⁵ Brasil. Medida Provisória n. 483, de 24 de março de 2010. Altera as Leis n. 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e 8.745, de 9 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, e dá outras providências. Brasília, DF; 2010 [cited 2016 Mar 16]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Atos2007-2010/2010/Mpv/483.htm.

distintas do Estado. Os PBSI são unidades administrativas descentralizadas, cada Polo responsável por um conjunto de aldeias e pela organização do atendimento em nível local e em articulação com os serviços de saúde dos 29 municípios que abrigam essas populações^(6, 24).

Figura 1 – Mapa da distribuição da população indígena por etnia em Mato Grosso do Sul. Fonte: FUNASA/DSEI-MS; 2010.



A sede do DSEI-MS, localizada em Campo Grande, organiza-se em dois setores: *Seção administrativa* e *Seção operacional*, o primeiro responsável pelos serviços de ordem burocrática, e o segundo desempenhando a função de consolidar, avaliar e monitorar os indicadores epidemiológicos das comunidades indígenas aldeadas por meio de capacitações, reuniões e relatórios referentes à assistência.

Aos PBSI estão subordinadas as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), cujo atendimento se dá por meio de serviços como a Estratégia da Saúde da Família (ESF) e as

redes de hospitais conveniados ao SUS, sendo que as CASAI responsáveis pelos municípios de Dourados, Amambai e Campo Grande oferecem serviços de apoio a pacientes e acompanhantes (recepção, alojamento, alimentação, assistência de enfermagem 24 horas, agendamento de consultas, exames complementares ou internação hospitalar) e providenciam, ainda, o retorno destes às comunidades de origem.

Dentre os hospitais considerados referência à saúde indígena destaca-se o Hospital da Missão Evangélica Caiuá, instituição filantrópica fundada em 1928 no município de Dourados e, em 1963, transformada no Hospital e Maternidade Porta da Esperança, responsável pelo atendimento exclusivo à população indígena de 22 aldeias de diferentes cidades do Estado. Além deste, são referenciadas as hospitalizações em redes conveniadas ao SUS e às quais são agregados indígenas e não indígenas.

O fato de a PNASPI preconizar o atendimento voltado às populações indígenas aldeadas, ou seja, inseridas em terras indígenas reconhecidas pela FUNAI, leva a que no Estado do MS persistam muitas comunidades de nativos próximas às cidades e perímetros urbanos alijadas, porém, de seus direitos em relação à saúde, por exemplo. Assim, indígenas residentes em acampamentos fora das aldeias, denominados desaldeados, e localizados em áreas rurais, perímetros urbanos e até à beira das estradas, encontram-se em grande parte desamparados nos termos legais do PNASPI, ainda que mantenham vínculos com suas aldeias de origem⁽²⁴⁾.

Diante dos problemas sociais e de saúde, a política de saúde para os povos indígenas vem garantir o acesso à atenção integral à saúde de acordo com os princípios do SUS – a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política –, que reconhece a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura⁽²²⁾. Há ênfase no respeito às práticas culturais e aos saberes tradicionais das comunidades, de modo que seja preservada a atenção diferenciada por meio de diálogos e reflexões entre os profissionais e a comunidade, para fins de articular as práticas indígenas de saúde⁽²⁵⁾. A articulação com esses saberes e práticas deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas⁽²²⁾.

Sabe-se que as práticas de saúde instituídas pelos SUS por meio dos programas oficiais de saúde não contemplam os saberes indígenas, nem mesmo a autoatenção, compreendida como as diferentes maneiras com que os indígenas lidam com os processos de adoecimento ou formas de atenção à saúde^(25, 26). Para isso, promover a articulação num formato diferente de atenção à saúde que está posta passa ser um desafio para os profissionais de saúde indígena.

1.4 A saúde indígena e o perfil de adoecimento no Estado do MS

As condições desfavoráveis de saúde das populações indígenas no Brasil são comprovadas pela desigualdade nas taxas de mortalidade entre esses povos e a população em geral. O perfil de morbimortalidade, conhecido pela predominância das doenças infecciosas e parasitárias, tem se alterado devido às mudanças no estilo de vida desses povos em sua relação com a terra, o trabalho, a urbanização e a incorporação de novos hábitos culturais como o consumo de alimentos industrializados, diminuição das atividades físicas, doenças crônicas não transmissíveis (obesidade, hipertensão e diabetes mellitus) e transtornos mentais e comportamentais como alcoolismo, violência, suicídio⁽²⁷⁻²⁹⁾.

Do ponto de vista antropológico, o fenômeno da doença pode ser focalizado pela sua dimensão biológica ou categorização biomédica “disease”, pela sua contextualização cultural e subjetiva “illness” e, ainda, como um processo social “sickness”. Ao mesmo tempo, o fenômeno da doença está acompanhado por tentativas de tratamento ou alívio do sofrimento, de forma que os processos sociais que envolvem doenças são, concomitantemente, “processos de saúde/doença/atenção”⁽³⁰⁾.

Na perspectiva intercultural – onde ocorre a interação dinâmica entre biológico, os níveis psicológicos e socioculturais da doença –, a experiência da doença é culturalmente construída. Assim, a “atenção” aos processos de adoecimento neste estudo envolvem os atores sociais, seus conhecimentos e contextos: o indígena doente, seus familiares e a comunidade; os enfermeiros indígenas e o sistema oficial de saúde.

O processo saúde–doença não se desvincula, portanto, dos aspectos culturais relativos a cada povo. Há, assim, diversas concepções acerca da temática cultura nos campos da antropologia e enfermagem, as quais podem se complementar e ampliar.

Na antropologia interpretativa, define-se *cultura* como teias de significados que o próprio homem teceu não de modo experimental, mas sim como Ciência, significados construídos conscientemente de maneira não estanque, ou seja, não enquanto leis e sim como movimento interpretativo em busca de significados⁽³¹⁾.

Tal concepção se aproxima da que concebe os atores sociais como construtores de significados para as ações e interações sociais concretas e temporais vivenciadas, meio pelo que

sustentam as formas sociais vigentes, as instituições e seus modelos operativos utilizando-se justamente de elementos como valores, símbolos, normas e práticas que se configuram, portanto, em instrumental para qualquer profissional da área da saúde⁽³²⁾.

No campo da enfermagem, Leininger considera como cultura “os valores, crenças, normas e práticas de vida de um determinado grupo, aprendidos, partilhados e transmitidos, que orientam o pensamento, as decisões e as ações de maneiras padronizadas”^(33:156, 34). Desse modo, ao visualizar os aspectos culturais como uma teia, um emaranhado ou uma rede de fios, verifica-se que, para poder prestar cuidados condizentes com as necessidades de cada pessoa ou comunidade, deve-se olhar primeiramente a realidade sociocultural do entorno visto que “não existe cultura de uma pessoa só. A pessoa apresenta hábitos, crenças e valores segundo o seu pertencimento a um grupo que pode ser sua família ou comunidade”^(32:2).

A teia e o emaranhado dão sentido, então, à diversidade sociocultural entre os povos indígenas envolvidos nos diferentes processos de contato estabelecidos com os não indígenas, originando determinantes do processo saúde–doença muito diversificados e específicos para cada povo.

Tal relação se confirma no caso dos Terena da terra indígena Buriti, onde se observou que a concepção de saúde e doença está relacionada ao cotidiano de “redução na disponibilidade de terra, mudanças climáticas, influências do meio urbano e quebra de regras”^(35:160). Frente às experiências vivenciadas e na busca do entendimento de suas doenças e cura, tal concepção passa por “processos resultantes dos saberes locais, da participação de diversos atores envolvidos e dos recursos e tecnologias disponíveis, todos inscritos em um contexto cultural e social dinâmico”^(35:160).

O sistema cultural indígena pauta-se na restauração do bem-estar diante de doenças sérias que ameaçam a vida, o que ultrapassa o significado biomédico de *cura* como ausência de sintomas de doença⁽²⁵⁾. Esse processo demanda do profissional de saúde o reconhecimento da presença, legitimidade e necessidade dos especialistas indígenas de saúde, particularmente da figura dos xamãs com suas práticas terapêuticas que buscam fora do corpo biológico os indícios para o entendimento e a cura da doença. Uma abordagem intercultural, portanto, entre os profissionais de saúde e a comunidade indígena mostra-se imprescindível a fim de redefinir conceitos e práticas relacionados à eficácia de tratamentos e cura de doenças⁽³⁶⁾.

1.5 Justificativa

A justificativa e a relevância deste estudo etnográfico passaram por reflexões sobre como nos constituímos enquanto sujeitos, profissionais de saúde, educadores e pesquisadores; assim como cogitações sobre a maneira a partir da qual seguimos com nossas práticas no que se refere especificamente à formação e à profissionalização de indígenas em meio à diversidade cultural.

Na ocasião da defesa da dissertação de mestrado⁶ analisamos o currículo integrado de um dos cursos de Graduação em Enfermagem no Estado do MS, do qual emergiu a problemática do (des)preparo dos docentes em relação às questões do processo de ensino e aprendizagem no que se referia principalmente aos alunos indígenas, que relatavam que em suas formações não foram preparados a contento.

Frente a essa diversidade cultural e às diferenças culturais identificadas na formação proporcionada pelos cursos de graduação de enfermagem surgiu a necessidade do aprofundamento sobre o tema, o que empreendemos nesta pesquisa cuja integração de informações partiu da microrrealidade, palco de interações e conflitos entre diversos atores sociais⁽³⁷⁾.

Os(As) enfermeiros(as) estavam engajados na saúde indígena, trabalhando com pessoas não indígenas, grupos étnicos aos quais muitas vezes não pertenciam. Iniciou-se, então, a busca na literatura por estudos que abordassem o trabalho de enfermeiros(as) indígenas, buscas sempre frustradas porque os poucos estudos que falavam sobre trabalhadores da saúde indígena focavam principalmente os não indígenas, técnicos de enfermagem ou Agentes Indígenas de Saúde (AIS). Raramente estudos focados no grupo de enfermeiros foram localizados, nenhum tratando sobre as especificidades relativas à identidade indígena, o que tornou mais instigante a temática em estudo.

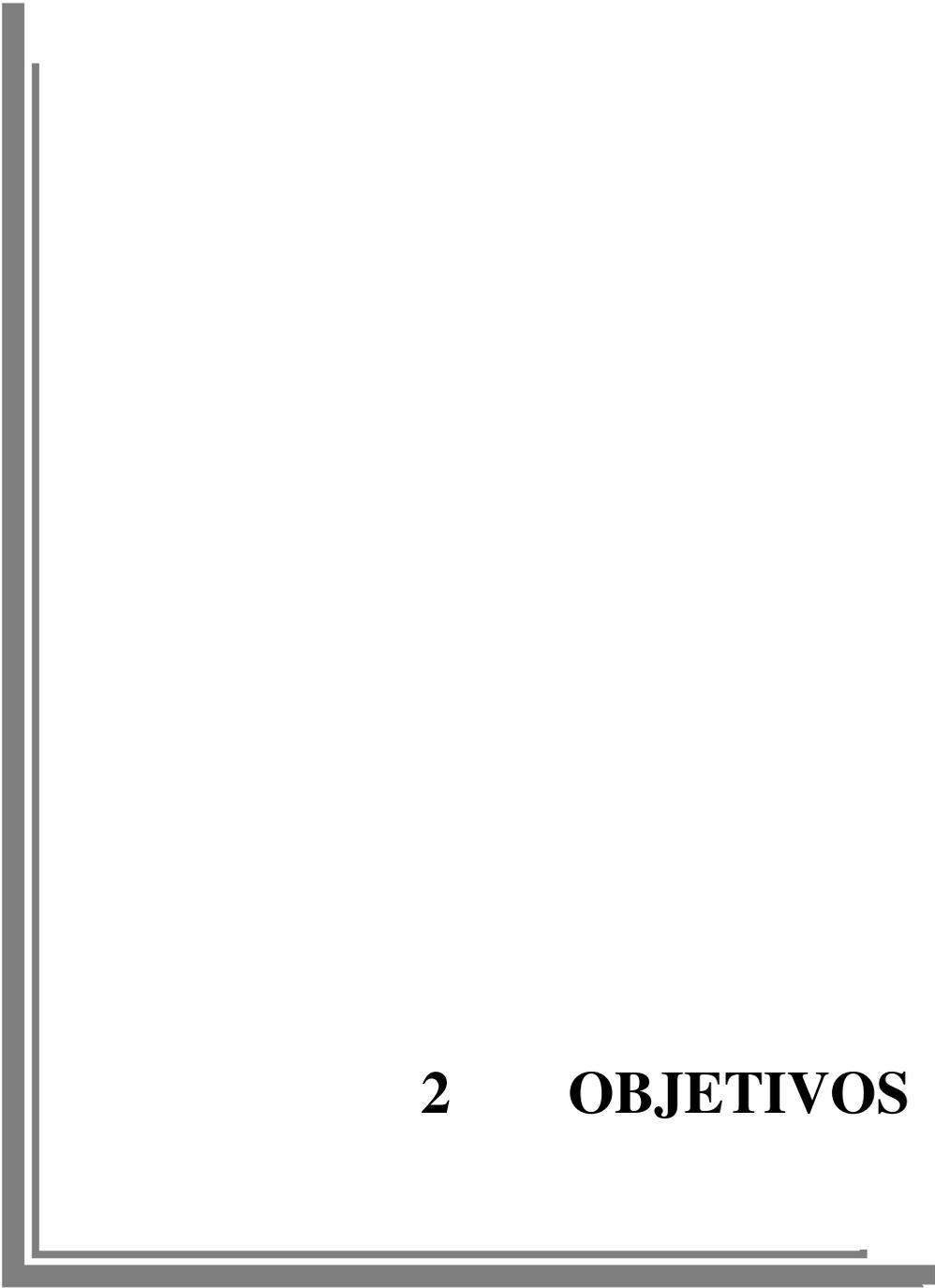
O fato de existirem enfermeiros e enfermeiras pertencentes a diferentes grupos étnicos distribuídos em diversas equipes e em diferentes aldeias, levou-me a pensar nas relações de gênero e interétnicas, tudo isso se mostrou igualmente como desafio a ser superado na pesquisa. O

⁶ Quadros FAA. Currículo Integrado: Análise do Processo de Implementação no Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul [dissertation]. Campo Grande, MS: UCDB; 2008 [cited 2016 Mar 10]. Available from: <http://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/8044-curriculo-integrado-analise-do-processo-de-implementacao-no-curso-de-enfermagem-da-universidade-estadual-de-mato-grosso-do-sul.pdf>.

método originalmente proposto baseava-se na etnografia e, em leitura regional, percebeu-se que no sul do Estado do MS havia maior concentração de enfermeiros(as) nos processos de trabalho e na organização da assistência, lotados em diferentes unidades de atenção à saúde indígena. A inclusão de todos e todas neste estudo, deve-se ao fato de que, sendo os(as) profissionais pertencentes a três grupos étnicos e habitantes de diferentes terras indígenas, tal diversidade garante uma etnografia dotada da riqueza de informação própria de cada enfermeiro, pois as relações interétnicas e interculturais estão presentes no contato entre as pessoas que se estabelecem dentro e fora do mundo do trabalho do(a) enfermeiro(a) indígena.

Dessa forma, tivemos o cuidado de considerar o que autores referem sobre buscar o conhecimento para fazer a interlocução com temáticas antropológicas e sociais, impondo-se o entendimento dos sentidos atribuídos pelos sujeitos aos eventos de saúde e doença, políticas públicas e os serviços de saúde⁽³⁸⁾.

Esta busca refletiu ainda um processo particular por parte da pesquisadora que, enquanto enfermeira, precisou admitir que não estava habilitada para reconhecer e analisar essas questões nas suas intervenções. Para afinar este diálogo entre as áreas de enfermagem, antropologia e ciências sociais, procurou-se o ingresso em cursos de Pós-Graduação em antropologia social, em diferentes instituições públicas em dois estados – São Paulo e Santa Catarina, além da participação em eventos, a realização de leituras e a busca por recomendações de pesquisadores, movimento esse que agregou parcerias em meio à produção do conhecimento sobre a temática que se evidenciou como de fundamental importância a ponto de não se encerrar na concretude desta tese.



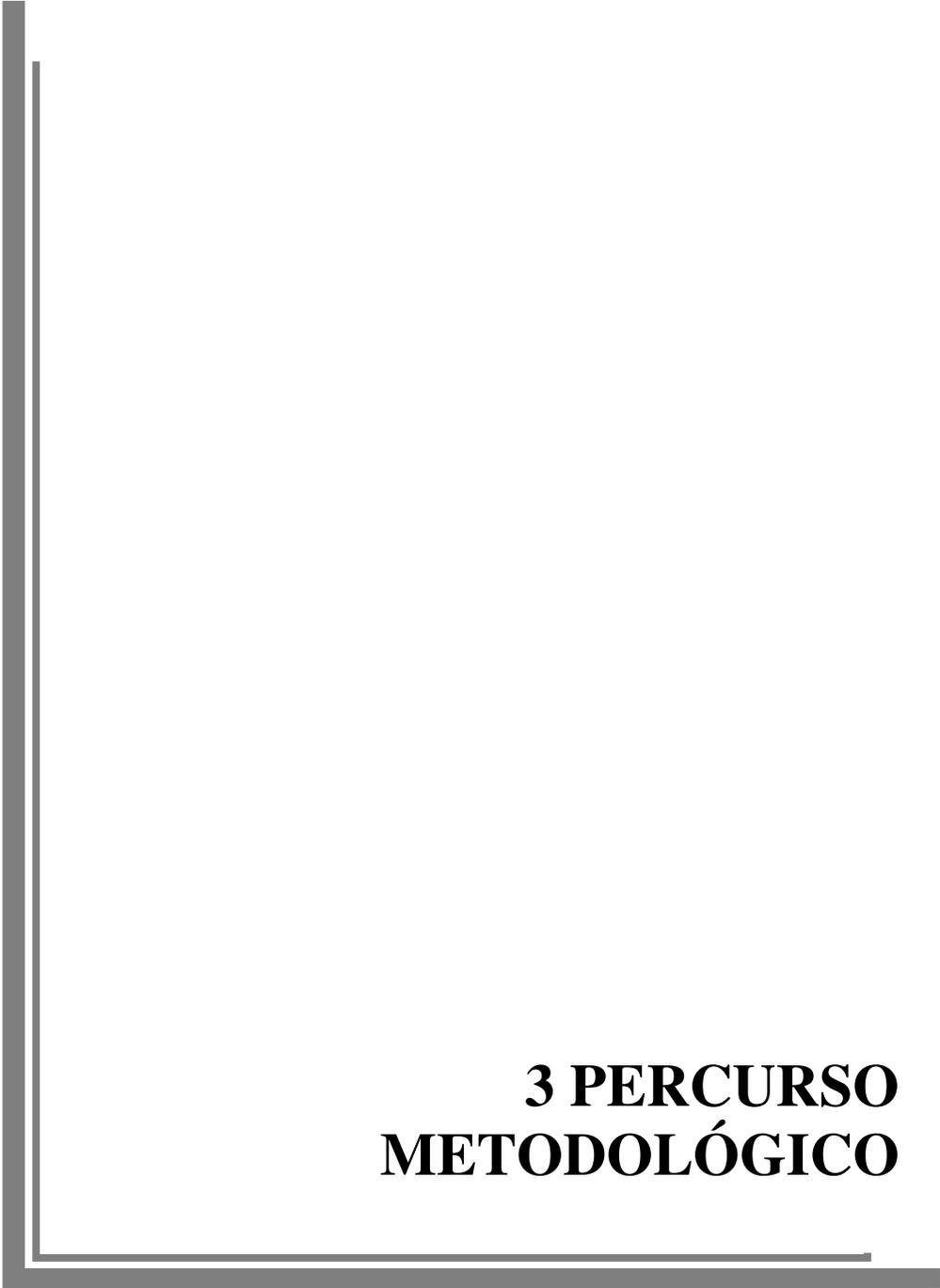
2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a atuação dos(as) enfermeiros(as) indígenas dos grupos étnicos Guarani, Kaiowá e Terena no sul do Estado do Mato Grosso do Sul.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever as características demográficas e socioculturais dos indígenas e seu processo de formação nos cursos de Graduação em Enfermagem no sul do Estado do Mato Grosso do Sul, propondo compreender como tais características impactam a formação e o exercício da profissão;
- Descrever e compreender a trajetória do trabalho de enfermeiros(as) indígenas do sul do Estado do Mato Grosso do Sul;
- Conhecer o ambiente e a população junto à qual os(as) enfermeiros(as) mantêm o cuidar, a fim de identificar e descrever os processos de comunicação, saúde e doença;
- Analisar a dimensão das práticas das enfermeiras indígenas, os resultados dessas práticas, bem como a aceitação e adesão da comunidade no serviço de saúde.



3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

Estudo etnográfico que possibilitou a descrição densa do cotidiano dos(as) enfermeiros(as) indígenas, com vistas à integração de informações oriundas dos diversos atores sociais que atuam numa mesma microrrealidade constituída como palco de interações e conflitos⁽³¹⁾.

Os conflitos, ao invés de terem efeito negativo ou nulo, produzem realidade, isso é fundamental para apreender o contexto da saúde indígena marcado por inúmeras divergências de pontos de vistas, e que pode envolver comunidade indígena e não indígena, profissionais de saúde indígena e não indígena, antropólogos e enfermeiros capazes de produzir interações sociais⁽³⁹⁾.

O percurso metodológico teve início por meio de contato prévio com os coordenadores dos PBSI, representantes do DSEI, do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) e Lideranças indígenas para apresentação, discussão e aprimoramento da proposta de pesquisa. Definiram-se, então, os locais onde atuavam enfermeiros e enfermeiras indígenas lotados na Estratégia da Saúde da Família Indígena (ESFI), PBSI e CASAI no Estado do MS. Na época, observou-se que a quantidade de enfermeiros e enfermeiras indígenas, assim como a população indígena, estava concentrada em número maior no sul do Estado do MS, ficando apenas três enfermeiras(os) na região norte do Estado. Com base nessa premissa e em questões geográficas, optou-se por desenvolver a pesquisa na região sul do Estado do MS, com enfermeiros e enfermeiras indígenas bem como a comunidade a qual era cuidada por estes.

Como uma das ferramentas do estudo empreendeu-se a análise de documentos disponibilizados pelo DSEI-MS e PBSI durante as atividades em campo, dados estes de cunho epidemiológico e estatístico que subsidiaram de maneira auxiliar a compreensão das práticas em meio à etnografia dos(as) enfermeiros(os).

3.2 Considerações éticas da pesquisa

Durante a elaboração do projeto de pesquisa buscou-se orientação no CEP/UNICAMP para proceder com a investigação junto aos povos indígenas. As informações obtidas e, posteriormente, o estudo destas nos possibilitaram seguir os trâmites legais para sua aprovação nas instâncias pertinentes e em consonância com a legislação vigente considerando, ainda, a Resolução

n. 466/2012⁷, que trata de pesquisa com seres humanos, a Resolução n. 304/2000⁸ específica à pesquisa com povos indígenas, além da Instrução Normativa n. 01/1995 da FUNAI⁹ sobre o ingresso em terras indígenas.

Frente aos trâmites recomendados, apresentou-se a proposta de pesquisa seguida de aprovação das lideranças indígenas de suas respectivas TI, além do CONDISI/MS, DSEI-MS, PBSI e coordenadores das CASAI. Após a obtenção destas autorizações o projeto foi submetido à *Plataforma Brasil* e aprovado sob os n. 1.083.360 do CEP/UNICAMP, n. 1.047.135 do CONEP e n. 082/AAEP/PRES/2015 da FUNAI.

A seguir fez-se o primeiro contato com os(as) enfermeiros(as) nos PBSI para apresentar-lhes a proposta da pesquisa com a leitura do conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), instrumento de assinatura obrigatória aos participantes voluntários.

Seguindo os preceitos éticos da pesquisa, após a defesa da tese será elaborado, ainda, o relatório final a ser encaminhado aos órgãos pertinentes e aos representantes do CONDISI e DSEI-MS como desdobramento deste empreendimento, assim como devolutiva para o grupo de enfermeiras(os) que participaram da pesquisa.

3.3 Local

A pesquisa foi realizada em TI e RID no sul do Estado do Mato Grosso do Sul (MS), especificamente nos municípios de Dourados, Caarapó e Amambai, selecionados devido aos cenários de atuação dos(as) enfermeiros(as) indígenas, conforme exposto anteriormente.

⁷ Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Define diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF; 2012 [cited 2016 Mar 16]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

⁸ Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 304, de 9 de agosto de 2000. Aprova as Normas para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos – Área de Povos Indígenas. Brasília, DF; 2000 [cited 2016 Mar 16]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2000/reso304.doc>.

⁹ Ministério da Justiça (BR). Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Instrução Normativa n. 01/PRESI, de 29 de novembro de 1995. Aprova normas que disciplinam o ingresso em Terras Indígenas com finalidade de desenvolver Pesquisa Científica. Brasília, DF; 1995 [cited 2016 Mar 16]. Available from: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/etica/sites/default/files/documentos/NORMATIVA%2001%201995%20-%20FUNAI%20-%20ingresso%20em%20terras%20ind%C3%ADgenas.pdf>.

As TI são a aldeia do Panambizinho, localizada no distrito de Dourados, e a Aldeia Amambai do município de Amambai. Já as RID se localizam no município de Dourados, nas Aldeias Jaguapirú e Bororó.

Os cenários de atuação dos(as) enfermeiros(as) indígenas estão restritos à atenção básica em saúde, onde se organizam hierarquicamente neste modelo de saúde. Assim, iniciou-se a investigação pelos três PBSI localizados nos municípios de Dourados, Caarapó e Amambai para, posteriormente, abordar o dimensionamento de enfermeiros indígenas inseridos nas EMSI das ESFI, ligados aos PBSI desses municípios e CASAI de Dourados e Amambai.

3.4 Caracterização e recrutamento dos sujeitos da pesquisa

Compõe-se a população deste estudo de enfermeiros(as) indígenas que atuam nas aldeias do sul do Estado de Mato Grosso do Sul, e seus respectivos pacientes e familiares que estão sob os cuidados de enfermagem na atenção à saúde indígena.

Excluíram-se desta pesquisa todos(as) os(as) enfermeiros(as) não índios(as), bem como os pacientes e familiares indígenas e não indígenas que não foram atendidos pelos(as) enfermeiro(as) alvo deste estudo.

A população total de enfermeiros(as) indígenas no sul do estado do MS, no ano de 2015, somava 15 trabalhadores atuantes nas ESFI e CASAI, sendo que destes dois não aceitaram participar da pesquisa e uma profissional foi transferida para ESFI no norte do MS, o que inviabilizou a sua participação.

Assim, integraram a pesquisa doze enfermeiros e enfermeiras indígenas, sendo uma enfermeira lotada no PBSI, quatro enfermeiras lotadas na ESFI/EMSI, três enfermeiros e enfermeiras lotados na CASAI do município de Dourados e quatro enfermeiros lotados na CASAI do município de Amambai.

Quadro 1 – Distribuição dos enfermeiros e enfermeiras indígenas lotados nos municípios do sul do Estado do MS e em seus respectivos campos de trabalho. Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pela pesquisadora.

Cidade	Campo de trabalho		
	PBSI	ESFI	CASAI
Dourados/TI	—	3 (RID e Panambizinho)	3
Caarapó/TI	1	—	—
Amambai/TI	—	1 (Amambai)	4
<i>Subtotal</i>	1	4	7
Total de participantes	12 enfermeiros e enfermeiras indígenas		

Nestes locais de atuação dos(as) enfermeiros(as) indígenas participaram desta pesquisa, ainda, 31 pessoas da comunidade pertencentes aos grupos étnicos Guarani, Kaiowá e Terena, as quais foram cuidadas pelos(as) enfermeiros(as). Suas participações se deram pelo critério aleatório do pesquisador e pela disponibilidade pessoal, tendo se efetivado nos cenários de atuação dos enfermeiros e enfermeiras indígenas (posto de saúde, CASAI, quintais das casas, casas de rezas, estradas, escolas, espaços sociais de convivência indígena).

3.5 Procedimentos e instrumentos da pesquisa

A coleta de dados transcorreu entre maio a dezembro de 2015 devido à jornada dos(as) enfermeiros(as) da CASAI, tendo se dado em todos os períodos (matutino, vespertino e noturno) e em todos os dias da semana. Algumas vezes houve revezamento de forma sequencial com os(as) enfermeiros(as) da ESFI/EMSI, que transcorreram em período matutino e vespertino durante a semana e, esporadicamente, aos finais de semana em ações pontuais de saúde e educação em saúde.

Para a caracterização do perfil sociodemográfico, profissional e cultural dos enfermeiros utilizou-se formulário elaborado pela pesquisadora na disciplina de Metodologia da Pesquisa, cursada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UNICAMP no ano de 2013, e na época testado por meio de estudos e exercícios em laboratório/sala de aula para,

posteriormente, ser adaptado a grupos étnicos. A aplicação deste formulário ao(a) enfermeiro(a) ocorreu de forma individual no início do campo, o que subsidiou a aproximação do pesquisador com o profissional, além de permitir conhecê-lo quanto às características intrínsecas ao seu trabalho e sua cultura.

Os procedimentos de campo foram realizados em três etapas, que envolveram:

Observação participante e não participante das práticas do(a) enfermeiro(a) e sua relação com a comunidade e equipe de trabalho; entrevistas não estruturadas previamente agendadas, gravadas com autorização dos participantes e transcritas junto aos profissionais indígenas e pessoas da comunidade; e observação não participante em reuniões de equipe e controle social.

Além de acompanhar o trabalho dos(as) enfermeiros(as), foi possível interagir com as pessoas durante o atendimento e processo de trabalho, o que facilitou o convite para que alguns(mas) sujeitos participassem da pesquisa por meio de entrevistas.

A observação participante entre enfermeiros deu-se de maneira sequencial, organizadas conforme disponibilidade dos(as) interlocutores(as). Já a observação não participante ocorreu nos ambientes nomeados aqui de ambientes sociais de trabalho, aos quais envolvia participantes não indígenas, reuniões pontuais na comunidade indígena, reuniões do consolidado¹⁰ e reuniões de assuntos específicos no PBSI. Durante essas, apenas observava e anotava. Todas as observações (participantes e não participantes) foram representadas por registros por escrito nomeados como diário de campo.

3.6 Análise dos dados

Os dados obtidos por meio das transcrições dos áudios e registros em diário de campo da pesquisadora foram compilados e analisados conforme o modelo da etnoenfermagem, proposto por Madeleine Leininger⁽⁴⁰⁾, constituindo-se em quatro etapas:

- 1) Relação dos dados coletados, descritos e documentados;

¹⁰ Realizadas apenas no PBSI de Dourados/MS são momentos em que a coordenação do Polo apresenta e discute com os profissionais da EMSI, AIS e controle social a consolidação, em termos populacionais, dos dados numéricos referentes às atividades de saúde desempenhadas por área indígena. As informações condensadas pelo PBSI são fornecidas pelos profissionais da saúde (EMSI e AIS) todo trigésimo dia do mês por meio de formulário próprio.

- 2) Identificação e classificação dos descritores componentes;
- 3) Análise do padrão contextual e temas principais, inferências e formulações teóricas;
- 4) Validação dos dados.

Na intenção de preservar a identidade dos interlocutores e diferencia-los entre si foram utilizados códigos numéricos aleatórios nas narrativas apresentadas no decorrer deste trabalho.

3.7 Pressupostos

O termo “enfermagem transcultural”, utilizado para referirmo-nos ao conhecimento e às práticas evolutivas, está relacionado com esse campo de estudo e de atividade. Leininger enfatiza a importância do conhecimento, obtido da experiência direta ou diretamente daqueles que já o vivenciaram e rotulam tal conhecimento como *êmico*. Ela defende que o conhecimento do cuidado, de origem êmica, é fundamental para o estabelecimento da base epistemológica e ontológica da enfermagem para a prática⁽³³⁾.

O conhecimento êmico, neste caso, é uma ação de esforço para o pesquisador, pois imprime exigências e responsabilidades do ponto de vista ético quando sugere “ver o mundo com os olhos do(s) outro(s)”, o que desafia o pesquisador a não permitir que a cultura de si interfira na cultura dos membros do grupo cultural sob estudo.

Os povos indígenas não apenas são capazes de conhecer e definir as maneiras através das quais experimentam e percebem o cuidado prestado pelo(a) enfermeiro(a) indígena e não indígena, como também relacionam essas experiências e percepções às suas crenças e práticas gerais de saúde.

Baseando-nos nesta premissa, o cuidado de enfermagem deriva-se do contexto cultural no qual se insere e que, num movimento de mão dupla, deve ser propiciado a desenvolver-se a partir deste mesmo contexto. Logo, “pessoas de culturas diferentes percebem, conhecem e praticam cuidado de diferentes maneiras”, ainda que alguns elementos existam, em relação ao cuidado, em todas as culturas do mundo, assim, pode-se afirmar que “a enfermagem é uma profissão de cuidado transcultural”^(41:210). Desse modo, por exemplo, os(as) enfermeiros(as) indígenas ofereceram cuidado a inúmeras culturas diferentes desde sua formação, embora nem sempre avaliem e trabalhem a partir da perspectiva transcultural tal como a concebe o pensamento ocidental.

Para ser, contudo, eficiente, legítima e relevante à diversidade de culturas no mundo, a enfermagem precisa estar baseada no conhecimento e nas habilidades de cuidado transculturais. O cuidado de enfermagem com bases culturais é um fator decisivo, portanto, para o respeito aos povos indígenas e à diversidade étnica, assim como para a promoção e manutenção eficiente da saúde no auxílio à recuperação da doença e da deficiência.

O pressuposto relacionado é o de que todas as culturas possuem práticas de cuidado de saúde profissionais e populares^(41:210).

4 RESULTADOS

4.1 Artigo 1 – Processo de formação de enfermeiros indígenas e a educação para a alteridade

PROCESSO DE FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS(AS) INDÍGENAS E A EDUCAÇÃO PARA A ALTERIDADE

1. Fátima Alice de Aguiar Quadros
 Docente, Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (UEMS). Doutoranda, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Faculdade de Enfermagem. Bolsista CAPES.
E-mail: faaquadros@hotmail.com

2. Levi Marques Pereira
 Docente, Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Faculdade de Ciências Sociais. *E-mail: levipereira@ibest.com.br*

3. Maria Inês Monteiro
 Docente, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Faculdade de Enfermagem.
E-mail: inesmon@unicamp.br

Contribuições individuais dos autores:

1. Concepção, projeto, análise dos dados e redação do artigo.
2. Revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação da versão final.
3. Revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação da versão final.

Autor responsável:

Fátima Alice de Aguiar Quadros.
Rua Ranulfo Saldivar, 869 – Parque Alvorada – CEP.: 79.823-420 – Dourados/MS.
E-mail: faaquadros@hotmail.com

Manuscrito oriundo de tese de doutorado:

QUADROS, FAA. Análise das práticas das(os) enfermeiras(os) indígenas das etnias Guarani Kaiowá e Terena na perspectiva do cuidado cultural [tese]. Campinas/SP: FEnf/UNICAMP/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2016.

Pesquisa realizada com fomento da CAPES para Doutorado

Resumo

A formação de profissionais indígenas para atuar em suas próprias comunidades é considerada pelos formadores como estratégia na garantia da qualidade desses serviços. No sul do Estado do Mato Grosso do Sul, embora estas áreas atualmente contem com assistência social, serviços de saúde e sistema de ensino, o oferecimento destes serviços básicos ainda é insuficiente. O presente artigo é resultado de estudo etnográfico com o objetivo de descrever as características demográficas e socioculturais dos indígenas em processo de formação nos cursos de Enfermagem dessa região. Doze profissionais indígenas responderam à entrevista semiestruturada. Integram a pesquisa dados de falas indígenas e registros da pesquisadora obtidos por observação participante. A partir de 2002, verificou-se que os grupos Guarani, Kaiowá e Terena ingressaram nos cursos de Enfermagem com suas características sociodemográficas em constante movimento temporal. O diálogo entre a pesquisadora e os profissionais indígenas indicou pistas na condução do processo de formação destes enfermeiros, viabilizando reflexões sobre as mudanças necessárias ao longo deste processo formativo.

Palavras-chave: Educação em Enfermagem. Educação superior. Formação para o trabalho. Características culturais. Enfermeiros e Enfermeiras indígenas.

INTRODUÇÃO

A atenção à saúde indígena no Estado do Mato Grosso do Sul (MS) centra-se em modelo hierárquico organizacional de saúde prestado pelo Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), localizado na capital Campo Grande, órgão responsável pela interligação de 15 Polos-Base de Saúde Indígena (PBSI) distribuídos, por sua vez, em 31 municípios e três Casas de Saúde Indígena (CASAI) de três regiões do Estado.⁴

No ano de 2010, a população indígena do MS, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), correspondia a cerca de 3% do total de habitantes do Estado, somando 73.295 indígenas, configurando o segundo maior contingente indígena do país distribuído, conforme informações do DSEI-MS, em 99 terras indígenas (TI), reservas indígenas e acampamentos.^{1, 2}

Embora tenha ocorrido pequena redução na população em 2014, estimada em 73.181 indígenas², acredita-se que esta diferença possa estar relacionada aos critérios de pesquisa, pois o IBGE investigou a população urbana e rural.

Em se tratando da cultura, os grupos étnicos que habitam o Estado do MS passam por processos de migração e miscigenação, tendo em vista o relatório de 2014 sobre quantitativo de pessoas indígenas no qual se observa novos grupos étnicos de outros Estados, assim como

habitantes não indígenas em terras indígenas (TI). Foram identificados os seguintes grupos pelo DSEI-MS: Guarani, Guarani-Kaiowá, Kaiowá, Terena, Kadiwéu, Kinikinawa, Guató, Atikum, Ofaié, agregados de outras TI, os Cinta Larga, Xavante e Bororó.² É importante considerar que cada um destes grupos possui formas de organização social, política, econômica, de relação com o ambiente e de ocupação de seu território muito variadas entre si.^{3,4}

A maior população indígena no estado do MS está geograficamente disposta na região sul do Estado e compreende os Guarani e Kaiowá ocupantes de terras indígenas e reservas nas quais há forte concentração dos serviços de saúde, educação e assistência oferecidos pelo governo. Ainda assim, tais populações “caracterizam-se pela superpopulação, pela degradação ambiental e pelo acúmulo de problemas sociais, onde a pobreza e a quase total falta de recursos são apenas um deles”.^{6:80}

Os indígenas do sul do Estado do MS são, na atualidade, escolarizados em sua maioria dentro de suas TI e, após o ensino fundamental, se optarem por continuar os estudos precisam buscar o ensino médio no meio urbano, o que gera o contato intercultural mais intenso com outras comunidades.

O ingresso de indígenas nos cursos de Graduação em Enfermagem no sul do Estado do MS iniciou-se em 2002, e desde então tais indivíduos buscam fora de seus conhecimentos culturais aprender uma “profissão de branco” (a Enfermagem) visando “traduzi-la”, em busca dos cuidados para o seu povo de forma dinâmica. Tal tradução constitui processo que envolve muitas complexidades socioculturais, não raro acontecendo recusa de determinadas famílias em se submeterem a certos procedimentos incorporados ao sistema de saúde. Na resolução destes conflitos alguns enfermeiros indígenas atuam de modo incisivo seja como tradutores, seja na tentativa de convencimento das famílias mais resistentes, muitas vezes consideradas “famílias problemáticas” pelos profissionais de saúde não indígenas.

Para a formação que buscam enfrentam dificuldades no percurso, com destaque para as geográficas (deslocamento do meio rural para o urbano) e financeiras. Com isso, as Instituições de Ensino Superior (IES) elaboraram políticas de auxílio na manutenção e conclusão do curso, bem como para prevenir evasões. Surgem, então, parcerias com a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) por parte das IES privadas e a adesão à política de cotas por IES pública. Destacam-se o Centro Universitário da Grande Dourados (UNIGRAN), que formou três indígenas em 2009, e a Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (UEMS) onde dois indígenas concluíram seus

estudos no ano de 2010, antes mesmo do surgimento da Lei Federal nº. 12.711 de 2012 que, ao nível nacional, estabeleceu a obrigatoriedade da reserva de vagas nas Universidades e Institutos Federais, combinando critérios relacionados à frequência em escola pública com critérios de renda e cor (etnia).⁷

Neste movimento de formação dos cursos de Graduação em Enfermagem, a partir do ano de 2010 se concretizam estratégias importantes para auxiliá-los no ingresso no mercado de trabalho e no retorno ao contexto da saúde indígena no Estado. O objetivo subjacente a estas ações busca o empoderamento destes representantes indígenas em ambas as dimensões, para que se transformem em protagonistas na produção da saúde e preservação de sua cultura. Assim, almeja-se torná-los sujeitos plenos, individuais e coletivos, rompendo com o ciclo centenário das relações que os fizeram sujeitados e submissos às culturas dominantes.

As relações sociais dos estudantes indígenas nos cursos de Enfermagem são dinâmicas e intensas, pois convivem com pessoas não indígenas e indígenas pertencentes a outros grupos étnicos e que, muitas vezes, são também agentes políticos de diferentes segmentos sociais. Mostra-se incontornável, então, a reflexão sobre as características específicas dos indígenas que buscaram a formação em saúde, questionando-nos sobre a sua trajetória pessoal e os percalços que enfrentam na Academia.

Os acadêmicos indígenas do curso de Enfermagem enfrentam enormes desafios para concluir seu curso e se formar, o que persiste quando ingressam em equipes multiprofissionais da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), controladas por profissionais não indígenas. Mesmo quando aprovados em processo seletivo, a inclusão dos profissionais indígenas (enfermeiros(as)) é sempre negociada a partir de concessões que são forçados a fazer ao sistema oficial de saúde, em detrimento ao pertencimento étnico e conhecimentos tradicionais que detêm sobre saúde.

O presente estudo visa descrever as características demográficas e socioculturais desses estudantes indígenas em processo de formação nos cursos de Graduação em Enfermagem no sul do Estado do MS e como tais características impactam a formação e o exercício da profissão.

PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo é um recorte de tese de doutorado cuja investigação trata da “Análise das práticas das(os) enfermeiras(os) indígenas das etnias Guarani, Kaiowá e Terena na perspectiva do

cuidado cultural”¹. Busca, entretanto, analisar o processo de formação destas enfermeiras e enfermeiros indígenas, produzidos a partir da observação participante e entrevistas que oportunizaram a descrição e análise dos relatos de experiência referentes aos seus processos de formação. Vale esclarecer que o contato com os participantes se deu após o período de sua formação.

A pesquisa foi aprovada sob os pareceres CEP nº. 1.083.360, CONEP/1.047.135 e FUNAI/082/AAEP/PRES/2015. A observação participante e as entrevistas ocorreram durante os meses de maio a dezembro de 2015 nas diferentes áreas de atuação dos enfermeiros indígenas, mais especificamente nos PBSI localizados nos municípios de Dourados, Caarapó e Amambai no sul do MS; na Estratégia da Saúde da Família Indígena (ESFI), inserida nas terras indígenas do Panambizinho, Aldeia Amambai e Reservas Indígenas de Dourados (RID) das aldeias Bororó e Jaguapirú, além das CASAI de Dourados e Amambai.

Participaram desta pesquisa 12 enfermeiros e enfermeiras indígenas pertencentes às etnias Guarani, Kaiowá e Terena, acompanhados(as) individualmente visto que cada enfermeiro pertence a uma equipe de trabalho em locais diferentes entre si, em turnos diurno e noturno, durante a semana e finais de semana, conforme escala de serviço.

Procedeu-se a coleta de dados em duas etapas, a primeira iniciou-se com entrevista semiestruturada que nos possibilitou conhecer quem são os enfermeiros e as enfermeiras indígenas, assim como as suas características sociodemográficas. No segundo encontro iniciou-se a etapa da pesquisa por meio da observação participante registrada em diário de campo, a partir da qual se buscou conhecer as características socioculturais e o processo de formação dos(as) enfermeiros(as).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A organização dos dados possibilitou conhecer não só as características sociodemográfica, cultural e a trajetória progressiva à formação, como também seus desdobramentos frente ao processo de formação dos(as) enfermeiros(as) indígenas do sul do Estado do MS.

¹ Quadros, FAA. Análise das práticas das(os) enfermeiras(os) indígenas das etnias Guarani, Kaiowá e Terena na perspectiva do cuidado cultural [tese]. Campinas (SP): FEnf/UNICAMP/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2016.

As informações provêm do universo de doze enfermeiros entrevistados, onde sete são do sexo feminino e cinco do sexo masculino, o que diverge do contexto nacional da profissão, visto que a enfermagem indígena não é uma profissão estritamente feminina. Todos os participantes nasceram e cresceram na região sul do MS, viveram com sua parentela em zona rural, sobretudo nas aldeias Jaguapirú e Amambai.

Em relação ao grupo étnico dos(as) enfermeiros(as) entrevistados(as), a maioria se autodeclarou Kaiowá (sete), seguidos de Terena (três) e Guarani (dois). É importante destacar que todos(as) os(as) enfermeiros(as) Guarani e Kaiowá falavam e entendiam o idioma guarani.

A maioria dos enfermeiros indígenas ingressou na graduação na faixa etária entre 17 e 19 anos, enquanto que as enfermeiras indígenas entre 21 e 29 anos. No entanto, quando se lança um olhar retrospectivo ao ingresso nos cursos de Enfermagem, até o ano de 2005 se verifica que a faixa etária superior é mais recorrente entre indígenas do que entre alunos não indígenas, compreendendo uma maioria de casados e alguns já com filhos (consanguíneos e adotivos). Por volta dos anos de 2006 a 2009 houve mudança no perfil desses ingressantes, visto que a maioria entrou na universidade na faixa etária esperada, solteiros e sem filhos.

Esses dados são importantes do ponto de vista sociocultural entre os(as) enfermeiros(as) indígenas Guarani, Kaiowá e Terena, pois historicamente possuíam início da vida sexual após a primeira menarca, seguido de casamentos e procriação e/ou adoção (guachos). No entanto, durante a graduação não há relatos de gestação ou abortos.

Em se tratando da escolha e prática religiosa, os(as) enfermeiros(as) indígenas em sua maioria se autodeclararam evangélicos pentecostais, dentre eles alguns praticantes eventuais. Apenas uma das enfermeiras citou a religião Kaiowá como prática cultural.

A importância da prática da cultura entre os Kaiowá está relacionada, dentre tantas outras, a seguir as orientações dos “antigos”, se comunicar na língua materna, aprender os cantos e as rezas que os auxiliam na relação com a natureza, a humanidade e os Deuses.

A língua, ou melhor, a palavra para os Guarani e Kaiowá da atualidade assume relevância cosmológica (campo antropológico), religiosa (senso comum) e de saberes indígenas (saúde e educação), representando importante elemento na elaboração da identidade étnica, lembremos que muitos dos participantes deste estudo têm domínio do idioma guarani.

Especificamente no caso da etnia Terena, a escolha pela ideologia religiosa protestante na atualidade, além da reelaboração da identidade étnica, passa por um processo de reconstrução constante de alteridades que convém ser resgatado.¹¹

As missões protestantes, conduzidas por missionários norte-americanos, chegaram às reservas Terena no início da terceira década do séc. XX, logo após a demarcação dessas terras pelo Serviço de Proteção ao Índio (SPI), criado em 1910, e tiveram grande expansão. Aos poucos os Terena foram se formando enquanto pastores e, na década de 1980, assumem o controle da Missão Uniedas, fundada por missionários. A isso se atribui a expansão de igrejas neopentecostais nas reservas Terena nas últimas décadas.¹¹ Já a Missão Evangélica Caiuá foi fundada em 1928 na reserva de Dourados, demarcada onze anos antes, e reunia missionários presbiterianos e metodistas, brasileiros e americanos, tendo criado filiais em quase todas as reservas no sul do MS.

A questão religiosa tem sérias implicações para os trabalhadores no sistema de saúde, pois os pastores neopentecostais muitas vezes discordam dos procedimentos médicos, convictos de que os serviços religiosos seriam suficientes para proporcionar o restabelecimento da saúde dos fiéis. Tanto entre os Terena como entre os Kaiowá e Guaraní existe a divisão entre os praticantes do xamanismo e os praticantes da religião cristã, sendo que essa oposição se dá de modo mais radical entre xamãs e pentecostais.¹²

O processo de formação e sua trajetória

A trajetória dos(as) enfermeiros(as) indígenas até a graduação é marcada pelo esforço próprio e pelo empenho da família na realização do sonho de ser enfermeiro, pois a maioria exerceu profissão de sustento anterior à graduação como, por exemplo, Agente Indígena de Saúde (AIS), Técnico de Enfermagem, Técnico em Baciloscopia etc. Todos eram provenientes do ensino público (fundamental e médio) para o ingresso no curso de Graduação em Enfermagem, sendo que cinco concluíram o curso em IES pública (UEMS) e sete no ensino privado (UNIGRAN).

Isso demonstra que as IES da região vêm desenvolvendo papel social importante e relevante para com a sociedade, colaborando no desenvolvimento técnico científico ao criar e suprir a força de trabalho para o desenvolvimento das comunidades indígenas, conforme a expectativa expressada por um profissional:

A cultura está misturada. Eu tenho que ter o conhecimento deles lá, senão a gente não sobrevive. A gente tem que saber lidar com as duas culturas. Se eu sou muito branca, não consigo sobreviver na aldeia, mas se for muito índia, não sobrevivo lá fora. Então aqui fora tenho que estudar. Na aldeia não tem ensino médio, tenho que ir para a cidade, tenho que ter conhecimento das duas, mas não preciso ser branca lá fora, tem que ser índia para desenvolver a cultura. Assim meus pais me ensinaram [...](Enf. 12).

Além do esforço próprio e do estímulo familiar, os enfermeiros e enfermeiras indígenas contaram com as políticas públicas adotadas pelas IES, que favoreceram o ingresso e a manutenção destes no curso de Graduação em Enfermagem. Os egressos da UEMS puderam ingressar no ensino superior por meio das políticas de cotas para indígenas adotadas pelo governo do Estado do MS, já os egressos da UNIGRAN contaram com auxílio para pagamento da mensalidade de 50% custeado pela FUNAI e o restante com bolsa institucional.

Atualmente, os cursos de Graduação em Enfermagem possuem 4.000 horas relógio no Brasil, equivalendo a cinco anos de estudos para a sua conclusão. Na UEMS o cumprimento da resolução que dispõe sobre a carga horária mínima e os procedimentos relativos à integralização** e duração do curso se deu a partir das turmas ingressantes em 2012, na UNIGRAN a partir do ano de 2013.

O ingresso dos indígenas nos cursos de Enfermagem, segundo este estudo, iniciou em torno de 2002 a 2009, portanto todos deveriam integralizar o curso em quatro anos. No entanto, a taxa de retenção nos cursos permaneceu em torno de 70%; verificou-se que somente três dos(as) enfermeiros(as) integralizaram o curso no tempo previsto de quatro anos (um da UEMS e dois da UNIGRAN). A retenção de seis a dois anos na IES esteve presente entre os enfermeiros casados, cuja faixa etária no grupo ficou entre 50 a 35 anos de idade, conforme declarado em 2015, período da coleta de dados; enquanto que as enfermeiras, casadas ou não, de uma forma geral possuíram retenção menor no grupo, menos de um ano.

Quando se analisou o nível de integralização nos cursos de Enfermagem relacionado à etnia, identificou-se que o dado não é significativo (dois Kaiowá e um Terena); neste sentido, não há competitividade entre as etnias, visto que a retenção, segundo os enfermeiros indígenas, pode estar ligada a fatores sociais como os de ordem financeira, problemas de acessibilidade e transporte,

** Cf. Resolução do CNE/CES nº. 4, de 6 de abril de 2009.

dificuldade na comunicação frente ao contato e à diversidade étnica, fatores que serão explorados adiante.

A globalização da economia, da tecnologia e da comunicação intensificou as interferências e os conflitos entre grupos sociais de diferentes culturas, de forma que esses fatores somados a outros mais podem ter corroborado, ou mesmo influenciado, para que os indígenas fossem buscar outros conhecimentos para além de suas tradições.¹³

Com isso a formação acadêmica do profissional de Enfermagem mudou radicalmente nas últimas décadas, “pois para manter o ritmo da prática clínica atual frente a tradicional, os ‘novos’ profissionais de enfermagem devem ter mais conhecimentos sobre determinadas áreas de trabalho, atendendo uma demanda social e de saúde da população”.¹⁴

Agregando essa experiência à formação do enfermeiro, o processo de socialização tende a se intensificar frente à diversidade cultural, sendo o primeiro enfrentamento de sobrevivência humana a comunicação dos indígenas para com a comunidade escolar (estudantes indígenas e não indígenas; professores e funcionários das IES; pacientes e familiares da comunidade e profissionais da equipe de saúde), comunicação representada por dificuldades e nomeada por eles como barreira cultural, na época vencidas pelo tempo e persistência entre alguns que contaram com o apoio de familiares e da comunidade:

[...] Que nem minhas colegas da faculdade: elas não tinham muitas amizades com nós, não é porque elas eliminavam nós, é porque... tinha barreiras. Aí depois, lá pelo terceiro ano, já conversavam com nós... Já conseguia fazer trabalhos com elas, mas mesmo assim tinha meninas que não conversavam com nós, principalmente na minha turma anterior [...] (Enf. 12).

[...] as meninas Terena não puxavam conversas com as meninas brancas. Eu era quem mais conversava, elas tinham o pensamento diferente do meu, né? Elas tinham a gente como... Eles prestavam atenção na gente, eles tinham curiosidades em saber como era nossa vida na aldeia, éramos novos pra eles... A gente puxava amizade com elas, mas eu falava... Elas não querem amizades comigo! Tinha umas, bem metida, bem chatinha, eu falava pra Fulana: ‘Nem presta atenção, deixa pra lá’... Eu conversava mais com a amiga da outra, deixava no canto dela lá [...] (Enf. 13).

Deve-se considerar o forte preconceito contra indígenas na sociedade sul-mato-grossense, além do fato de serem cotistas ou bolsistas nas IES, no entanto, o fato de estarem no ensino superior é motivo para muitos colegas os considerarem como privilegiados. Daí a

importância de contarem com referências na universidade para se manterem nesse espaço. Essas referências são buscadas em professores ou em outros colegas indígenas, o que leva a formarem grupos de autoproteção, principalmente no início do curso. Como aponta a fala de um desses acadêmicos, a partir do terceiro ano, quando já dominam melhor os códigos do meio universitário, passam a interagir com mais desenvoltura com os colegas não indígenas.

Algumas barreiras na comunicação enfrentadas pelos(as) alunos(as) indígenas podem estar relacionadas com as funções de gênero instituídas em suas próprias sociedades. Tais funções são revistas a partir da incorporação de novas referências, cuja compreensão será fundamental para o futuro exercício profissional, inclusive para a inserção destes profissionais nas equipes multiprofissionais da SESAI. Um dos entrevistados explica, a partir de uma reflexão, a postura que o profissional de saúde deve manter na relação com os pacientes indígenas:

[...] é postura, por exemplo: aqui na aldeia não posso ficar de portas fechadas com um homem índio, por isso que o doutor não fica com a porta fechada quando está com a mulher índia no consultório. [...]. No meu caso, quando vou atender um homem índio, tenho que chamar o restante da família (a mãe e o filho juntos) ou então encaminhar para o doutor. É cultural.... Talvez o professor não fale, mas aqui não pode. Mas lá na universidade ninguém vai falar de nós, então a gente pode ficar sozinho com o professor [...] (Enf. 12).

A fim de promover a comunicação entre seus pares, os professores transpõem, ou melhor, lançam mão das competências pedagógicas e com isso usam estratégias que, muitas vezes, não colaboram para o processo de aprendizagem, queixa constante dos estudantes indígenas, lembrando que a forma ideal de comunicação intercultural é a dialógica:

[...] Teve uma professora que não perguntava para ninguém da minha turma as coisas, perguntava para mim... Não é legal fazer assim, a gente se sente muito mal, muito ruim para mim, me discriminando. Ela só pergunta para mim, me humilhando na frente dos meus colegas, até na hora de dar nota... 'A gente vai te dar dois, você tem alguma coisa para falar?', [dizia a professora e eu respondia:] 'Professora, eu não queria reprovar', mas a professora nem estava aí, levantava e ia embora [...] (Enf. 04).

Professores... Ah, os professores! Parecem que vivem num outro mundo! Não se preocupam [...] Depois que eu comecei a conversar com os professores minha vida melhorou um pouco [...]

Ah, a gente tem que se levantar. [...] falei para o professor: 'Eu não estou entendendo sua matéria, não sei o que o senhor pode me ajudar. Aqui é faculdade... Nós não podemos ficar reprovando, é feio' (nós éramos só nós três índias, neste grupo de estágio [...]) (Enf. 12).

A intencionalidade da avaliação pode ser um fator desagregador, desmotivador e até de retenção nos cursos devido à ausência ou inadequação dos métodos utilizados.

“[...] Reprovei no primeiro ano em farmacologia, outros anos fiquei de optativa [...] minha nota em uma unidade temática foi 6.9, aí fiquei fazendo o ano todo [...]” (Enf. 12).

“[...] Sobre as reprovações... Eu me sentia muito mal, todo mundo... E às vezes a gente era muito sozinha, né? Reprovei um, no outro desisti, depois eu voltei...” (Enf. 02).

Para alguns enfermeiros indígenas o auxílio financeiro oferecido pela IES não supria suas necessidades básicas, pois possuíam também a responsabilidade de manter o grupo social. Desta forma, alguns trabalhavam à noite para o sustento próprio e familiar, frequentando o curso de Enfermagem em período integral durante o dia, o que ilustra um pouco dos percalços enfrentados diante da necessidade de permanecer 36 horas fora de casa. Dentre tantas, as necessidades humanas afetadas como o sono e a exaustão, alguns dos fatores que podem levar a distração no processo ensino-aprendizagem:

“[...] tinha muito sono durante o dia, não conseguia acompanhar, só depois no terceiro ano que melhorou [...]. Sobre uma apresentação, uma vez tive problema. Eu cheguei na professora e falei: ‘Eu não vou apresentar, não sei o que vou falar, trabalhei a noite inteira e estou com sono’, aí ela foi falar com a coordenação, a coordenadora me chamou na sala dela e conversou comigo [...] falei, não sei, travei, na hora não lembrei nada... Depois o meu tema é traumatismo craniano [...] Pronto. E eu não gosto dela, ela é novinha [...] aí depois disso consegui falar e logo acabou (Enf. 11).

Os estudantes indígenas, assim como os professores e estudantes não indígenas, vivenciaram também limitações de entrave ético-cultural, assim como entraves da própria natureza:

“[...] Por várias vezes tive que faltar nas aulas, nos estágios mesmo faltei. Quando chove forte aqui na aldeia não passa nenhum meio de transporte, é muito difícil para nós e o professor não está nem aí, ele tem carro para ir para a aula. Muitas vezes não conhece nossa realidade. Tem aluno indígena, mas nunca veio na aldeia (Enf. 05).

As aulas práticas e estágios supervisionados, durante a formação do(a) enfermeiro(a), fazem parte dos currículos e têm por objetivo dar ressignificação à teoria no âmbito social, banindo

as dicotomias e fragmentações do processo ensino-aprendizagem. Apesar do modelo de currículo proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) nos cursos de graduação de Enfermagem nortear e discursar sobre a mudança paradigmática, as dificuldades estão postas frente à realidade do modelo hegemônico, imbricadas nas relações de poder e entranhadas nas sociedades não indígenas.

Por entre os percalços vivenciados pelos alunos indígenas dá-se, então, o processo de reinvenção, de modo que quando as relações ganham força em humildade, respeito e atenção o convívio entre os pares pode ser de aprendizagem:

[...] No campo de estágio, as aulas práticas com as pessoas que não eram índias... Era tranquilo, fui bem aceita, sempre me tratavam bem [...] (Enf. 03).

[...] Fui me apresentar para o paciente [e disse:] ‘Antes de você me perguntar, eu sou indígena, moro na aldeia e estou fazendo Enfermagem’. Uma vez o paciente falou: ‘Era isso mesmo que eu ia perguntar’ [risos], aí ficava tudo certo (Enf. 12).

[...] Os técnicos e enfermeiros não aceitavam ordem nossa porque todos eram concursados... Bem difícil assim [...] A professora: ‘Como assim? Essa agulha está toda enrolada nesse cateter! Você não falou para a técnica de enfermagem?’ [e eu respondia:] ‘Não professora, eu falei, só que ela falou que sabe o que está fazendo’ [...] Ai até coloquei no meu portfólio (Enf. 12).

No processo de formação há um agregado de competências que são citadas, atribuídas e exigidas com maior frequência na formação do professor, mas é importante considerar que os indígenas, além dos conhecimentos prévios, trazem consigo competências culturais que, quando acrescentadas aos saberes científicos, articulam-se na perspectiva cultural e são aprimoradas com seus povos no âmbito da resistência acadêmica:

[...] No hospital fiquei num setor de saúde da mulher, lá tinha mulheres indígenas, encaminhava as mulheres para o parto, dentre outras intervenções. Eu ajudei muito a doutora e a chefia do posto no contato com elas... Senti necessidade de ir lá, conversar, traduzir para elas. Eu mesmo ia lá, às vezes nem era comigo e eu ia lá [...] (Enf. 11).

[...] até a chefia do posto me chamava, ficava fora do horário, aí eu falava ‘Agora vamos tirar nota’ [risos] Vai ser um ou dois que não vai gostar da gente, a maioria vai gostar, acho que os indígenas têm que se levantar, não pode ficar assim... [Essa coisa de] ‘coitadinha de mim’... (Enf. 06).

Quando indagados sobre a essência do currículo de seus cursos e a grade curricular nele contida, os(as) indígenas formados em instituição privada negaram possuir durante a sua formação acadêmica disciplinas específicas sobre temas indígenas, embora vez ou outra reconheçam a realização de discussões sobre o assunto que, por conta do tempo escasso, não lhes permitiam o espaço para falar sobre os seus povos.

Nestas ocasiões, então, percebiam claramente na comunidade universitária a presença de estigmas impressos nos discursos, os quais não logravam combater ou mesmo questionar. Há relatos de que solicitaram na avaliação do curso que deveria existir uma disciplina ou eventos científicos que tratassem dos assuntos indígenas, pois além do pertencimento a essa cultura atribuíam os preconceitos sofridos à falta de diálogo na academia.

Ainda, nos campos de aulas práticas e estágios supervisionados cursados durante o terceiro e quarto ano de graduação, há relatos de que diante de pacientes indígenas hospitalizados era percebida a postura conveniente ou sintomática do despreparo por parte de alguns professores e alunos não indígenas, que transferiam a responsabilidade deste cuidado aos estudantes indígenas.

Os participantes problematizaram também a reivindicação para que tenham o direito de optar por fazer o estágio supervisionado junto aos seus povos na atenção primária, ou seja, realizar suas atividades em suas comunidades, pois suas narrativas dão conta do incômodo que sentiam ao sair de casa e ver seu povo precisando de cuidados, enquanto que a prática era exercida na cidade para um povo que muitas vezes apresentava necessidade menor de cuidados.

Os profissionais que concluíram o ensino superior em instituição pública referiam haver, já no primeiro ano do curso, uma unidade temática que permitia discussões e reflexões sobre os aspectos socioculturais da sociedade de modo geral. Ministrada por uma socióloga de formação; os conteúdos estudados, porém, permaneciam isolados do conhecimento ao não serem plenamente integrados nas unidades temáticas no decorrer do curso, de modo que, segundo as narrativas, alguns alunos sugeriram aos demais professores que assistissem às aulas da socióloga e solicitaram que a docente estivesse presente em outros momentos do currículo junto aos outros professores e em cenários não só teóricos, mas também nos espaços das práticas.

Para a mudança da graduação em saúde é necessário que o eixo da integralidade seja um dos compromissos pactuados com os que estão na interface da formação envolvendo docentes, dirigentes de ensino, estudantes, gestores de educação e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS).¹⁵

Os professores que participam da formação desses enfermeiros convivem no seu dia a dia com as classes minoritárias, senão em sala de aula ao longo das atividades no campo de estágio (natureza construída da realidade social) onde o convívio com os indígenas é previsível. Disso decorrem as reflexões e mudanças na prática docente compartilhadas nesta pesquisa.^{15, 16}

Cenários de incertezas e dificuldades mediante as mudanças socioeconômicas e culturais na sociedade, configuram um cenário multicultural para o processo de ensino-aprendizagem que deve nos levar a refletir sobre como poderemos ensinar para sujeitos de culturas diferentes da nossa sem colonizá-los? Ou ainda, será possível o professor se comunicar com outra cultura a partir da sua? Ou será que falamos “dialetos culturais” diferentes e, a rigor, intraduzíveis, de modo que a nossa intercomunicação é ilusória?

Outra tese que tenha como abordagem os professores na academia talvez responda a estas indagações com precisão, por ora acreditamos que numa relação dialógica os indígenas junto aos professores terão um desafio que passa necessariamente pelo exercício cotidiano de repensar a linguagem na cultura como um instrumento que institui a realidade.¹⁷

O processo de formação, a “conscientização” dos professores, deixa de ser um mero reprodutor do *status quo* quando o docente se municia para além dos conhecimentos específicos da Enfermagem, agregando conhecimentos pedagógicos, sociológicos e antropológicos. Assim, restaura a capacidade individual de exercer seu poder criativo no sentido de expandir a consciência crítica, capaz de promover no professor uma postura pedagógica proativa e humana porque baseada na justiça social, de forma que o processo de formação possa evoluir para uma pedagogia crítica no contexto intercultural.¹⁸

Nesta perspectiva, para o desenvolvimento das competências culturais entre alunos e professores são necessários a aproximação, o enfrentamento, a adequação e o uso dos estímulos motivacionais, uma via de mão dupla que prescreve o envolvimento de ambas as partes, professores e estudantes:

[...] Sobre o TCC mesmo: primeiro eu não entendia como era... Não tirava nota, mas também não perguntava para o professor, daí tirei nota 5. Este dia, depois que todos saíram da sala, falei para ele que não gostei daquela nota e não estava entendendo a matéria direito, aí ele falou: ‘Vou te dar os endereços dos sites’. Eu: ‘Ah, é isso aí que eu queria, porque não sei em que site procura essas coisas’... ‘Para qualitativa, ele falou, vou te dar esses livros para você ler e entender; para quantitativa, você procura assim, assim, assim’... Aí tirei 9.0. A gente tem que perguntar. Aí o pessoal fala, tem que falar na sala, a gente fica

travado. Não! Quando a gente fala, os nossos colegas ficam todos olhando pra nós... Aí o professor falou, eles olham porque querem te ouvir [risos], mas agente não entende assim, a gente entende que estão querendo debochar... O professor me falou: 'Não, quando acontecer isso você fala 'O que estão querendo comigo?', aí você fala mais alto' [risos] Aí que começamos a falar. O professor ajuda muito quando ensina o caminho, ele fica com medo também de conversar, tem que puxar conversa pra aproximar, eu acho [...] (Enf. 12).

[...] Uma vez a professora foi entregar os trabalhos e daí ela falou: 'Vou entregar, mas os trabalhos que mais gostei foi o das meninas indígenas (trabalho em grupo)', não precisa falar o quanto foi bom para nós [...] (Enf. 11).

A elevação da autoestima dos estudantes indígenas proporcionou o aumento do seu rendimento e a adaptação ao contexto universitário. Os estudantes indígenas, nessa perspectiva, buscam a visibilidade na identidade cultural frente à sociedade.

Desta forma, tal perspectiva desenvolvida por estes estudantes indígenas no curso de Enfermagem no sul do Estado do MS configura uma proposta de “educação para a alteridade” calcada nos movimentos sociais e educacionais nos quais nossos interlocutores se fizeram presentes por meio da convivência democrática entre diferentes grupos e culturas. Deve-se buscar, portanto, referenciais epistemológicos pertinentes, pois “o trabalho intercultural pretende contribuir para superar tanto a atitude de medo quanto a de indiferente tolerância ante o ‘outro’, construindo uma disponibilidade para a leitura positiva da pluralidade social e cultural. Trata-se, na realidade, de um novo ponto de vista baseado no respeito à diferença, que se concretiza no reconhecimento da paridade de direitos”^{13:2}.

Aprender a respeitar as diferenças étnicas e culturais, de gênero e de gerações integrando-as de modo que não as anule; esta recomendação, que transcende a educação para a alteridade entre os grupos étnicos, pode ser acolhida para o equilíbrio não apenas regional, mas a nível nacional e internacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como desafio depreender dos discursos dos indígenas suas experiências vivenciadas em período de formação em enfermagem. Protagonizada por enfermeiros indígenas, pressupõe-se que, para além da formação, se instituem relações contextualizadas entre a escola (IES) e sociedade (socioculturais). A apresentação de tais cenários evidencia os incômodos e, para reiterar a pertinência de estarmos conscientes da situação, a necessidade de não nos

acomodarmos frente à realidade, aprimorando os mecanismos de inclusão desses profissionais, considerando o atendimento às suas especificidades culturais e às demandas por serviços de saúde de suas comunidades.

O ambiente de formação descrito neste estudo está engendrado face aos fenômenos da globalização e à tentativa de sobrevivência ao capitalismo em meio à luta pela formação de enfermeiros indígenas. Tal formação, como apontado, mostra-se imersa quanto à transmissão de competências de eficácia e competitividade ligadas aos princípios do mercado e suportadas por princípios educativos hegemônicos, profundamente seletivos e, portanto, pouco atentos à diversidade cultural e sua valorização. Torna-se necessário, portanto, o exercício crítico-reflexivo da enfermagem pautado na riqueza das possibilidades de intervenções sociais.

A formação não só dos enfermeiros indígenas como também dos professores envolvidos neste processo de educação dos profissionais da saúde indígena deve ser contínua, iniciando-se na graduação e sendo constante ao longo da vida profissional.

Em uma perspectiva mais abrangente, a formação de enfermeiros(as) indígenas para a promoção de saúde indígena poderá ser um marco no processo de trabalho dos enfermeiros não indígenas, corroborando na implantação e operação dos programas e ações de saúde orientados por um modo dialógico e interativo na relação com os nativos, respeitando-os e fazendo-se respeitar e procurando, assim, constituir um ambiente solidário de trabalho e produção da saúde.

A formação dos enfermeiros indígenas caminha, portanto, no âmbito intercultural, com multiplicidade de sujeitos sociais em diferentes perspectivas epistemológicas e políticas. Dessa forma, é possível relacionar e contextualizar os processos sociais tornando-os capazes de reconhecer a complexidade e a fluidez dos fenômenos humanos na perspectiva do cuidado cultural. Refletir sobre tal contexto de formação pode trazer importantes contribuições nas áreas de conhecimento da saúde, educação, ciências sociais e antropológicas, enriquecendo as abordagens da Enfermagem a partir de esforços interdisciplinares.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Os indígenas no Censo Demográfico 2010. Brasília (DF): IBGE; 2010 [cited 2016 Mar. 17]. Available from: http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf.

2. Ministério da Saúde (BR). Distrito Sanitário Especial Indígena do Estado do Mato Grosso do Sul (DSEI/MS). 2014. Brasília (DF): IBGE; 2014 [cited 2016 Abr. 02]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=04>.
3. Jesus DL, Wenceslau ME. Os saberes tradicionais dos indígenas Kaiowá de Dourados-MS: transformações culturais através do tempo. *Ateliê geográfico*. 2011 Mar; 5(13):64-84.
4. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Distrito Sanitário Especial Indígena do Estado do Mato Grosso do Sul (DSEI/MS). Homepage. 2010 [cited 2016 Mar. 17]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1768.
5. Vieira JMT. Do bugre ao mendigo: O processo de dupla-exclusão dos Guarani e Kaiowá urbanizados no Mato Grosso do Sul (MS) - Brasil. In: *Anais do 2o Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia*, 2007; Florianópolis (SC); 2007:410-26.
6. Vietta K. Histórias sobre terras e xamãs Kaiowá: territorialidade e organização social na perspectiva Kaiowá de Panambizinho (Dourados, MS) após 170 anos de exploração e povoamento não indígena da faixa de fronteira entre o Brasil e o Paraguai [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social; 2007.
7. Brasil. Lei n. 12.711, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Brasília (DF); 2012 [cited 2016 Mar 17]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2012/lei/112711.htm.
8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Define diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF; 2012 [cited 2016 Mar 16]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 304, de 9 de agosto de 2000. Aprova as Normas para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos – Área de Povos Indígenas. Brasília, DF; 2000 [cited 2016 Mar 16]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2000/reso304.doc>.
10. Ministério da Justiça (BR). Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Instrução Normativa n. 01/PRESI, de 29 de novembro de 1995. Aprova normas que disciplinam o ingresso em Terras Indígenas com finalidade de desenvolver Pesquisa Científica. Brasília, DF; 1995 [cited 2016 Mar 16]. Available from: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/etica/sites/default/files/documentos/NORMATIVA%2001%201995%20-%20FUNAI%20-%20ingresso%20em%20terras%20ind%C3%ADgenas.pdf>.
11. Aççolini G. Protestantismo à moda Terena. Dourados (MS): Editora UFGD; 2015 [cited 2016 Abr 10]. Available from: http://200.129.209.183/arquivos/arquivos/78/EDITORA/catalogo/protestantismo_a_moda_terena.pdf.

12. Pereira LM. O pentecostalismo Kaiowá: uma aproximação dos aspectos sociocosmológicos e históricos”. In: WRIGHT R, org. Transformando os Deuses, II: Igrejas Evangélicas, Pentecostais e Neopentecostais. Campinas (SP): Editora da Unicamp; 2004:267-301.
13. Fleuri RM. Intercultura e educação. Revista Brasileira de Educação. 2003 May-Aug; 23:16-35.
14. Ortega MCB, Cecagno D, Llor AMS, Siqueira HCH, Montesinos MJL, Soler LM. Formação acadêmica do profissional de enfermagem e sua adequação às atividades de trabalho. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2015 Jun [cited 2016 Abr. 08]; 23(3):404-10. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-23-03-00404.pdf.
15. Ceccim RB, Feuerwerker LC, Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad Saude Publica [Internet]. 2004 Sep-Oct [cited 2016 Mar 30]; 20(5):1400-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/36.pdf>.
16. Freire P. Pedagogia da autonomia – saberes necessários à prática educativa. 25th ed. São Paulo (SP): Paz e Terra; 1996.
17. Veiga-Neto A. Cultura e currículo. Contrapontos. 2002 Jan-Apr; 2(4):12.
18. Cortesão L, Stoer S. “Levantando a Pedra” da Pedagogia Inter/multicultural às Políticas Educativas numa época de Transnacionalização. Porto (PT): Ed. Afrontamento; 1999.

4.2 Artigo 2 – *Relações socioculturais tradicionais e as múltiplas transversalidades do trabalho de enfermeiros(as) indígenas*

RELAÇÕES SOCIOCULTURAIS TRADICIONAIS E AS MÚLTIPLAS TRANSVERSALIDADES DO TRABALHO DE ENFERMEIROS(AS) INDÍGENAS

Traditional socio-cultural relations and multiple transversalities nurses work (the) indigenous

Las relaciones socioculturales tradicionales y las múltiples transversalidades del trabajo de enfermeros indígenas

1. Fátima Alice de Aguiar Quadros
Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.
Autor correspondente. *Rua Ranulfo Saldivar, 869 – Parque Alvorada – CEP.: 79.823-420 – Dourados/MS.* E-mail: faaquadros@hotmail.com.
2. Levi Marques Pereira
Docente, Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Dourados, MS, Brasil. E-mail: levipereira@ibest.com.br.
3. Maria Inês Monteiro
Docente, Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, SP, Brasil. E-mail: inesmon@unicamp.br

Resumo

Objetivo: Descrever a trajetória do trabalho de enfermeiros indígenas do sul do Estado do Mato Grosso do Sul. **Percorso metodológico:** Estudo etnográfico dos grupos Guarani-Kaiowá e Terena e observação participante das práticas de saúde desenvolvidas por doze profissionais indígenas entre maio e dezembro de 2015. Analisaram-se os registros compilados conforme modelo da etnoenfermagem (Madeleine Leininger). **Resultados:** A inserção destes profissionais no mercado de trabalho é expressa pelo agir político e sociocultural, que conecta orientações e práticas de saúde oriundas dos sistemas indígenas àquelas promovidas pelo Estado brasileiro. **Considerações finais:** Os(as) enfermeiros(as) concebem o trabalho, a princípio, como fim social no enfrentamento dos problemas de saúde cotidianos e no convívio com não indígenas. Destacam o trabalho enquanto indígenas, constituindo um diferencial étnico que imprime significados humano e social específicos às suas práticas, continuando e valorizando suas culturas ao reafirmarem o seu pertencimento étnico em meio às transformações no cenário de vida atual.

Descritores: Trabalho, Enfermeiros indígenas, Evolução Cultural ou Diversidade Cultural.

Pesquisa realizada com fomento da CAPES.

INTRODUÇÃO

A população indígena no Estado do Mato Grosso do Sul (MS) está estimada em 73.181 mil pessoas cadastradas no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/MS) e pertencentes aos seguintes grupos étnicos: Guarani, Guarani-Kaiowá, Kaiowá, Terena, Kadiwéu, Kinikinawa, Guató, Atikum, Ofaié, além de agregados de outras Terras Indígenas (TI) como os Cinta Larga, Xavante e Bororó⁽¹⁾.

A região sul do MS concentra a maior parte da população indígena do Estado, aproximadamente 49.570 indivíduos Guarani, Kaiowá e Terena que habitam em TI, reservas indígenas e acampamentos. Tal proporção ressalta a relação desenvolvida culturalmente por esses povos com a terra⁽²⁾, base e ponto de partida da apropriação da natureza vital para o seu sustento e para a reprodução de seus sistemas sociais.

A relação com o ambiente e a ocupação de seu território é indissociável das formas de organização social, política e econômica dos povos indígenas que vivem em MS^(3, 4). O vínculo destas populações com a terra e o meio ambiente está associado à cosmologia própria, cujas interpretações e significados dão sentido aos elementos espirituais, simbólicos e sobrenaturais que regem a existência desses povos.

A conexão dos povos indígenas com os ambientes naturais constitui tema ao qual muitos etnólogos têm dedicado significativas pesquisas. A diversidade cultural entre povos indígenas é indissociável das formas de interação e significação dos espaços nos quais habitam e dos recursos ali existentes, cuja apropriação é sempre mediada por complexos sistemas de comunicação que conectam seres humanos e espíritos de diversas ordens⁽⁵⁾. Na concepção dos sistemas cosmológicos indígenas, todos os elementos da paisagem estão vinculados a seres sociais não humanos, sendo o acesso com segurança aos recursos naturais possível mediante a satisfação das necessidades biológicas e sociais de tais seres com quem os indígenas “negociam”⁽⁶⁾.

Os índios da Reserva Indígena de Dourados (RID) relatam que o superpovoamento da terra e a escassez de água dificultam a prática do plantio. Além disso, nota-se o aumento da população indígena na mesma área territorial delimitada há mais de 80 anos e transformada em espaço de recolhimento de dezenas de comunidades que perderam suas terras para as frentes de expansão agropecuária⁽⁶⁾. A coexistência de fatores ambientais desfavoráveis associados à crise de identidade, entre outros, leva a uma situação de vulnerabilidade social com implicações na condição de saúde, evidenciada por abuso de drogas, violência, suicídios e desnutrição⁽⁷⁾.

Deste modo, pode-se ver que o trabalho, para estes grupos indígenas, tem repercussões e fim social com base nos modos próprios pelo quais concebem a relação entre humanidade e espaços nos quais desenvolvem sua experiência social⁽⁵⁾. Por outro lado, quando estes indígenas, por um motivo ou outro, buscam sustento fora de suas áreas certamente poderão se deparar com a dimensão abstrata do trabalho (*labour*), entendida como aquela que se volta à realização do trabalho produtivo concebido, por sua vez, como aquele contratado pelo capitalista com o objetivo de produzir mais-valia, dado que suas atividades implicam na alienação do trabalho⁽⁸⁾.

Assim, as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores indígenas fora das aldeias ou reservas são esvaziadas, portanto, de seus significados humano e social o que, segundo D'Angelis, serve apenas para interpretar a economia de uma sociedade, mas não a sociedade em si⁽⁹⁾.

As pessoas com as quais as comunidades indígenas se relacionam muitas vezes são agentes políticos de diferentes segmentos sociais, o que nos leva a refletir sobre as características específicas no trabalho dos(as) enfermeiro(as) indígena(s): Como eles(as) se organizam? Como definem seus interlocutores? No processo de trabalho, como esses(as) enfermeiros(as) lidam com os agentes políticos?

Visando atender a este fim é que o presente estudo teve por objetivo compreender a trajetória do trabalho de enfermeiros(as) indígenas no sul do Estado do MS.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de recorte temático de pesquisa de Doutorado baseada em estudo etnográfico, o qual permitiu a descrição densa do cotidiano dos(as) enfermeiros(as) indígenas com vistas à integração de informações dos diversos atores sociais atuantes numa mesma microrrealidade, palco de interações e conflitos⁽¹⁰⁾.

A pesquisa foi realizada em diferentes TI no sul do Estado do MS e em cenários variados de atuação dos(as) enfermeiros(as) indígenas: 1) *Polos Base de Saúde Indígena* (PBSI) localizados nos municípios de Dourados, Caarapó e Amambai e compostos por diversas Estratégia da Saúde da Família Indígena (ESFI) inseridas nas TI do Panambizinho, Aldeia Amambai e RID (aldeias Bororó e Jaguapirú), e nas 2) *Casas de Saúde Indígena* (CASAI) de Dourados e Amambai.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/1.083.360), da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/1.047.135) e da Fundação Nacional do Índio

(FUNAI/082/AAEP/PRES/2015) fez-se o contato prévio e a apresentação da proposta de pesquisa aos enfermeiros(as) indígenas das etnias Guarani-Kaiowá e Terena. Destes, doze aceitaram participar da pesquisa, sendo cinco enfermeiros homens lotados nas CASAI de Dourados e Amambai, e sete enfermeiras lotadas nos PBSI, ESFI e CASAI de Dourados.

A observação participante se deu de forma individual e a sequência das entrevistas semiestruturadas conforme disponibilidade dos interlocutores, tendo sido realizada no período de maio a dezembro de 2015.

Os dados obtidos foram registrados em diário de campo do pesquisador, compilados e analisados conforme o modelo da etnoenfermagem, *compreendido por* “estudo de crenças, valores e práticas de cuidado em enfermagem, tal como percebidas e conhecidas cognitivamente por uma determinada cultura, através de sua experiência direta, crenças e sistema de valores”^(11:15). O modelo proposto por Madeleine Leininger está organizado em quatro etapas: 1) relação dos dados coletados, descritos e documentados; 2) identificação e classificação dos descritores componentes; 3) análise do padrão contextual e temas principais, inferências e formulações teóricas e 4) validação dos dados⁽¹²⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao iniciar a descrição do trabalho dos(as) enfermeiros(as) indígenas optou-se por descrever primeiramente a maneira como tem se desenvolvido o trabalho nessas comunidades às quais os(as) enfermeiros(as) são pertencentes. Tais informações foram obtidas por meio dos relatos dos participantes e das observações em campo.

Para as comunidades indígenas Guarani, Kaiowá e Terena, o trabalho está associado a atividades de convivência social– como fazer casas, panelas, cultivar alimentos, elaborar artefatos para pesca, ensinar o reconhecimento de remédios, garantir as boas relações com os espíritos dos mortos, prever o futuro etc. –, atividades estas voltadas à produção de valores de uso e à reprodução social, o que imprime certo sentido ao trabalho e às relações de parentesco que compõem seus coletivos e suas formas de distribuição e assentamento no espaço.

Para os grupos étnicos específicos das TI do Panambizinho e da Aldeia de Amambai, a principal orientação produtiva é a agricultura, embora tenham grande importância as atividades de caça, pesca e coleta, responsáveis pelo suprimento de proteínas animais, frutos e raízes.

De acordo com a divisão sexual e geracional do trabalho, a maioria dos grupos étnicos Guarani, Kaiowá e Terena desempenha determinado tipo de função. Assim, o trabalho masculino está voltado ao preparo do solo, à caça, à pesca e à coleta de taquaras e outros materiais para a produção de casas, por exemplo; enquanto o trabalho feminino implica em colher produtos das roças como milho, mandioca etc.; o trabalho dos idosos e das idosas corresponde a memorizar as narrativas socialmente relevantes e apreciadas, narra-las em circunstâncias definidas, assim como aprender e ensinar os cantos e as rezas; os mais jovens, por sua vez, aprendem o trabalho e as meninas cuidam dos irmãos mais novos enquanto os meninos prepararam tereré ou apanham lenha.

Tal modo social de vida, entretanto, vem se modificado devido a problemas sociopolíticos e econômicos que afetam esses grupos, de modo que os homens trabalham em indústrias, empresas de recolhimento de lixo urbano ou na agricultura de proprietários não indígenas fora de suas reservas (como o corte de cana ou a colheita de maçã). Por sua vez, as mulheres se voltam aos serviços domésticos nas cidades próximas, onde atuam também como professoras ou nos serviços de saúde.

De outro modo, mesmo que em minoria, é possível observar também indígenas em fase adulta que se profissionalizaram em universidades e tornaram-se graduados, mestres e doutores, passando a exercer cargos públicos. Ainda neste contexto é possível observar que os grupos são afetados pela divisão social e sexual do trabalho.

No Estado do MS, graças à atuação e organização político-social das comunidades indígenas, as mesmas foram beneficiadas com a abertura de serviços de saúde, escolas de ensino fundamental etc. Logo, fez-se necessário o recrutamento de servidores públicos contratados por meio de concursos municipais para as escolas e outros tipos de contratos para a área da saúde. Tais profissionais junto à comunidade têm a difícil missão de reverter os graves problemas pelos quais passa a população indígena confinada a pequenos espaços, além de disputar esse mercado com não indígenas. No tocante ao quantitativo de servidores indígenas, sua presença é mínima principalmente nas posições que exigem maior qualificação técnica, oportunidade à qual dificilmente têm acesso.

Diante, porém, da necessidade de contratação de mão de obra especializada, ou melhor, conhecedora da língua materna, assim como considerando as necessidades socioculturais de cada agrupamento indígena, representantes dos diferentes povos têm iniciado no meio urbano a continuidade da escolarização em busca de qualificação mais adequada às demandas de suas

comunidades. Alguns indígenas optaram por aprender profissões em geral alheias à sua cultura, uma delas em destaque neste estudo a partir do foco nos trabalhadores indígenas da área da enfermagem, que tentam traduzir conhecimentos indígenas aos profissionais na intenção de cuidar do seu povo de forma dinâmica. Tais profissionais têm despertado interesse crescente por atuar de forma efetiva no controle social e a realizarem o diálogo entre as práticas de saúde indígena e aquelas às quais tiveram acesso na formação técnica fora da reserva indígena.

Desta forma, buscou-se compreender a trajetória destes(as) enfermeiros(as) indígenas a partir da elaboração das seguintes categorias: a) O ingresso no mercado de trabalho; b) O preparo para o trabalho; c) O processo de trabalho e as relações de controle no PBSI e ESFI; d) A resignificação do processo de trabalho na CASAI; e) O trabalho do enfermeiro indígena e suas implicações na relação cultura e gênero; f) Trabalho multiprofissional, relações de poder e distinção social entre Terena e Guarani-Kaiowá e g) Papel social, saúde e bem-estar dos(as) profissionais enfermeiros(as) indígenas.

a) O ingresso no mercado de trabalho

Após a colação de grau alguns profissionais indígenas relataram precisar de certo tempo para a procura do primeiro emprego, o que pode relacionar-se a várias condições como, por exemplo, a liberação de comprovante e/ou o certificado de graduação da Instituição de Ensino Superior (IES), a inscrição e autorização do Conselho Regional de Enfermagem (COREN), a elaboração e/ou atualização do currículo Lattes etc. Estes fatores se mostraram comuns a todos, seguidos por fatores de ordem pessoal, como relatado pelo enfermeiro a seguir:

(...) precisei retirar dois meses para descansar, por conta do ritmo intenso e cumulativo dos quatro anos de graduação, Trabalho de Conclusão de Curso e estágio final. Sem contar que fiquei os quatro anos [de faculdade] distante de minha família. Foi uma escolha importante [voltar para perto de meus parentes] (...) (ENF. 8).

Em sentido semelhante relata a enfermeira, que colou grau em 2010:

(...) No final da graduação fiz a seletiva para a saúde indígena e fiquei em segundo lugar [no concurso], mas não fui chamada. Em abril de 2011 tive minha bebê. Fiquei desempregada até 2011(...) (ENF.12).

De todos os enfermeiros e enfermeiras aqui estudados somente duas delas obtiveram contratação imediatamente depois de concluída a graduação, os demais vivenciaram o período em torno de seis a 18 meses de desemprego.

Como a maioria das(os) enfermeiras(os) indígenas ficou desempregada por certo período, um estudo realizado com enfermeiros não indígenas desempregados, formados há menos de dois anos, identificou sofrimento psíquico com sintomatologia depressiva, sem enfrentamento eficaz para a situação. O autor sugere como enfrentamento a formação política e crítica do indivíduo, fundamental para que o sujeito possa entender onde está inserido e como buscar saídas coletivas para modificar o meio⁽¹³⁾.

Embora o estudo tenha sido aplicado com enfermeiros não indígenas, a preocupação está no fato de que há riscos para a saúde mental dos trabalhadores que vivenciam períodos de desempregos, e os indígenas por si só não estão imunes ao problema visto haver histórico de depressão em algumas das profissionais observadas.

Outra realidade analisada à parte, e que se relaciona com a precarização da enfermagem, é o caso de duas das enfermeiras que, mesmo depois de concluírem a graduação, continuaram trabalhando na área recebendo remuneração como Técnicas de Enfermagem, ou seja, incompatível com as funções que exerciam.

Verificou-se que o primeiro emprego de alguns profissionais, que não encontraram colocação no mercado de trabalho como enfermeiras, foi o de desenvolvimento de trabalhos transitórios como cuidador de idoso, *home care*, cobrindo férias em hospital ou como professor *horista* em Curso Técnico de Enfermagem, outros se mantiveram nos empregos anteriores à graduação. Destes, a maioria passou do primeiro ao segundo emprego inserindo-se na área de saúde indígena apenas a partir do terceiro trabalho regular, no qual atuavam até o período em que os dados desta pesquisa foram coletados.

O terceiro emprego, ou seja, o intervalo entre a colação de grau e a admissão na saúde indígena como enfermeiro(a) indígena, demorou em média um a dois anos. Portanto, segundo o relato dos participantes deste estudo, pode-se afirmar que a saúde indígena iniciou a inclusão de enfermeiros e enfermeiras indígenas no sul do Estado do MS a partir do ano de 2010, quando os primeiros profissionais concluíram o ensino superior em instituições públicas ou privadas.

O processo de seleção para o preenchimento do quadro funcional de enfermeiros(as) e demais profissionais da Equipe Multiprofissional da Saúde Indígena (EMSI) inicia-se diante da

necessidade e disponibilidade de vagas nos PBSI e CASAI. Tal comunicação é feita ao DSEI/MS que, posteriormente, a encaminha para a Missão Evangélica Caiuá (ONG terceirizada responsável pela realização da seleção) que, então, publica o edital de seleção e dá início ao processo.

Os enfermeiros e as enfermeiras indígenas aqui estudados relataram que o processo de seleção do qual participaram foi composto por três etapas: análise do currículo, prova escrita com questões estruturadas e não estruturadas e entrevista. Depois da publicação da lista de aprovados foram contratados pela Missão Evangélica Caiuá em regime de Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

b) O preparo para o trabalho

Entre o período de contratação e o início das atividades profissionais na saúde indígena, segundo os enfermeiros e as enfermeiras indígenas, não houve um programa específico de formação e/ou atualização profissional, conforme recomendado pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI):

A capacitação dos recursos humanos para a saúde indígena deverá ser priorizada como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização dos serviços. Deverão ser promovidos cursos de atualização/aperfeiçoamento/especialização para gestores, profissionais de saúde e assessores técnicos (indígenas e não indígenas) das várias instituições que atuam no sistema [...] O órgão responsável pela execução desta política organizará um processo de educação continuada para todos os servidores que atuam na área de saúde indígena ^(13:16).

O processo admissional realiza-se no dia a dia dos serviços, como “educação em serviço”, e em geral os profissionais recebem instruções por parte da coordenação do Polo e/ou CASAI sobre as rotinas de trabalho, equipe, perfil de área etc., depois passam a aprender com a equipe e a comunidade.

Há relatos de que, em décadas passadas, disponibilizava-se aos profissionais recém-admitidos na saúde indígena para o PBSI cursos de capacitação na área da antropologia, o que, segundo os enfermeiros e enfermeiras indígenas, foi afetado pelo baixo interesse e investimentos institucionais. Estes, nos últimos anos, em relação à capacitação para o trabalho na saúde indígena

têm diminuído significativamente, o que diverge das recomendações das políticas de saúde⁽¹⁴⁾ para os povos indígenas:

(...) Hoje, se precisar fazer algum curso fora ou até participar de um evento, além de contar com custeio próprio terei que negociar dispensa, e isso é difícil, heim! [...] Sei que se for para apresentar algum trabalho fora eles liberam, porque isso dá visibilidade [para a instituição], mas a gente tem que buscar patrocínio [para custear os gastos] (...) (ENF. 12).

A desmotivação com relação a este tema surge em outro relato:

(...) estava bem motivada, escrevi o projeto, passei na seleção do mestrado e tive que fazer a escolha: escolhi o trabalho, porque [os meus superiores] foram claros: usaram argumentos de que não tinham outra pessoa para colocar no meu lugar. Mas é isso, eles não veem o retorno para o serviço, nem mesmo para a comunidade, [o que] é frustrante... Nem gosto de falar sobre isso... (...) (ENF. 13).

Em relação à capacitação na área de conhecimento, os enfermeiros e enfermeiras indígenas relataram não contar com auxílio financeiro externo, tendo que pagar pelos cursos realizados. Dos doze indígenas participantes apenas dois possuem especialização na área de Saúde Indígena, concluídas junto à Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Outros três têm especialização em áreas afins (Enfermagem Obstétrica, Urgência e Emergência e Saúde do Trabalhador). Dentre os demais enfermeiros e enfermeiras indígenas, cinco têm especializações em curso (online e/ou presencial aos sábados), e dois não fizeram curso de especialização embora pretendam investir na seleção do mestrado para Educação em Saúde e Saúde Pública.

Quanto aos cursos de formação continuada, descritos como cursos rápidos e desenvolvidos em menos de cinco dias, a maioria refere pequena participação em congressos, conferências ou seminários de formação desde o seu ingresso na saúde indígena. Porém, relatou-se maior participação em cursos direcionados à atenção básica (teste rápido, atualização/imunização etc.), oferecidos pelo DSEI/PBSI ou outras parcerias institucionais.

Nesse sentido, é possível perceber uma valorização pela formação continuada, visto que se adéqua melhor às demandas do conhecimento emergente e, posteriormente, às necessidades do trabalho. Com isso, tais profissionais indígenas demonstram persistir no fortalecimento e desenvolvimento das competências culturais e profissionais por meio da busca do conhecimento:

(...) No dia a dia do trabalho surgem dúvidas. Por mais que tenhamos a formação, o conhecimento vai mudando, a ciência muda e precisamos acompanhar tudo isso. No entanto, o tempo nos engole, os dias vão passando e a vontade fica... Quero muito escrever projetos, relatos de experiências, fazemos muito na saúde indígena com resultados belíssimos, mas não mostramos, nem compartilhamos [com os outros]. É preciso mudar [isso] (...) (ENF. 12).

A produção científica entre os(as) enfermeiros(as) indígenas da saúde indígena, assim como o aprimoramento de seus conhecimentos, necessita ser repensada como fator de estímulo e valorização humana por parte dos coordenadores do sistema de saúde indígena, por meio, por exemplo, da institucionalização de parcerias com as Instituições de Ensino Superior (IES). Para isso, não basta incentivá-los apenas, mas é fundamental redimensionar a carga de trabalho, assim como investir na melhoria das condições de trabalho.

c) Processo de trabalho e as relações de controle no PBSI e ESFI

A jornada de trabalho dos(as) enfermeiros(as) indígenas no PBSI e ESFI ocorre na rotina prescrita diurna (40h/semanais com folgas aos sábados, domingos e feriados), marcada por certo controle na gestão e na assistência. No caso das enfermeiras lotadas na ESFI, o trabalho propriamente dito se dá ao partirem da área domiciliar para o PBSI nos quais são lotadas e onde assinam o livro-ponto, participam de reuniões eventuais até a disponibilização do transporte para o deslocamento da EMSI aos locais dos atendimentos na Aldeia Indígena (AI).

Dependendo da distância e da disposição climática, chegam ao Posto de Saúde (PS) de origem por volta das 8 horas da manhã e lá, além dos atendimentos e atividades, se deslocam para a comunidade visando o atendimento domiciliar, às ações sociopolíticas e/ou de saúde junto à comunidade, à educação em saúde nas escolas e igrejas etc.

Durante a jornada da EMSI está previsto uma pausa às 10h30 para almoço, quando todos se deslocam para o PBSI de onde, por volta das 13h, partem novamente para o PS dando continuidade às atividades diárias planejadas ou não, que se encerram às 17h. Finalizando a jornada para o deslocamento ao PBSI, lá assinam o ponto e recebem e dão avisos e/ou impressos (instrumentos de trabalho).

É importante destacar que na rotina de idas e vindas ao PBSI o transporte da EMSI restringe-se aos membros da equipe e abrange o deslocamento do trabalho *para* o trabalho. Assim,

os traslados do domicílio para o PSI pela manhã, na hora do almoço e no final da tarde são de responsabilidade dos profissionais.

d) A resignificação do processo de trabalho na CASAI

Nas CASAI se identifica, em geral, o ritmo de trabalho muitas vezes similar ao dos hospitais, com cobertura de 24 horas nos atendimentos às pessoas, famílias e comunidade indígenas. Os profissionais trabalham em jornadas de 30 horas semanais, com variação de escalas diurnas (6h trabalhadas/18h de folga) e/ou noturnas (12h trabalhadas/36h de folga), e com equipes formadas por enfermeiros e técnicos de enfermagem com seus colaboradores (higienização, nutrição e dietética, administração, segurança etc.).

As especificidades neste trabalho se dão com relação ao enfermeiro indígena do plantão noturno, que exerce suas atividades para além da estrutura da CASAI, pois tem por função: i) atender a chamados e se deslocar para a aldeia; ii) avaliar e classificar o risco e, quando necessário, prestar assistência específica, além de iii) encaminhar ao sistema de saúde e/ou acompanhar o enfermo até o hospital. Muitas vezes o deslocamento do enfermeiro e motorista para a área indígena durante a madrugada incorre no enfrentamento de situações de riscos e insegurança no trabalho, pois nas aldeias não há qualquer policiamento.

Além destas especificidades, as características regionais de cada CASAI afeta e distingue o processo de trabalho, como no caso da CASAI-Dourados que, além dos atendimentos de rotina previstos e elencados (admissões, cuidados, orientações e alta), possui em média quatro pacientes internados a pedido judicial devido a problemas crônicos de saúde, de modo que todas as necessidades humanas básicas estão afetadas e elevam o nível de dependência quanto a cuidados integrais. Devido a essa característica local, os(as) enfermeiros(as) indígenas desenvolvem a assistência de forma sistematizada, o que eleva o padrão de assistência da equipe local, além de lhe propiciar identidade própria tornando significativo o processo de trabalho.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) envolve: a aplicação das etapas do processo de enfermagem (avaliação, diagnóstico, planejamento, intervenções e evolução) pautados numa teoria de enfermagem que sustente as ações de enfermagem e o processo de trabalho⁽¹⁵⁾. A SAE é uma metodologia da assistência que busca a participação do enfermo no planejamento do cuidado, tornando-o assim um ser participante e autônomo ao possibilitar o compartilhamento de informações e condutas junto à equipe multiprofissional que, por seu turno,

possui em sua intencionalidade diminuir erros e tornar a assistência de enfermagem o mais segura possível.

A CASAI-Amambai, por sua vez, possui outras características para o desenvolvimento do processo de trabalho devido ao seu posicionamento geográfico na rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Localizada em região fronteira entre Brasil e Paraguai, agrega alguns preceitos sociopolíticos e culturais para a atenção à saúde dos povos indígenas daquela região.

O hospital mantém o indígena internado, estabilizam, mas não passa de três dias lá, só algum caso ou outro grave ao extremo... ou sob ordem judicial [...] tipo, pessoa com pneumonia, com dois dias já estão liberando, o que nos preocupa, pois {antes de existir CASAI} ia para casa as vezes em mau estado, aí com o número de óbitos elevado, estabeleceram que os profissionais da CASAI deveriam fazer uma reavaliação, ou seja, todos os pacientes após alta hospitalar passem por avaliação na CASAI, nesta avaliação decidimos com a família a necessidade de manter mais uns dias aqui na CASAI para continuar o tratamento e os cuidados, ou encaminhamos em condições pro domicílio e a EMSI da continuidade na aldeia (ENF. 10).

[...] os óbitos diminuíram, porque a CASAI não deixou mais aquele ainda grave ir se tratar em casa [...] O hospital não considera a cultura, pra eles todo índio vai pra casa e pode dar o remédio igual o branco (ENF. 10).

A CASAI, assim como os profissionais da saúde indígena, reconstróem-se em outra filosofia de prestação de assistência à saúde da população indígena, quer dizer, em certa medida perdem características de sua criação e costumes ao prestar uma atenção que ultrapassa a assistência do contexto dos que estão em trânsito, deslocando-se para a demanda reprimida em torno da hospitalização. Nesta reconstrução, que pode ser entendida como perda institucional, há um ganho sociocultural para a comunidade indígena no sentido de que são cuidados na sua integralidade cultural, o que reserva certa proteção e segurança no controle social.

Destacar essas características e especificidades das CASAI (Dourados e Amambai) se faz importante para alertar quanto a não generalização do processo de trabalho, conduzindo-nos à reflexão de que tal processo, apesar dos percalços, se mostra dinâmico e transformador social, político e culturalmente, o que agrega sentidos na articulação entre os conhecimentos indígenas e o conhecimento científico.

e) O trabalho do enfermeiro indígena e suas implicações na relação cultura e gênero

Até a década de 1990, a enfermagem no Brasil era predominantemente feminina, tendência que vem mudando ainda de forma lenta no cenário nacional. Resultados de pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que traçou o perfil da enfermagem no Brasil, mostram um quantitativo de 84,6% de mulheres a nível nacional e 81,3% no Estado do MS, que desponta como o Estado de maior contingente de profissionais indígenas a nível nacional (3,2%).

O quantitativo de enfermeiros na atenção básica da saúde indígena no Estado do MS, no ano de 2015, era de 16 profissionais (10 mulheres e 6 homens), dentre os quais 13 concentram-se no sul do Estado trabalhando entre ESFI e CASAI. Havendo, ainda, enfermeiros(as) indígenas distribuídos entre a atenção secundária e terciária, assim como desempregados e subempregados, os quais não fizeram parte deste estudo.

Desta forma, na saúde indígena, os dados ora analisados demonstram maior participação masculina entre os enfermeiros. A introdução do trabalho masculino no campo da enfermagem indígena traz repercussões relacionadas aos aspectos interétnicos no trabalho desses profissionais, gerando conflitos derivados da divisão sexual do trabalho e das regras do viver bem produzidas socialmente entre os diferentes grupos.

A divisão sexual do trabalho nestes grupos se explica no “trabalho de homem e trabalho de mulher”; já as regras de bem viver entre as mulheres indígenas na comunidade Guarani-Kaiowá são vistas, muitas vezes, como algo “vergonhoso” quando lhe deixam como única opção o atendimento com profissional do sexo masculino, pois para algumas mulheres isso pode ser constrangedor, motivo para se sentir desestimulada a buscar pelas instituições de saúde.

Assim, parece ser um desafio maior a articulação dos conflitos na divisão social e de gênero no trabalho, sobretudo quando a prestação do cuidado é designada ao enfermeiro homem para com as pacientes mulheres. Nota-se, então, uma recusa por parte da comunidade e da liderança em todas as etnias (Guarani-Kaiowá e Terena) quando se trata de cuidados que podem expor não só o corpo, mas a intimidade (pensamentos, emoções, pudor etc.) da mulher indígena.

É importante considerar que o constrangimento por parte das mulheres em serem atendidas por homens não é prerrogativa sociocultural apenas dos grupos aqui estudados. Em estudo realizado com mulheres não indígenas do norte do Estado do Paraná, foram relatados sentimentos de vergonha e violência por parte das mulheres atendidas por profissionais homens e, como resultado final, constatou-se que este fator interfere na adesão às práticas de prevenção⁽¹⁷⁾.

A escuta como competência cultural, desenvolvida no âmbito do trabalho dos(as) enfermeiros(as), é fundamental, pois os conflitos e ruídos existentes nas relações de gênero nestes grupos étnicos estão em sua maioria para além da vontade da mulher diante, por exemplo, do homem (companheiro) se apropriar do corpo da mulher. Um exemplo foi presenciado pela primeira autora diante de um atendimento no qual a mulher foi vítima de violência causada pelo marido em decorrência da procura do Posto de Saúde para exame preventivo de câncer de colo uterino.

Assim, a fim de amenizar conflitos socioculturais na relação de gênero durante o trabalho, estes cuidados (ações preventivas do câncer de mama e útero, pré-natal, planejamento familiar etc.) deixam de ser atribuídos ao enfermeiro, sendo designados à enfermeira, o que a leva à sobrecarga de trabalho. Este fenômeno é confirmado não só na relação de trabalho dos enfermeiros para com a comunidade, mas também com outros profissionais da EMSI e os AIS.

De outro modo, os enfermeiros estão lotados em sua maioria nas CASAI, o que pode impor certo equilíbrio de gênero. A necessidade de se articular o dimensionamento das pessoas em função do gênero masculino ou feminino pode ser justificada pela exposição de riscos e pela (in)segurança que assola o grupo de profissionais no exercício da profissão, observa-se que, neste caso, é criada a oportunidade para o gênero masculino prescrito como o “sexo mais forte”.

Em relação ao cuidado da enfermeira para com a saúde do homem, durante o trabalho de campo foi possível observar que raramente os homens buscaram atendimento nos PBSI e, quando isso ocorria, na maioria das vezes a enfermeira os encaminhava para o profissional médico. Já em uma das equipes da ESFI, todos os profissionais que compunham a EMSI eram mulheres e os homens procuram o serviço acompanhados, em geral, da figura feminina familiar. Caso isso não ocorresse, a profissional os atendia entre os outros ou com a porta da sala aberta.

f) Trabalho multiprofissional, relações de poder e distinção social entre Terena e Guarani-Kaiowá

Os Terena têm como língua materna um dialeto do tronco linguístico Aruaque, se destacam no setor produtivo (agricultura como base de economia, comércio e artesanato, mão de obra agrícola e doméstica), na estrutura social fortemente patrilinear e na abertura da sociedade para o exterior, que os conduz para o estereótipo de “índios urbanizados” no cotidiano sul mato-grossense. São lembrados na dimensão histórica, social e cultural na defesa da nação pela relevante participação na guerra entre Brasil e Paraguai. Desta forma, é um grupo étnico que luta para resistir

às ações degradantes impostas pelo mercado, mas que também clama por nova forma de existência, um determinado modo de vida e de produção por meio de modos diferenciados de sentir, atuar e pensar⁽¹⁸⁾.

Embora a cosmologia indígena seja própria em cada grupo étnico, as características culturais dos Guarani-Kaiowá são mais tradicionais, demonstrando-se coletores (colheitas de frutas, mandiocas, milho) por herança e não caçadores (buscar, lutar) como os Terena. Destacam-se pelo modelo cosmológico engendrado em um sistema de alma, nome, morte, canibalismo e canto, e “possuem flexibilidade sociológica, indiferenciação interna associada a um complexo de relações individualizadas com o mundo espiritual”^(19:369), uma postura estratégica para a construção da pessoa que gera o que se convencionou denominar “*individualismo*”⁽²⁰⁾.

No cotidiano do trabalho dos enfermeiros indígenas é possível observar certa distinção social de destaque para os Terena, representado na fala de uma enfermeira Kaiowá:

(...)Uma vez fiquei só ouvindo a polêmica na reunião, quando a fala de pano de fundo era como iam fazer frente à desvantagem dos Kaiowá sobre os Terena [...] no processo de seleção o enfermeiro Terena sempre sobressai. Pensei: “Somos todos parentes, mas somos diferentes na nossa cultura”, não me sinto inferior (ENF. 03).

A distinção pode ser mais social do que étnica, na qual as pessoas pertencentes aos grupos Kaiowá e Terena manipulam os marcadores que compõem o sistema multiétnico. Segundo Pereira, o modelo hegemônico do indigenismo praticado na reserva de Dourados identifica os Terena como mais aptos e receptivos às iniciativas de desenvolvimento e integração à sociedade nacional, enquanto que os Kaiowá estariam em situação oposta, considerados como mais apegados aos seus próprios valores⁽⁶⁾.

A distinção social enfrentada pelos(as) enfermeiros(as) indígenas se propaga, então, na relação social do trabalho na saúde indígena com os profissionais não indígenas, no que se refere à sobrecarga de trabalho. O trabalho de campo possibilitou verificar, por exemplo, que os enfermeiros indígenas estiveram o tempo todo em ocupação intensa no trabalho (tempo dedicado às consultas e outros atendimentos à pessoa, à família, à comunidade e à equipe), de modo que o registro das atividades muitas vezes não era facilitado diante da sobrecarga de ações a cumprirem. Daí decorre o fato de saírem da unidade de saúde em finais de jornadas de trabalho com documentos a registrar:

(...) Sei o que significa três dias fora do trabalho, já estive doente com atestado médico. Ainda assim fiz o que pude adiantando trabalho em casa [...] Participo desde os meus 12 anos na ONG/AJI¹ [...] [e] depois de formada quis dar o retorno. Assim, atuo à noite com os jovens, empoderando-os [por meio de] vídeos, fotografia (...)” (ENF. 12), ou quando relatam que “(...) Saio do postinho e vou para casa, mas levo trabalho comigo (registros em prontuários e/ou preenchimento do consolidado), sem contar com a atuação política na comunidade (...) (ENF. 11).

Em relação à gestão do trabalho, o preenchimento das planilhas do consolidado da saúde indígena é delegado a todos os profissionais da EMSI, que são orientados a inseri-lo no cronograma mensal de atividades a serem realizadas no PBSI, com revezamento entre os profissionais médicos e enfermeiros para que a unidade de saúde não fique sem cobertura profissional:

(...) Se distanciar um dia do postinho é complicado, basta os finais de semana, feriados e os problemas com transporte [...] a comunidade reclama, também acumula atividade para outro dia... Tenho medo de acontecer algo errado e meu nome... Já viu, né? (ENF. 07).

O discurso do trabalho nessa realidade percorre as dimensões interculturais, perpassada pelas questões socioculturais dos grupos. No empenho para o trabalho, os enfermeiros indígenas respaldam-se tanto com a liderança indígena, quanto com o controle social. Assim, é possível identificar certa relação de poder, que muitas vezes é autocentralizada (enfermeiro(a) indígena) devido ao nível de responsabilidade assumido em relação às questões sociais da comunidade, o que gera sobrecarga do trabalho.

Com base no campo verificaram-se, em reuniões de trabalho da equipe de saúde, discussões por vezes dialógicas estabelecidas entre membros da EMSI e da gestão do PBSI. Observaram-se estruturas de poder marcadas pelas relações internas e dos sistemas oficial e indígena, nos quais a gestão não indígena acredita que sua forma de articular seja melhor do que a dos nativos, desconsiderando o saber cuidar-se indígena e parecendo indicar uma tendência à higiene cultural no que se refere ao trabalho desenvolvido por indígenas.

¹ Organização Não Governamental denominada “Ação de Jovens Indígenas”, que realiza atividades para a preservação da cultura por meio de vídeos, fotografias etc. em parceria com o Centro de Referência de Assistência Social Indígena (CRAS Indígena). Ver: <http://www.jovensindigenas.org.br/> e <http://www.dourados.ms.gov.br/index.php/cras-centros-de-referencia-de-assistencia-social/>.

Nas relações de poder do trabalho recomenda-se a incorporação de valores nos quais os profissionais não indígenas possam compreender a cultura dos enfermeiros indígenas e abolir o etnocentrismo dos discursos, inserindo essa cultura no cotidiano do trabalho, o que parece ser comum em uma situação comportamental.

A concepção de trabalho para os(as) enfermeiros(as) indígenas está para além da institucionalização, ou seja, o compromisso social para com a comunidade é naturalizado e, dessa forma, pode-se observar que o nível de responsabilidade é superior ao dos demais profissionais da EMSI, pois, em sua maioria, entre outras razões, residem estes profissionais na área indígena de atuação, o que fortalece e amplia o vínculo social com a comunidade.

O compromisso social, como competência cultural desenvolvida pelos(as) enfermeiros(as) indígenas, colabora no fortalecimento da organização social junto à comunidade e é condição importante para o alcance de maior autonomia frente ao entorno regional. Esta constatação permite perceber que a qualidade de vida para essas populações não pode ser reduzida à satisfação de necessidades ou demandas dissociadas das esferas social e religiosa⁽²¹⁾. Suas concepções de natureza, ao contrário do pensamento ocidental, compreendem a “interligação orgânica entre o mundo natural, o sobrenatural e a organização social”⁽²²⁾.

g) Papel social, saúde e bem-estar dos profissionais enfermeiros indígenas

Partindo do princípio de que os grupos indígenas possuem formas específicas de se relacionarem entre si, com a natureza e o sobrenatural, com outras explicações sobre a humanidade e o mundo – sua cosmologia, que se expressa por meio do ritual e do mito –, emerge a forma como os indígenas entendem seu bem-estar ou a sua qualidade de vida. É importante refletir sobre os fatores que emergem como mais relevantes para o bem dos enfermeiros Guarani-Kaiowá e Terena:

(...). Nasci numa aldeia [em] que havia mata e rio, pequeno mas tinha. Depois mudamos, hoje vivemos próximo à cidade, temos luz elétrica e outros benefícios. Por meio da oportunidade de trabalho consegui oferecer o melhor para minha família, mas não é a realidade do meu povo, da minha comunidade, do restante da minha família... isso não me deixa bem (...) (ENF. 04).

De certa forma, nota-se que o trabalho contribui para a promoção da saúde e do bem-estar dos enfermeiros e enfermeiras indígenas, o que pode ser meio de fortalecimento da organização social e autonomia de cada grupo étnico. Entretanto, é importante se ter cuidado na

forma com que essas iniciativas se articulam e dialogam, respeitando a organização social dos respectivos grupos.

Na busca da compreensão das relações entre o trabalho e o processo saúde–doença, campo do saber da saúde do trabalhador, Siqueira et al. afirma que tal processo pode se articular com o modo de desenvolvimento produtivo desta população por ser dinâmico⁽²³⁾.

O trabalho é reconhecido, assim, como importante fator de adoecimento, desencadeamento e aumento de distúrbios psíquicos como a modificação do humor, fadiga, irritabilidade, cansaço por esgotamento, isolamento, distúrbio do sono, ansiedade, intolerância, descontrole emocional, agressividade, tristeza, alcoolismo e absenteísmo, que sinalizam urgência de tomada de decisão tanto pela gestão dos serviços como pelo próprio trabalhador⁽²⁴⁾.

Quando indagados sobre seu estado de saúde atual, se era bom ou prejudicado, a maioria dos(as) enfermeiros(as) indígenas o classificou como bom, porém relataram presença de algumas doenças progressas à formação como esteatose e poliartrite; e outras que surgiram em decorrência do trabalho, como varizes em membros inferiores, hipertensão arterial, enxaqueca, diminuição da capacidade física, desgaste físico e mental.

Isso nos alerta para uma maior atenção para com a saúde do trabalhador desde o processo admissional, no qual a gestão e as outras pessoas envolvidas criam espaços para reflexões e diálogo em torno do assunto, convergindo em ações que possam beneficiar a manutenção da saúde e do bem-estar das pessoas.

Os enfermeiros da saúde indígena, de modo geral, na natureza do trabalho enfrentam conflitos familiares e sociais, bem como o estresse da violência nas áreas indígenas, o que de certa forma pode afetar a saúde desses trabalhadores e até mesmo sua conduta e/ou o desempenho de suas atividades profissionais. Agregado a estes fenômenos internos e ao da natureza do trabalho, contribuem para o adoecimento as condições desfavoráveis para o trabalho e, conseqüentemente, o aumento de fatores estressores, ilustrado pelos problemas com transporte, inadequação da estrutura física, reconhecimento profissional, alta demanda de atendimentos, carga horária elevada, interrupção de tarefas antes de serem completadas e falta de segurança do trabalho, entre outros; um conjunto de fatores que pode prejudicar esses profissionais no desenvolvimento de sua atividade profissional de maneira satisfatória, interferindo na sua relação com a população e levando ao prejuízo na assistência prestada, na qualidade de vida e no bem-estar dos trabalhadores.

Os enfermeiros e as enfermeiras indígenas buscam o lazer para fins socioculturais, entretanto foi possível observar certa divisão sexual, visto que todos os enfermeiros indígenas se associam à prática esportiva e jogam futebol pelo menos uma vez por semana, além da prática de vôlei, ping-pong, academia e caminhadas diária. Quanto às enfermeiras indígenas, três relataram que não têm lazer em decorrência do desgaste físico mental e da sobrecarga de jornadas duplas e triplas (atividades domésticas, dos trabalhos que levam para casa e a necessidade de atenção aos filhos). As demais enfermeiras indígenas (quatro) planejavam e realizavam atividades de lazer acompanhadas por membros da família, por se sentirem mais seguras. Dentre as atividades há destaque para uma pequena parcela relacionada à escolha da prática esportiva (futebol, vôlei, zumba e caminhada), enquanto outras preferem eventos religiosos (cultos e reuniões) ou e viagens para visitas familiares (pais ou namorado) nos finais de semana.

O estudo nos alerta quanto à situação de risco à saúde das enfermeiras indígenas, na predisposição ao desenvolvimento de doenças relacionadas ao estilo de vida, sedentarismo e estresse. Já para os enfermeiros indígenas, o estudo aponta riscos insalubres e de periculosidade no trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em se tratando da busca pelo primeiro emprego/trabalho, externo à sociedade indígena, na cosmologia indígena Guarani-Kaiowá e Terena “o tempo” é diferente dos não indígenas, nem sempre sendo tomado pela lógica do capital de consumo. Entretanto, o controle social é um sistema regulador do trabalho e se faz presente pela reivindicação frente à garantia e manutenção do vínculo na atenção à saúde indígena por profissionais indígenas que buscam a preservação cultural.

Os enfermeiros indígenas concebem o trabalho, a princípio, como fim social “para a comunidade”, como dizem, o que auxilia na compreensão da ressignificação cultural frente à socialização do trabalho, no enfrentamento do cotidiano indígena com os não indígenas e como profissionais indígenas que imprimem nos seus trabalhos significado humano e social.

A reflexão e a compreensão do processo de trabalho dos enfermeiros indígenas no âmbito da saúde indígena trouxeram elementos constituintes para o campo de conhecimentos específicos, o que favorece a visibilidade do trabalho indígena e a ressignificação deste como atributo sociocultural. Dos elementos constituintes destaca-se a finalidade do trabalho dos enfermeiros indígenas voltada à manutenção, preservação e valorização de sua cultura.

Os fatores causadores de estresse no trabalho desses profissionais, especialmente na saúde indígena (ESF e CASAI), foram: jornada extensa de trabalho, sobrecarga de atividades e extensão destas para além da jornada, o mínimo de tempo dispensado para o cuidado de si e de seus familiares, doenças pré-existentes, entre outros. Desta forma, recomenda-se atenção, mobilização e iniciativa dos gestores, profissionais indígenas e não indígenas em torno destes fatores a refletirem sobre riscos, consequências e políticas que protejam a saúde e sobretudo a vida do trabalhador. Assim, acredita-se que medidas de socialização dialógicas, geradoras de pactos entre trabalhadores e sistema de saúde, serão capazes de recuperar, prevenir e promover a saúde e os direitos desses trabalhadores.

Considerando que a comunidade indígena no sul do MS possui acesso a saúde nas suas comunidades (ESF/PBSI/CASAI/DSEI/MS) e no meio urbano (hospitais públicos e escola), e que na maioria das vezes são atendidos por profissionais não indígenas que nem sempre satisfazem seus interesses; faz-se necessária a criação de políticas públicas facilitadoras quanto à seleção e contratação de profissionais indígenas, de modo que venham beneficiar a comunidade na manutenção e preservação cultural, mediar a comunicação na língua guarani e minimizar o índice de desemprego e subemprego entre os profissionais indígenas.

A divisão sexual e geracional do trabalho entre os grupos étnicos aqui estudados, foram construídas socialmente, de forma que na cultura destes grupos todos são vistos de maneira igualitária e com o mesmo grau de importância em relação ao preparo e à realização do trabalho. De certa forma, este é um fator conflituoso com a cultura não indígena e que pode ser um desafio no trabalho para os profissionais não indígenas da saúde indígena. Desta forma, recomenda-se para esses profissionais integrar-se ao trabalho dos profissionais indígenas a fim de superar os conflitos socioculturais.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Distrito Sanitário Especial Indígena do Estado do Mato Grosso do Sul (DSEI/MS) - 2014 [homepage on the Internet]. 2014 [cited 2016 Abr. 02]. Available from: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=04>>.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os indígenas no censo demográfico 2010 [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 13]. Available from:

- <http://indigenas.ibge.gov.br/pt/estudos-especiais-3/o-brasil-indigena/os-indigenas-no-censo-demografico-2010>.
3. Jesus DL, Wenceslau ME. Os saberes tradicionais dos indígenas Kaiowá de Dourados-MS: transformações culturais através do tempo. *Ateliê geográfico*. 2011 Mar; 5(13):64-84.
 4. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Homepage [Internet]. 2010 [cited 2016 Mar 28]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1768.
 5. Viveiros de Castro EB. O Nativo Relativo. *Revista Mana*. 2002; 9(1):Rio de Janeiro, RJ.113-147. [cited 2016 Mar 25]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/mana/v8n1/9643.pdf>
 6. Pereira LM. Demarcação de terras Kaiowá e Guarani em MS: ocupação tradicional, reordenamentos organizacionais e gestão territorial. *Tellus*. 2010 Jan./Jun; 10(18):115-37.
 7. Otre MAC. Comunicação popular – Alternativa desenvolvida por jovens indígenas das aldeias do Jaguapirú e Bororó em Dourados/MS [dissertation]. São Bernardo do Campo (SP): Universidade Metodista de São Paulo; 2008.
 8. Marx K, Engels F. *A Ideologia Alemã*. Bruni JC, Nogueira MA, trad. São Paulo: HUCITEC; 1989.
 9. D’Angelis WR, Veiga J. O trabalho e a perspectiva das sociedades indígenas no Brasil. In: *Simpósio Nacional da Pastoral Operária – o futuro do trabalho na sociedade brasileira; 2001* Mês nov. São Paulo: Local; 2001. p. 14-17.
 10. Geertz CA. *Interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC; 2011.
 11. Leininger M. *Transcultural Nursing*. New York: Masson Publishing Inc.; 1979.
 12. Leininger M, Mcfarland MR. *Culture Care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. 2nd ed. New York: Jones and Bartlett Publishers; 2006.
 13. Silva DA, Marcolan JF. Desemprego e sofrimento psíquico em enfermeiras. *Rev. Bras. Enferm* [Internet]. 2015 [citado 2016 mar 15]; 68(5):775-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0775.pdf> DOI 10.1590/0034-7167.2015680502i.
 14. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas* [Internet]. 2002 [cited 2016 Mar 28]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf.

15. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n.272, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de saúde brasileiras [Internet]. 2002 [cited 2016 Apr 27]. Available from: www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2722002-revogada-pela-resoluo-cofen-n-3582009_4309.html.
16. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Perfil da Enfermagem no Brasil [Homepage]. 2015 [cited 2016 Apr 23]. Available from: www.perfildaenfermagem.com.br.
17. Cestari MEW, Zago MMF. A atuação da enfermagem na prevenção do câncer na mulher: questões culturais e de gênero. Cienc Cuid Saude [Internet]. 2012; 11(suplem.): [cited 2016 Mar 29]; 176-182. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/17073/pdf>
18. Vargas IA, Wiziack RSC. Os sentidos e os significados de ambiente e natureza para os Terena: subsídios para uma educação etnoambiental. In: IV ENANPPAS – Encontro da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Ambiente e Sociedade; 2008 jun. [cited 2016 Mar 29]. Brasília (DF); 2008. p. 4-6 Available from: <http://www.anppas.org.br/encontro4/cd/ARQUIVOS/GT9-102-514-20080511002449.pdf>.
19. Grubits S, Freire HBG, Noriega JAV. Influência de aspectos sociais e culturais na educação de crianças indígenas. Psico-USF [Internet]. 2009 Sep/Dec [cited 2016 Mar 29]; 14(3):365-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v14n3/v14n3a12.pdf>.
20. Grubits S, Darrault-Harris I. Psicossemiótica na construção da identidade infantil: um estudo da produção artística de crianças Guarani/Kaiowá. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
21. Brand AJ, Colman RS, Costa RB. Populações indígenas e lógicas tradicionais de Desenvolvimento Local. Interações (Campo Grande). 2008 Dez; 9(2):171-9.
22. Arruda RSV, Diegues AC, editors. Saberes tradicionais e biodiversidade no Brasil. São Paulo: USP; 2001.
23. Siqueira GFF, Barrêto AJR, Menezes MS, Alves SRP, Freitas FFQ. Trabalho do enfermeiro na atenção primária em saúde: conhecimento dos fatores estressores. Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança [Internet]. 2013 Sep. [cited 2016 Mar 31];11(2):72-85. Available from:

<http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Trabalho-do-enfermeiro-na-at%C3%A7%C3%A3o-prim%C3%A1ria-em-sa%C3%BAde.pdf>.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica: Programa Saúde da Família – vol. 5. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

4.3 Artigo 3 – Análise das práticas de enfermeiras indígenas na perspectiva transcultural

ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS INDÍGENAS NA PERSPECTIVA TRANSCULTURAL¹

Analysis of nurses practice indigenous perspective transcultural

Análisis de las prácticas desarrolladas por las enfermeras indígenas desde una perspectiva transcultural

Fátima Alice de Aguiar Quadros²
Levi Marques Pereira³
Maria Inês Monteiro⁴

Resumo

Objetivo: Analisar a dimensão das práticas das enfermeiras indígenas no Sul do Estado do Mato Grosso do Sul/MS, Brasil. **Percurso metodológico:** Estudo etnográfico, descritivo, com observação participante e não participante. Entrevistas não estruturadas realizadas com enfermeiras indígenas entre maio e dezembro de 2015, considerando as suas relações com a comunidade e com a equipe de trabalho dos grupos étnicos Guarani e Kaiowá na atenção básica em saúde indígena. **Resultados:** Em suas práticas, as enfermeiras indígenas passam por processos nos quais por vezes articulam o cuidar simultâneo ao desenvolvimento de suas competências culturais. **Considerações finais:** Mostrou-se inevitável o confronto ético-cultural entre os conhecimentos e as atitudes na prática do cuidar relacionados aos saberes profissionais, que conjugam ainda de maneira conflituosa valores tradicionais a outros valores vinculados ao sistema oficial.

Palavras-chave: Enfermeiras Indígenas, Práticas, saúde indígena, enfermagem transcultural, Competência cultural, confronto ético-cultural.

¹ Resultados parciais extraídos da tese de doutorado em Ciências da Saúde intitulada “Análise das práticas das(os) enfermeiras(os) indígenas das etnias Guarani, Kaiowá e Terena na perspectiva do cuidado cultural” da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, Brasil.

² Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, SP, Brasil. Docente, Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (UEMS), Dourados, MS, Brasil. **Autor correspondente.** Rua Ranulfo Saldivar, 869 – Parque Alvorada – CEP.: 79.823-420 – Dourados/MS. E-mail: faaquadros@hotmail.com.

³ Docente, Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Faculdade de Ciências Sociais. E-mail: levipereira@ibest.com.br.

⁴ Docente, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Faculdade de Enfermagem. E-mail: inesmon@unicamp.br

INTRODUÇÃO

A saúde indígena no Estado do Mato Grosso do Sul (MS) atende a 73.181 mil pessoas, segundo cadastro do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/MS)⁽¹⁾, abrangendo os grupos étnicos Guarani, Kaiowá, Terena, Kadiwéu, Kinikinawa, Guató, Atikum, Ofaié, Xavante, Bororó e Cinta Larga, sendo os três últimos em número reduzido. Destes, 49.570 pessoas pertencem aos grupos étnicos Guarani, Kaiowá e Terena, que habitam o sul do Estado em terras e reservas indígenas ou acampamentos⁽²⁾. É importante considerar que cada um destes grupos possui formas de organização social, política, econômica, de relação com o ambiente e de ocupação de seu território muito variadas entre si, o que ressalta a relação desenvolvida culturalmente por esses povos com a terra, base e ponto de partida da apropriação da natureza e de relação com elementos da paisagem que se conectam à cosmologia indígena.

Os recursos naturais são vitais tanto para o seu sustento quanto para a reprodução de sistemas sociais, aos quais se associam as formas de organização social, política e econômica destes povos^(3,4). Dessa forma, a relação dos povos indígenas do MS com os ambientes naturais constitui tema ao qual etnólogos têm dedicado significativas pesquisas.

Agregado aos fatores socioculturais mencionados anteriormente, e que quando em desequilíbrio afetam a saúde indígena – impactando, inclusive, as formas de sobrevivência, distribuição demográfica etc. –, urge que o contexto de relações étnicas em que estão envolvidos os profissionais de saúde (indígenas e não indígenas) e os serviços de saúde se integre às políticas de atenção à saúde desses povos. Para isso, deve-se considerar que este contexto se organiza hierarquicamente em dois sentidos, a posição do índio frente ao branco na sociedade e a hierarquia entre os saberes do conhecimento hegemônico da biomedicina alçados à superioridade diante de outros saberes, dificultando e muitas vezes ignorando as práticas indígenas⁽⁵⁾.

Na tentativa de reduzir ou eliminar as relações de exclusão, subordinação e hegemonia surgiram, nas últimas décadas, propostas e ações de saúde intercultural que buscam articular o setor saúde (subsistema de saúde profissional) e a biomedicina (sistema de enfermagem e outras profissões) com a medicina tradicional (subsistema de saúde popular), estabelecendo uma atenção diferenciada por meio de diálogo entre a EMSI, a comunidade indígena e os serviços oferecidos. Tal diálogo⁽⁶⁾ envolve epistemologias diferentes entre os saberes indígenas e a ciência hegemônica, de modo que é recomendado aos profissionais da saúde indígena, de um modo geral,

tomar o ponto de vista do outro para perceber que há várias maneiras de conceber a natureza do mundo⁽⁷⁾.

Estudo internacional⁽⁸⁾ sobre as dificuldades de articulação dos saberes às práticas de saúde indígenas atribui as causas que levaram à falha ou ao impacto limitado das propostas e ações de saúde intercultural ao fracasso de projetos que se encontram no domínio de preconceitos e orientações ideológicas impostas à realidade indígena.

Frente a estas problemáticas^(5,8) buscou-se caminho, sustentado em referencial teórico de enfermagem com concepções antropológicas, que seja capaz de auxiliar na explicação e compreensão dos aspectos biopsicossociais e culturais envolvidos no processo saúde e doença no cuidado de pessoas, famílias, comunidades, grupos e instituições, considerando o cuidado de enfermagem destinado às relações interculturais, capaz de explicar a relação entre cuidado humano e cultura.

A enfermagem prescreve a centralidade do “cuidar”, percebido como ciência por “ser amparado por um conjunto de conhecimentos construídos no intuito de produzir um caminho para pensar o propósito, a expressão e o processo para o seu desenvolvimento nas diversas práticas”⁽⁹⁾. Dessa forma, o cuidar pode ser ancorado em teorias que o fundamentam a partir de sua abstração sistemática da realidade, estruturando-o de maneira rigorosa e criativa por meio de ideias que viabilizam a visão provisória objetiva e sistematizada dos fenômenos envolvidos⁽⁹⁾.

A “Enfermagem Transcultural” é um conceito definido por Madeleine Leininger como “um subcampo ou ramo culto da enfermagem que focaliza o estudo comparativo e a análise de culturas, no que diz respeito à enfermagem e às práticas de cuidado, à saúde-doença, crenças e valores”^(10:15), assim, almeja-se a oferta de serviços de cuidado em enfermagem significativos e eficazes às pessoas atendidas e consideradas em seus valores culturais e contexto.

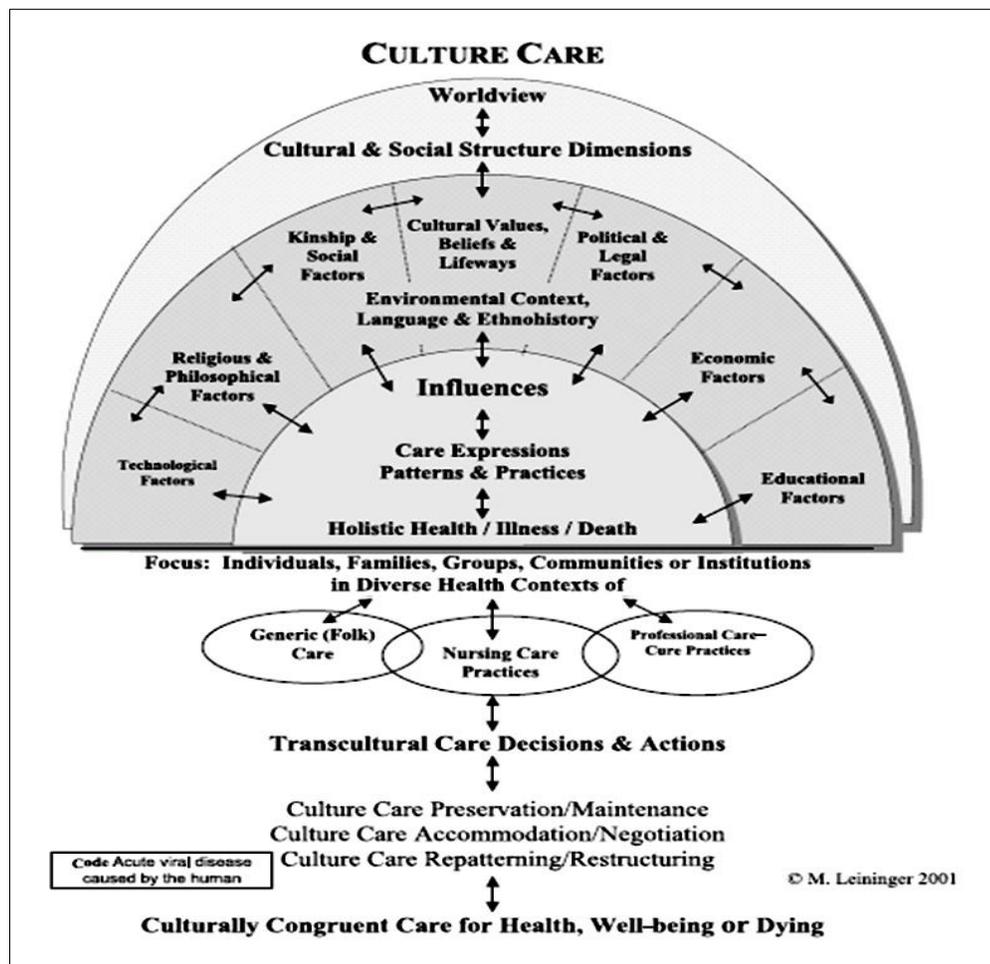
A concepção de *cultura* vista por Leininger parte de pressupostos sociais e não estanques que consideram os seres humanos seres culturais e capazes de sobreviver ao passar do tempo por meio de sua capacidade de prestar cuidados aos outros em todas as idades, em vários ambientes e de muitas maneiras. Considera como cultura “os valores, crenças, normas e práticas de vida de um determinado grupo, aprendidos, partilhados e transmitidos, que orientam o pensamento, as decisões e as ações de maneiras padronizadas”^(11:156).

Leininger favorece a proposta do cuidado holístico e a intenção de conhecer e respeitar as práticas culturais para que as ações em enfermagem alcancem o resultado almejado⁽¹¹⁻¹⁴⁾,

suscitando valiosa contribuição ao trazer reflexões e delinear orientações para a prática dos profissionais dessa área⁽¹⁵⁾.

Entre os anos 1985 e 1991, tais conceitos e pressupostos foram aprimorados na teoria que nomeou como “Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado” (TDUCC), e que dão suporte à prática de enfermeiros indígenas ao descrever os componentes da teoria em quatro níveis: o primeiro mais abstrato e o último menos abstrato, sendo que os níveis de um a três oferecem a base necessária de conhecimentos para o planejamento e a execução de cuidado cultural coerente. Tal teoria pode, ainda, ser representada pelo modelo do “sol nascente” ou *Sunrise* (Figura 1), um mapa cognitivo para auxiliar pesquisadores e profissionais assistenciais a conduzirem suas pesquisas e práticas⁽¹²⁾.

Figura 1 – Modelo conceitual e teórico do “sol nascente” (SUNRISE) para a Universalidade e Diversidade do Cuidado Transcultural (TDUCC).



Fonte: Reproduzido de M. Leininger, 2001⁽¹²⁾. Todos os direitos reservados.

Embora os quatro conceitos principais desta teoria, organizados em torno de *Seres humanos, Saúde, Sociedade/ambiente e Enfermagem*, a TDUCC ofereceu outras definições para conceitos como cultura, valor cultural, diversidade e universalidade cultural de cuidado, cuidado cultural, visão de mundo, estrutura social, contexto ambiental, sistema popular de saúde, sistema profissional de saúde, cuidar/cuidado, preservação, acomodação e repadronização cultural do cuidado. Com isso, Leininger considera que as definições conceituais são orientações provisórias que podem ser alteradas, à medida que a cultura é estudada^(11:156).

A série de conceitos e definições propostos por esta teoria^(11, 14) será mais bem explorada junto aos resultados desta pesquisa e constituem orientações provisórias que podem ser alteradas à medida que a cultura é estudada, o que torna tal aporte teórico flexível às discussões possibilitando, conseqüentemente, a ampliação da produção do conhecimento no âmbito da etnografia.

Com a finalidade de dar visibilidade às “práticas das enfermeiras Guarani e Kaiowá”, a presente etnografia buscou desvendar quais são e como se definem tais práticas a partir de questionamentos que visam compreender a maneira pela qual se articulam e organizam os saberes tradicional e científico. Como são, afinal, definidos os interlocutores e agentes políticos nas práticas de enfermagem indígena? Qual linguagem e estratégias praticam? Quais as competências culturais e como as desenvolvem? Sobre que bases orientam as suas ações?

Em meio a tais questionamentos e reflexões não se pretende esgotar a complexidade das práticas interculturais sobre este tema, de modo que se propõe a aproximação inicial à análise da dimensão das práticas de profissionais enfermeiros indígenas do sul do Estado do Mato Grosso do Sul, majoritariamente mulheres.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de recorte temático de pesquisa de Doutorado baseada em estudo etnográfico, que permitiu a descrição densa do cotidiano de enfermeiras indígenas, com vistas à integração de informações dos diversos atores sociais de uma mesma microrrealidade concebida como palco de interações e conflitos⁽¹⁶⁾.

Obteve-se a aprovação das instâncias pertinentes como Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/1.083.360), Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/1.047.135) e Fundação Nacional do Índio (FUNAI/082/AAEP/PRES/2015), além do contato prévio com os sujeitos da

pesquisa, apresentação da proposta de pesquisa, seguidos do aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisa foi realizada entre maio a dezembro de 2015, em terras indígenas (TI) no sul do Estado de Mato Grosso do Sul, observando somente os cenários de atuação das enfermeiras indígenas Guarani e Kaiowá, a saber, Polos Base de Saúde Indígena (PBSI) nos municípios de Dourados e Caarapó/MS com suas diferentes Estratégia da Saúde da Família Indígena (ESFI) inseridas, por sua vez, nas TI do Panambizinho e aldeias Bororó da Reserva indígena de Dourados (RID).

Integraram a pesquisa três enfermeiras lotadas no PBSI e ESFI, além de pessoas indígenas que interagiram com suas práticas, cinco Técnicas(os) de Enfermagem Indígena (TEI), oito Agentes Indígenas de Saúde (AIS) lotados nas ESFI e doze pessoas da comunidade indígena residentes nas TI e RID em questão.

Duas das enfermeiras residem em aldeias indígenas diferentes das quais trabalham e uma em área urbana próxima ao seu ambiente de trabalho. Os demais sujeitos residem na área onde trabalham. As observações ocorreram nos cenários de atuação destes profissionais (postos de saúde, CASAI, quintais das casas, casas de rezas, estradas, escolas, espaços sociais de convivência indígena).

Os procedimentos de campo envolveram a) observação participante das práticas das enfermeiras e sua relação com a comunidade e equipe de trabalho, nas quais a imersão no contexto permite vivenciar as relações humanas; b) entrevistas não estruturadas, agendadas, gravadas e transcritas com as enfermeiras indígenas, TEI e AIS, e c) observação não participante em reuniões de equipe e controle social, quando apenas se observava e anotava dados relevantes ao estudo sem intervenções nessas ocasiões.

No acompanhamento do trabalho das enfermeiras foi possível interagir com as pessoas durante o atendimento e processo de trabalho, quando alguns(mas) foram selecionados(as) e convidados(as) a participar da pesquisa por meio de entrevistas. A identidade dos interlocutores foi preservada por meio da utilização de códigos numéricos aleatórios.

Os dados obtidos foram registrados em diário de campo, compilados e analisados conforme o modelo da etnoenfermagem proposto por Madeleine Leininger⁽¹³⁾ e compreendendo: 1) relação dos dados coletados, descritos e documentados; 2) identificação e classificação dos

descritores componentes; 3) análise do padrão contextual e temas principais, inferências e formulações teóricas e 4) validação dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A etnografia das enfermeiras Guarani e Kaiowá se apresenta a partir da maneira como transcorrem suas práticas, mencionando seus interlocutores, a cultura dos indígenas cuidados por elas e a forma de cuidar que gera o cuidado êmico. No segundo momento é discutido a articulação entre práticas de cuidado, resultado do compartilhar entre o cuidado êmico (particular de cada cultura) e o cuidado ético (profissional). No terceiro momento realiza-se breve descrição (considerações) do planejamento do cuidado culturalmente adequado (congruente).

Durante o período de observação da atuação das enfermeiras indígenas, no contexto da atenção básica de saúde, foi possível identificar que suas práticas possuem certa abrangência, ou seja, não se restringem apenas à prática do cuidar e da assistência, englobando também o ensino, a educação em saúde, a coordenação, a gestão sociopolítica e cultural, além da investigação, pesquisa e produção de conhecimento.

Pode-se afirmar, mais especificamente, que as enfermeiras da ESFI acompanham alunos em atividades de ensino da Graduação e Pós-Graduação multiprofissional, planejam e executam ações de educação em saúde junto à comunidade, coordenam a equipe de enfermagem, AIS etc. Colaboram e intermediam, assim, a gestão sociopolítica e cultural entre os trabalhadores da saúde e a comunidade, bem como atuam no controle social. Dessa maneira se produz conhecimento como a organização de dados que projetam resultados do trabalho da saúde indígena, o que resulta em publicações em periódicos científicos e capítulos de livros.

- **As práticas assistenciais das enfermeiras indígenas e as relações com seus interlocutores**

As práticas assistenciais das enfermeiras indígenas se diferenciam entre as “consultas” e os “atendimentos”. As primeiras ocorrem no consultório do Posto de Saúde e, por isso, demandam certo tempo devido ao percurso metodológico que possuem; enquanto que os “atendimentos” são em geral pontuais e com objetivos pré-estabelecidos passíveis de resoluções ou não, notificações etc., sendo realizados nos *tekoha* (no quintal das casas ou sob a sombra das árvores em rodas de *tererés*, raramente no interior das casas, à beira de estradas, dentro de escolas e igrejas etc.) e estando sujeitos a diversos fatores desfavoráveis.

Assim, condições climáticas desfavoráveis, obstáculos no acesso ao local e alta demanda de atendimentos dificultam o trabalho do enfermeiro que se desloca até o *tekoha* e que, por vezes, necessita recorrer à criatividade e improvisações para concretização dos atendimentos; à exemplo de ocasiões em que é necessário forrar com plástico ou tecido o chão de terra para deitar a gestante e examiná-la em meio a ventos fortes, frio, chuvas ou sol quente.

A metodologia das consultas prevê o Processo de Enfermagem (PE), cujas etapas são percorridas em sua maioria por avaliação, diagnóstico, planejamento, intervenções e resultados esperados, tal conjunto aplicado em geral de forma lógica e dinâmica nos diferentes ciclos de vida por parte das enfermeiras indígenas.

Constatou-se que as profissionais iniciavam a primeira etapa do PE (avaliação) a partir dos relatos das subjetividades do processo saúde e doença no contexto cultural, atentando para os gestos, expressões de olhar, além das palavras. Em busca de certa objetividade, o exame físico era realizado individualmente, contemplando o coletivo na medida em que dados relevantes da pessoa, eram identificados e relacionados durante a leitura e análise dos resultados de exames.

Na segunda e terceira etapas do PE (diagnóstico e planejamento) pode-se dizer que, de forma lógica e dinâmica, procedia-se diante dos problemas com o raciocínio clínico, ou seja, pensava-se nos problemas de saúde definindo-os e relacionando-os em uma ação mental que propunha intervenções de enfermagem (condutas e orientações) e resultados esperados verbalizados ao paciente, relacionados tanto ao raciocínio crítico e em alguns casos, ao cuidado cultural.

Em meio às etapas do PE, vários instrumentos eram utilizados para o registro das informações de saúde, tais como prontuário, cartão da gestante etc., de modo que se esperava que os dados apresentassem certo padrão nos registros. No entanto, na maioria das vezes, os prontuários e registros se restringiam à avaliação e conduta, não comprovando o percurso metodológico advindo das consultas especificamente.

A dimensão das práticas desenvolvidas pelas enfermeiras indígenas mostrou-se interligada ao trabalho multiprofissional e intercultural. No enfrentamento das diversidades e dificuldades, em busca de uma prática segura, muitas vezes recorreram ao médico da equipe à procura de apoio nas decisões imediatas, cujas dúvidas foram de cunho técnico-científico; em relação às condutas específicas da enfermagem, recorreram às enfermeiras mais velhas.

Notou-se também que estas profissionais trabalham sempre interligadas, sendo atitude comum no transcorrer da consulta a ligação telefônica de uma para outra para indagar sobre questões que envolviam gestão das práticas, como a solicitação ou o empréstimo de materiais, agenda de exames, transporte etc.

Em meio às relações multiprofissionais estiveram presentes profissionais de saúde indígenas e não indígenas. Nas práticas assistenciais e nas de educação em saúde ocorreram ações compartilhadas. As consultas, por sua vez, eram elaboradas em pares – enfermeira e odontólogo enfermeira e nutricionista –, enquanto que os atendimentos, em sua maioria, as enfermeiras eram acompanhadas pelo TE ou AIS.

Nas ações de educação em saúde junto à comunidade (saúde da mulher, da criança, dos jovens etc.), que envolvem maior número de profissionais, ocorre o revezamento entre o Posto de Saúde, para atender a demanda livre, e as ações compartilhadas junto à comunidade, em período determinado; por vezes tal divisão promoveu a integração da comunicação entre as práticas de saúde o que, sob o olhar de pessoas da comunidade atendidas pelos profissionais, trouxe melhor compreensão e segurança auxiliando na validação das práticas.

Do mesmo modo, basicamente em todas as aldeias do campo os Guarani e Kaiowá apresentavam características socioculturais de envolvimento na busca pela atenção à saúde, estando presentes para atendimentos e consultas ora em duplas ou em grupos. Nas consultas, raramente a enfermeira atendia apenas uma pessoa, o que era natural, pois um nome pode identificar a mãe com todos seus filhos ou a mulher gestante com a sogra e os filhos, ou mesmo a mulher com a irmã, o que é característica do atendimento nesta cultura.

Como os homens estão ocupados com os afazeres na roça na aldeia ou fora dela, os cuidados com a casa e os filhos são atribuídos à mulher, que conta com o auxílio da mãe ou da sogra. Na eminência de alguma enfermidade ou necessidade de cuidados com a saúde de um membro da família todos se dirigem ao posto de saúde (mãe, filhos e demais da parentela que moram na mesma casa). Nestas consultas (com a enfermeira) observou-se que, ao mesmo tempo em que a mãe estava sendo entrevistada, as crianças brincavam embaixo da mesa e mesmo que se mostrassem assintomáticas eram examinadas pela enfermeira, que procedia com o registro em prontuário, checagens de vacina atrasada, peso, etc.

A saúde dos homens raramente é indagada para os demais membros da parentela, o que prejudica muitas vezes o tratamento de enfermidades quando nem em visitas domiciliares estes são localizados.

Ainda, houve casos de consultas em que a mulher indígena, acompanhada da sogra ou dos filhos, ao ser indagada se estava tudo bem afirmava que sim e que procurou o serviço “porque o AIS a mandou lá”. Assim, verificou-se que as relações no cuidado cultural são marcadas pela relação de poder neste modelo de atenção que deveria ser “diferenciado”, com diálogos onde a autonomia do outro fosse garantida conforme apregoa a política de saúde vigente, e não por meio da subordinação.

- **Cultura, ética profissional e confronto cultural**

Há diversas concepções acerca da temática cultura, as quais podem se complementar e ampliar. Dentre elas a que define *cultura* como teias de significados que o próprio homem teceu não de modo experimental, mas sim à semelhança do que se dá com a ciência, ou seja, a partir de um viés interpretativo em busca de significados⁽¹⁷⁾.

Assim, as ações e interações sociais concretas e temporais – que sustentam formas sociais vigentes, instituições e seus modelos operativos – são significadas pelos atores sociais por meio de elementos como valores, normas e práticas que conformam um sistema de símbolos, uma cultura que se evidencia como instrumental para profissionais da saúde⁽¹⁸⁾. Verifica-se, pois, que “o estudo interpretativo da cultura representa um esforço para aceitar a diversidade entre as várias maneiras que seres humanos têm de construir suas vidas no processo de vivê-las”^(19:22).

Desse modo, ao visualizar os aspectos culturais como uma teia, um emaranhado, uma rede de fios, verifica-se que para prestar cuidados condizentes com as necessidades de cada pessoa ou comunidade deve-se olhar primeiramente à realidade sociocultural em que estão inseridas, visto que “não existe cultura de uma pessoa só [, pois] a pessoa apresenta hábitos, crenças e valores segundo o seu pertencimento a um grupo que pode ser sua família ou comunidade”^(15:856).

O conceito de cultura no meio externo à sociedade indígena é, muitas vezes, de acusação no sentido ético, tendo em vista os julgamentos, preconceitos e generalizações que atribuem a violência contra a mulher, o abuso sexual de crianças ou mesmo as fugas em hospitalizações entre os indígenas, para citar alguns exemplos, como se fossem algo “cultural” desses povos.

De outro modo, a vida dos Guarani e Kaiowá é marcada pelo tempo. Inicia-se pelo resguardar-se, no sentido do guardar com cuidado, de agir com cautela durante, por exemplo, o período de passagem (primeira menarca da menina), a gestação e o pós-parto, no caso das mulheres. Nestes momentos, o “resguardo” envolve o tempo sem brincar para a menina, o tempo sem fazer casa para o marido, o tempo sem tomar banho para a mulher com a justificativa na crença de que assim se mantém distância dos espíritos, evitando encontros que possam redundar em relações que, ao final, culminem em doenças graves e risco de morte. Nas relações sociais há, também, a necessidade de se ter o tempo para conhecer o outro e construir vínculos de confiança, para evitar fofocas e traições.

Os indígenas Guarani e Kaiowá possuem sua própria história, na qual têm reelaborado sua identidade no percurso do tempo, condicionados à realidade sociocultural em que estão inseridos. Desta forma, as práticas das enfermeiras indígenas partem do princípio da necessidade de conhecer a cultura da pessoa, a sua parentela e a comunidade na qual se insere, sistematizadas de acordo com o Quadro 1.

Deste modo, para fundamentar suas práticas, é importante considerar que as indígenas se constituíram enfermeiras, assim como vêm se constituindo na sua cultura por meio das relações interétnicas, interculturais, interprofissionais e interinstitucionalizadas. Nos ambientes de trabalho e social, político e cultural, convivem com os conhecimentos e o modo de vida da comunidade indígena e dos profissionais indígenas e não indígenas, além de vivenciarem as políticas impostas pelas instituições do sistema oficial de saúde (Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde Indígena – SESAI, DSEI/MS, PBSI etc.), as quais influenciam de certo modo suas práticas e levam-nas ao movimento de imprimir novo significado à ética de enfermagem, podendo provocar conflitos culturais.

Quadro 1 – Síntese dos conhecimentos e modo de vida dos povos Guarani e Kaiowá representados pelo *ciclo de vida*, segundo a cosmologia local. Elaborado pela autora, 2016. Fonte: Falas dos interlocutores da pesquisa e bibliografia especializada.

ETAPA DO CICLO DE VIDA	CONHECIMENTOS E MODOS DE VIDA EM CADA ETAPA DO CICLO
------------------------	--

<p>NASCIMENTO <i>Kyryĩngue</i></p>	<p>No procedimento tradicional o corte do cordão umbilical é realizado com lâmina de taquara especialmente preparada para esta ocasião. Não se usa objeto de metal, considerado prejudicial à cicatrização do corte.</p> <p>No cuidado curativo com o umbigo realiza-se o tratamento com pó da taquara ou undef. Os pais ficam em resguardo durante sete dias, observando várias interdições.</p> <p>Os primeiros banhos do recém-nascido são mornos, com infusão de casca de aroeira ou cedro para um crescimento forte e com boas disposições para a sociabilidade.</p> <p>A criança terá a marca do Kaiowá (achatamento da lombar) feita pela mãe por meio de massagem. Será marcada pelo batismo (<i>itupã réra</i> – nome divino da alma), onde receberá o nome próprio pelo qual será protegida, respeitada e conhecida por diversos <i>jara</i>, espíritos que se manifestam a todo o momento. Acredita-se que enquanto o batismo não acontecer o espírito mal (<i>kaáguy jara, mba'e tiro</i>), que usa o corpo de animais para se aproximar da criança, pode deixá-la viver doente e até mesmo privá-la de conhecer a verdadeira sabedoria indígena. Estes procedimentos são em grande medida indistintos para ambos os sexos.</p>
<p>INFÂNCIA</p>	<p>Na medida em que a criança vai crescendo, é comum observar crianças mais velhas cuidando e orientando a irmã ou irmão mais novo, pois os pais lhe dão a atribuição no sentido de aprender a cuidar, para que quando crescer saibam fazê-lo. O mau comportamento, porém, apenas é corrigido pelos pais, usando uma planta chamada <i>ñandyta'y</i>. Por orientações de viver bem as crianças são educadas e observadas por todos dentro da família, sejam pais, avós ou tios.</p> <p>Da mesma forma, que os pais ensinam as crianças a cuidar, ensinam-lhes a aprender a trabalhar e tomar gosto pelo trabalho (alcançar a condição de <i>guapo</i>, entendido como a pessoa que é capaz de se envolver em atividades de interesse coletivo), delegando pequenas ações como levar e trazer objetos, recados, preparar o tereré e o chimarrão. As crianças recebem de forma proativa estímulos tanto da família como da escola para serem criativos, o que expressa nos meninos por meio da dança e do canto. Nesse ciclo de vida começa a aparecer a distinção de gênero por meio de procedimentos e ensinamentos diferentes para meninas e meninos.</p>
<p>ADOLESCÊNCIA <i>Karia'y ha mitã kuña</i></p>	<p>É marcada como o tempo de responsabilidades.</p> <p>No caso das meninas se inicia na menarca (primeiro e segundo ciclo da menstruação) com o resguardo para receber ensinamento e corte de cabelo. O corte de cabelo para a menina (moça) simboliza a aquisição da timidez e da vergonha em respeitar e aceitar que ainda está em desenvolvimento, que ainda não é uma mulher feita, embora o seu corpo esteja em estado acelerado de transformação. Durante esse período passa por ensinamentos e aconselhamentos dos pais a fim de se preparar para vida adulta, o casamento e a maternidade. Também se submete a sérias interdições alimentares e períodos de reclusão, sendo tratada com banhos de ervas e ingestão de certos remédios.</p> <p>Já para os meninos o ritual de iniciação é marcado pelo furo do lábio, seguido do canto e da reza sob a observação dos mais velhos. É natural que o menino prepare logo a própria casa e também a sua roça, tendo diversos instrumentos complementares para adquirir a sua sustentabilidade. O menino deve demonstrar que será capaz de sustentar uma família.</p>

(continua)

(continuação)

<p>CASAMENTO PREPARAÇÃO <i>Ñepyrumby</i></p>	<p>Engloba um conjunto de regras que devem ser observadas pelo casal e que envolvem conhecimentos, comportamentos e formas de respeito mútuo. Este controle social é dirigido pelos mais velhos, que podem fazer intervenções mais direcionadas quando necessário. Tais cuidados estão orientados para a preparação que visa à gravidez e o cuidar dos filhos para que a criança nasça e cresça “normal” tanto material como imaterialmente. A escolha do sexo da criança se faz com o uso de plantas chamadas <i>mitã kuñaja</i> e <i>mitã kuimba’eja</i>, para ter filho ou filha. Da preparação também faz parte o cuidado com o cardápio, que restringe o consumo de alguns itens como carnes e sal.</p>
ESPECIFICIDADES RELACIONADAS ÀS MULHERES INDÍGENAS GUARANI E KAIOWÁ	
<p>GESTAÇÃO <i>Hy’eguasu</i></p>	<p>Ciclo marcado pela rigidez nos critérios culturais, comportamentos e resguardo (restrição de atividades, alimentação e remédios). A escolha dos alimentos difere entre uma mulher e outra, pois depende da aceitação do corpo, enquanto que alguns derivados de carne bovina, frango, peixes e partes de animais são proibidos. No passado era costume o acompanhamento constante de uma parteira, ocupação rara nas aldeias nos dias de hoje, pois foi substituído pelo acompanhamento das enfermeiras indígenas e dos médicos na realização do pré-natal. O acompanhamento da mãe, sogra, avó e do rezador <i>omba’e kuaava</i>, no entanto, é utilizado como medida de autoatenção.</p>
<p>AMAMENTAÇÃO <i>Okambu</i></p>	<p>O ato de amamentar é atribuído como meio contraceptivo e ato de amor à criança, devendo ser iniciado desmame apenas se a criança estiver em plena normalidade do processo de crescimento e desenvolvimento. Para estes povos, o desmame precoce simboliza amor insuficiente da mãe para com a criança, trazendo riscos para a mãe engravidar novamente além de não colaborar para o desenvolvimento saudável da criança. O desmame tardio, por sua vez, causa dependência emocional entre criança e mãe, o que torna a criança rebelde e difícil para educar na família. O zelo pela normalidade no crescimento e desenvolvimento da criança é extremado e por isso são cuidadosos com a alimentação e o comportamento de toda a família neste período, havendo animais que a criança, o pai e a mãe não podem comer e nem mesmo tocar.</p>
<p>PÓS-PARTO</p>	<p>Período em que se toma <i>karaguara</i> para limpeza do útero e banho de <i>maipirol</i> (árvore espinhenta), além de pinturas no rosto com urucum para que o dono do arco-íris, da mata, da erva e do tereré não prejudique as crianças. Se houver quebra deste rito, quando a criança tiver de 5 a 7 anos de idade começa a desmaiar. Neste período toma-se remédio para não ter filhos (anticoncepcional permanente) ou, quando se quer engravidar, escolhe pelas ervas que determinam o sexo da criança.</p>
A FIGURA DO HOMEM INDÍGENA APÓS O NASCIMENTO DE UMA CRIANÇA	
<p>HOMEM</p>	<p>Mantém a casa fechada e impede a entrada de qualquer pessoa, utiliza madeiras para fazer as comidas. Após o período do resguardo da esposa, o marido trabalha sete dias para não “comprar preguiça”.</p>
OS IDOSOS INDÍGENAS E O SEU PAPEL NAS DIFERENTES ETAPAS DO CICLO DA VIDA	
<p>IDOSO Envelhecimento</p>	<p>Os avós oferecem apoio durante o resguardo ao casal, além de zelarem durante a gestação, parto e pós-parto. Preparam a queima da taquara ou undeí, coletam as ervas e preparam os banhos. Se há conflito entre o casal quanto ao sexo da criança, a avó faz o chá para a filha ou nora tomar de acordo com o sexo escolhido. Também aconselham e orientam os jovens casais, em especial no círculo dos parentes.</p>

As práticas das enfermeiras indígenas na ESFI estiveram centradas nos programas de saúde prescritos pelo Ministério da Saúde – (planejamento familiar, pré-natal, IST/AIDS, diarreia, tuberculose, agravos etc.). Há certa crítica aos programas, por parte do movimento indígena, devido ao seu formato prescritivo que não permite movimentação e dificulta a articulação dos conhecimentos indígenas aos profissionais.

As ações dos programas de saúde indígena são interligadas ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de interesse epidemiológico, e os dados resultantes das práticas dos profissionais da Equipe Multiprofissional da Saúde Indígena (EMSI) alimentam este sistema.

Por meio dos dados epidemiológicos, o DSEI/MS junto aos PBSI estabelecem metas para atenção à saúde indígena local. As enfermeiras e os demais profissionais da EMSI sofrem certa pressão para o alcance de metas em suas práticas, engendrados pelo sistema oficial de saúde indígena. A prática, quando se coloca “a serviço das concepções hegemônicas da medicina legitimada”^(20:234), passa a ser alienadora e muitas vezes desagregadora de valores éticos e motivacionais para os profissionais, o que implica no desrespeito e desvalorização da cultura indígena subordinada, portanto, ao sistema oficial de saúde.

Na narrativa de uma enfermeira indígena, atingir metas de adesão envolve valores éticos nas práticas de saúde indígena, ou seja, não se concebe a ideia de estar sempre em busca dos pacientes “faltosos ou resistentes”, pois se deve conhecer o motivo da não adesão, que na sua concepção envolve além da concepção de saúde e doença, a confiabilidade na profissional e a formação do vínculo entre profissional e paciente:

(...) Você pode até atingir a meta [...] Mas, para funcionar assim, pra elas [as pacientes mulheres] virem assim quando eu chamar, elas têm que decidir confiar em mim. Sabe, elas passam [a maneira como são tratadas] uma pra outra: ‘Vai lá com a enfermeira pra te ajudar’ (...) (Enf. 12).

Partindo de princípios éticos e respeito mútuo o ser cuidado deve ter autonomia, liberdade e poder para a tomada de decisão⁽¹²⁾ sobre sua própria saúde. Na relação entre profissionais e pacientes se evidenciam, assim, possibilidades de construção de novos conhecimentos quando se compartilham conhecimentos indígenas e profissional, o que facilita a comunicação e a interação ética e respeitosa entre os envolvidos.

Alguns indígenas não possuem o hábito de ir ao Posto de Saúde, sendo denominados “resistentes” por possuírem concepções de saúde e doença divergentes dos profissionais, preferindo o autocuidado e a autoatenção à saúde baseados nos conhecimentos indígenas como as rezas, o uso de ervas etc., além da automedicação. Muitas vezes, não reconhecem o trabalho da enfermagem, não reagem bem às visitas dos profissionais em suas moradias, pois possuem uma forma de viver mais próxima da cultura indígena tradicional. Esta situação pode ser identificada na fala de uma das enfermeiras:

(...) quando chego numa casa e encontro uma criança suja, doente, no chão, né?, com tosse e a mãe diz: ‘Está tudo bem’, e sei que não está, pois [a criança] está respirando mal, tem sibilos à ausculta; mas sei que a mãe não levou no postinho, porque tem medo de internar (...) (Enf. 12).

A resistência à hospitalização, no caso das mulheres com seus filhos, está relacionada a diversos fatores socioculturais, um dos quais diz respeito a experiências pregressas e concepção divergente de saúde e doença, além do medo de sofrer represálias por parte do marido ou de outros parentes mais conservadores com relação às tradições de seu povo. Já os “faltosos” são tidos pelas enfermeiras como aquelas pessoas indígenas que, depois de certa insistência do AIS, retornam em algum momento ao Posto de Saúde.

As políticas sociais, como a entrega de cestas básicas e o cadastro no Programa Bolsa Família, se tornaram condicionadas às políticas de saúde, advindo disso a procura pelas consultas e adesão aos programas como pré-natal, amamentação, nutrição do lactente, imunização, muitas vezes simplesmente em decorrência dos benefícios sociais.

Ainda em relação aos “faltosos”, devem ser destacadas as questões pertinentes ao contexto cultural, como o cadastro tardio das gestantes que, em sua maioria, concebem a gravidez como algo natural, mantêm o autocuidado cultural com banhos ou chás de ervas resolvendo suas dúvidas com a mãe ou a sogra. Nota-se que algumas enfermeiras indígenas têm dificuldade em articular as práticas de autoatenção de cuidados realizadas pela comunidade às suas práticas científicas, pois expressam que “(...) a medicina é exata, [enquanto que] o conhecimento indígena é muito empírico (...)” (Enf. 13).

Esta concepção ou julgamento pode estar relacionada às influências da formação acadêmica imposta pela ética profissional, visto que para as enfermeiras indígenas Guarani e

Kaiowá as práticas devem ser seguras não só para o ser que recebe o cuidado, mas para o profissional que o oferece. As narrativas concebem, assim, o princípio da pesquisa clínica experimental, na qual o produto ou o fenômeno deve ser submetido a testes e validação para que seja valorizado e agregado às práticas como patrimônio cultural científico.

Destacam-se dois casos nesse sentido, observados durante o campo e que envolvem condutas com agentes cicatrizantes. O primeiro caso diz respeito a um indígena recém-nascido (RN) que, ao receber alta hospitalar junto à mãe, vieram com prescrição para higienização e antisepsia com uso de álcool a 70% no coto umbilical. A enfermeira indígena da ESFI reforçou tal conduta. Porém, quando a mãe chegou a sua casa o marido iniciou os cuidados com a aplicação de pó de taquara, no terceiro dia havendo queda e umbigo seco.

O segundo caso é o de uma puérpera (mulher indígena em pós-operatório de cesariana) que procurou o posto de saúde com deiscência cirúrgica, sendo encaminhada pela enfermeira à (re)internação. O marido, contudo, recusou a conduta e a levou para casa, onde sua mãe tratou a ferida com emplasto e ingestão de chá de barbatimão, em cerca de mais ou menos doze dias finalizou o processo de cicatrização por segunda intenção.

Assim como esses agentes cicatrizantes utilizados largamente pelas comunidades Guarani e Kaiowá, existem outros pertencentes a seus saberes culturais, o que conforma o patrimônio cultural destes povos. Os enfermeiros estão, inclusive, amparados pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada pelo Ministério da Saúde, a incentivar a prática racional no uso de plantas, aumentando as opções terapêuticas aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) ao garantir acesso com segurança, eficácia e qualidade às plantas medicinais. Desta forma, tal atitude colaboraria para a integralidade da atenção à saúde, princípio que requer a interação das ações e serviços existentes no SUS⁽²¹⁾.

Frente ao uso de agentes cicatrizantes utilizados pelos indígenas, relatados anteriormente, sugere-se às enfermeiras indígenas o acompanhamento e avaliação direta em suas práticas com registros de resultados. Assim, alicerçada no conhecimento científico e no conhecimento indígena, a enfermeira pode, ou tem a possibilidade de, juntamente com o cliente, decidir sobre as ações que devem ser preservadas, negociadas ou repadronizadas na busca de cuidado significativo e satisfatório para ambos⁽¹⁵⁾.

Para simplificar e padronizar ações de intervenção à saúde dos indígenas, o Ministério da Saúde elaborou protocolos de atendimento voltados aos profissionais da EMSI (especialmente

aos enfermeiros) e interligados aos programas de saúde. Como exemplo temos as orientações sobre os procedimentos diante de sinais de parto, da prescrição de medicamentos, da solicitação de exames de rotina ou complementares, da realização de exames como o teste do pezinho, teste para HIV e sífilis etc.

Considerando, contudo, a organização fragmentária dos Programas de Saúde e protocolos relativos à saúde do ser humano indígena, cabe à enfermeira em sua prática agregar valores como o uso, por exemplo, do conhecimento da Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado (TDUCC), que a auxilia e direciona a pensar abordagens holísticas, respeitadas à cultura e aos valores culturais dos indígenas.

- **Planejamento do cuidado culturalmente congruente e desenvolvimento das competências culturais**

A proposta de Leininger^(12:156) norteia as práticas de enfermagem frente à dinâmica de atuação nas decisões e ações direcionadas à pessoa, família e coletividade, podendo ser sintetizada em três etapas que compreendem: 1) a **preservação** cultural de cuidado – Ações e decisões profissionais de auxílio, apoio e capacitação que ajudam os indígenas a preservar ou manter um estado de saúde, ou restabelecer-se de uma doença e enfrentar a morte; 2) a **acomodação** cultural do cuidado – negociação, Ações e decisões profissionais de auxílio, apoio ou de capacitação que ajudam os indígenas adaptar-se a um estado satisfatório ou benéfico de saúde, ou negociar para tal, ou a enfrentar a morte e 3) a **repadronização** cultural do cuidado - reestruturação, aquelas ações e decisões profissionais de auxílio, apoio ou capacitação que ajudam os indígenas a modificar suas formas de vida, na busca de padrões novos ou diferentes que sejam culturalmente significativos e satisfatórios ou que deem apoio a padrões de vida benéficos ou saudáveis. Para melhor compreensão da aplicação da proposta são relatadas a seguir situações presenciadas durante o trabalho de campo.

Ao longo do atendimento realizado em uma casa de reza na aldeia Panambizinho, foi possível observar a interação entre a enfermeira e as mães, em dois casos de fuga de mãe com a criança. Quanto questionada, uma das mães relatou que levou a criança no hospital e que “cutucaram com a agulha, furou muito, chorou muito e fiquei com dó, estavam judiando muito”, em referência ao uso de cateter periférico para acesso venoso, com várias tentativas. No segundo caso, a mãe atribuiu a fuga do hospital às aulas que teria na faculdade e as quais não poderia faltar,

porém, conversando um pouco mais, relatou que uma criança que estava na cama ao lado de sua filha morreu e que “mataram a criança quando colocaram um cano no nariz [dela]”.

Em ambos os casos a enfermeira ouviu as mães, fez perguntas para esclarecer o problema e compreendeu os motivos. Em geral, a enfermeira indígena conhece sua comunidade, sabe quem é parte de qual família, quem está no hospital internado ou até mesmo em qual Casa de Saúde indígena (CASAI) se encontra determinada pessoa, o que não foi diferente nestes casos. A enfermeira conhecia a história clínica da criança que veio a óbito, assim como as dificuldades da equipe hospitalar, e conversou com as mães para priorizassem a internação do filho, pois o médico emitiria atestado para ela faltar na aula e cuidar da criança. Explicou, ainda, que a outra criança que veio a óbito demorou muito para ser trazida ao hospital, havendo agravamento do caso, por isso colocaram o “ar pelo caninho” (cateter de oxigênio) para que a criança pudesse respirar.

Nos dois casos as mães voltaram com as crianças para o hospital e as acompanharam até a alta hospitalar. Embora o desfecho tenha sido positivo, sabe-se que nem sempre ocorre dessa forma, por isso entendemos que os processos de preservação, negociação e repadronização seguem uma constância nas práticas do cuidar e da educação em saúde, envolvendo enfermeiro indígena, sua comunidade interna (aldeia) e externa (hospital indígena). O processo do cuidar está, portanto, “além de procedimentos técnicos, [pois envolve] a compreensão do modo de viver do outro, fornece ao ser cuidado subsídios que favorecem a reflexão e a autonomia para a tomada de decisão”^(15:7).

A articulação e a ressignificação do cuidar são representadas na narrativa a seguir, na qual a enfermeira reflete sobre um atendimento realizado anteriormente em sua prática assistencial e que envolveu uma menina indígena de 13 anos acompanhada de sua mãe, que informou a enfermeira que “queria tomar o *Ciclo 21*”. Na ocasião, a profissional indagou sobre a data da última menstruação (DUM) e a menina informou certa data, ao que a enfermeira prescreveu o anticoncepcional. Hoje, porém, a profissional prefere não acreditar seguir o protocolo e prescrever o teste de gravidez anteriormente à administração do anticoncepcional:

[...] eu não somente tenho que saber o meu protocolo, o meu serviço, do Ministério da Saúde, [como] eu tenho que entender a elas primeiro, [o] jeito delas [as meninas indígenas]... Na verdade, ela queria me dizer assim: ‘Eu quero tomar injeção, não quero engravidar, não quero ter filhos’, era isso que ela queria me passar. Só que daí a pouco ela não queria que ninguém soubesse, aí só perguntei, né, teoricamente: ‘Que dia que é sua DUM?’.

Ela, como a maioria, não tem estudo, perdida no tempo: ‘Assim, ahhh..., acho que deve ser o mês passado, tal dia’. Aí eu: ‘Esse mês veio?’, [e ela:] ‘Veio a semana passada’. Mas eu não sabia quem era a pessoa, e ela estava mentindo para mim. Acreditei e ela estava gestante. (Enf. 12).

Nota-se que, neste caso, há uma representação da injeção anticoncepcional no sentido amplo e equivocado de prevenção de gravidez, e que pode ser intencional ou não. Para a enfermeira indígena, o desenvolvimento da habilidade em interpretar os signos e símbolos passa a ser uma competência cultural agregada às práticas.

As enfermeiras vão se moldando às práticas e, assim, em determinada ocasião relataram que eram mais expansivas na faculdade, mas que quando chegaram à comunidade as mulheres falaram sobre o comportamento e entenderam que deveriam mudar sua postura para ser mais “serenas”, aprender a ouvir e saber falar, quesitos para viver bem culturalmente entre elas: “(...) as mulheres me ensinaram a ter restrição nas abordagens, do jeito que elas me tratavam” (Enf. 12), ou “(...) tô contando pra você porque estou pedindo ajuda. Não quero que minha mãe, não quero que escreve aí porque o Fulano vai ler” (Com. 2).

Esta narrativa é elaborada a partir de um segredo profissional, a mulher indígena em questão não quer ter filhos, contrariada pelas pressões da sogra e do marido compra o anticoncepcional na farmácia urbana e pede para a enfermeira o fazer, mas com a condição de não registrar no prontuário. A enfermeira, para garantir o sigilo ético, garante o direito da mulher e administra o anticoncepcional.

Após determinado tempo, com o acúmulo de experiências, além da proximidade com a comunidade, a enfermeira constrói nas relações sociais o vínculo de confiança no processo de repadronização do cuidado, advindo neste caso do processo de negociação que partiu da mulher indígena para com a enfermeira.

As enfermeiras indígenas desenvolvem, portanto, certo domínio no processo de comunicação em que prezam pela manutenção e desenvolvimento do bem viver com seus povos *Teko katu*, expressão que significa “preservar as regras culturais na busca de ser o mais perfeito dentro da cultura e assim distribuir o respeito”.

A maioria das enfermeiras Guarani e Kaiowá se comunica na língua materna, o guarani, além de necessitar desenvolver a língua de sinais para os casos de atendimentos de pessoa surda.

Desenvolveram, no entanto, habilidades para interpretar expressão facial, gestos, símbolos convencionados com as pessoas, os familiares e a comunidade em geral.

Em suas práticas desenvolvem competências culturais em torno da comunicação com seu povo, exercendo práticas da ausculta não só clínica como também sociocultural seguida de interpretação e conquista da pessoa indígena.

Frente à necessidade de entender melhor seus interlocutores, a enfermeira indígena em ações de educação em saúde usa a criatividade, estimula por meio de desenho grupo de mulheres gestantes a expressar as mudanças e modificações no corpo, oficina que possibilitou o compartilhamento das experiências e vivências distintas relacionadas à gestação em seus contextos. A perspectiva do cuidado cultural proposta por Leininger por meio da TDUCC favorece a troca de saberes e instiga os sujeitos a buscarem suas próprias soluções aos problemas de saúde⁽²²⁾.

Essas estratégias de comunicação por gestos e convenções de símbolos, em benefício das práticas assistenciais e de educação em saúde, se traduzem em uma das competências culturais, atributo fundamental ao empoderamento das enfermeiras indígenas.

Nas práticas de gestão se destacam e desenvolvem competências políticas de liderança e representação do seu povo, sendo as enfermeiras em sua maioria eleitas para ocupar cargos de coordenação no PBSI, além do empoderamento político frente aos demais membros das equipes nas reuniões mensais de fechamento do consolidado (dados epidemiológicos e estatísticos).

O planejamento das atividades de educação em saúde concretizadas pelas enfermeiras previa o desenvolvimento das ações para as mulheres de modo mais acessível, nos quintais das casas e nos salões de convívio social, Igrejas e casa de reza. Já para os(as) jovens, estas atividades ocorriam nas escolas ou nos campos de futebol da área aos finais de semana. Os homens adultos e os(as) idosos(as), de modo geral, raramente são contemplados nas ações de educação em saúde. Uma análise crítica pormenorizada sobre esses programas pode viabilizar o diagnóstico de suas falhas, adequações e seu aprimoramento, em consonância ao diálogo com a comunidade indígena e encontra-se ainda em aberto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os povos indígenas Guarani e Kaiowá, assim como os enfermeiros em meio às suas práticas, passam por um processo de ressignificação cultural, cujo desenvolvimento tem sido

contínuo e complexo e, entre acertos e percalços, tem se desenvolvido de forma heterogênea ao longo do tempo.

É fato que as práticas assistenciais e educativas exercidas pelos enfermeiros indígenas sofrem influência forte sob o ponto de vista biomédico e, conseqüentemente, do sistema de saúde oficial, o que limita a articulação dos conhecimentos tradicionais aos científicos e às práticas culturalmente congruentes.

As práticas culturalmente congruentes são aquelas resultantes da preservação, acomodações/decisões e repadronização cultural de cuidado (modelo Sunrise – Figura 1), as quais o cuidado é coerente com os membros da cultura e avaliado por eles.

Os fatores sociopolíticos e econômicos que afetam a comunidade indígena Guarani e Kaiowá (miséria, pobreza, desvalorização cultural, violência etc.) limitam, de certa forma, a realização do cuidar congruente às suas especificidades, especialmente afetam a repadronização cultural do cuidado inviabilizando a ação do enfermeiro que auxilia o indígena na busca de formas de saúde mais saudáveis de viver, nos contextos cujas necessidades de restauração à saúde são de resolutividade imediata.

Desta forma, o resgate à saúde dos indígenas passa a ter um caráter sociopolítico e de controle social. Neste aspecto, é perceptível certo movimento político onde as enfermeiras indígenas têm atuado em prol de suas comunidades, tanto na conscientização como reivindicando melhorias socioculturais que corroboram na validação de suas práticas.

A realidade das práticas das enfermeiras indígenas observadas, frente ao modelo atual de saúde indígena, reforça a tese da ruptura parcial dos modelos de formação fragmentado, pois em suas relações com os demais profissionais de saúde estabelecem ensaios interculturais e transdisciplinares. Para que esses ensaios aplicados na realidade às práticas das enfermeiras indígenas tenham similaridade e regularidade, sob um olhar ampliado e em longo prazo, são necessárias conscientização e mobilização política da sociedade em geral, de forma que os direitos sociais, políticos, econômicos e culturais lhes sejam garantidos e respeitados na identidade de cada indígena.

Esta pesquisa representa, assim, um chamado para a enfermagem indígena com a proposta de fomentar a reflexão a respeito da formação em enfermagem nos espaços da interculturalidade, de modo que haja compreensão da relevância de seus papéis sociopolítico e cultural, além do respeito aos conhecimentos indígenas, da valorização e estímulo à articulação

destes com as práticas de autoatenção. Há de se esperar mudanças para um movimento de ressignificação do conhecimento no contexto intercultural, do que advêm o não esgotamento deste tema neste estudo.

As enfermeiras indígenas passam por processos em suas práticas nos quais por vezes articulam o cuidar ao desenvolvimento de competências culturais, mas, por outro lado, apresentam confronto ético-cultural entre conhecimentos e atitudes relacionados a conhecimentos profissionais, tradicionais e institucionais. Assim, o desenvolvimento epistemológico das práticas das enfermeiras indígenas é influenciado pelo contexto, o que torna tais práticas ainda mais desafiadoras.

Este estudo reforçou a necessidade de conhecer e compreender o contexto cultural para a efetividade das práticas de forma contínua. De modo similar, reitera a importância da valorização da cultura dos indígenas nos cursos de formação acadêmica e técnica, assim como no contexto interétnico e entre os demais profissionais não indígenas. Eleva a responsabilidade, do ponto de vista ético-social, das enfermeiras indígenas em relação à sociedade em geral, com o compromisso de desmistificação de preconceitos em torno da cultura indígena.

Compreender os processos de confronto cultural, os quais as enfermeiras enfrentam, exige o envolvimento de todos. Recomenda-se a realização de pesquisas qualitativas capazes de esclarecer as práticas das enfermeiras não indígenas no contexto da saúde indígena, cujo trabalho seja desenvolvido com grupos étnicos Guarani e Kaiowá, de modo a subsidiar uma prática mais integradora e colaborativa na manutenção e preservação cultural.

Sugere-se, quanto ao uso de agentes cicatrizantes pela cultura indígena, que as enfermeiras indígenas realizem o acompanhamento e a avaliação direta em suas práticas, recorrendo a registros de resultados para definir localmente, em consonância com os princípios e diretrizes estabelecidos para a educação permanente em saúde no SUS, a formação e a educação permanente em plantas medicinais e fitoterapia oferecida amplamente aos profissionais da Saúde Indígena.

Medidas como essa tendem a estimular a produção de material didático, estágios e a introdução de disciplinas que tratem a temática junto aos cursos de Graduação e Pós-Graduação na área de saúde. Por outro lado, é necessário um realinhamento com políticas e resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), de modo que sejam tais medidas apoiadas e

estimuladas nas práticas da comunidade e articuladas às práticas de enfermagem no âmbito da segurança do exercício legal da profissão.

Recomenda-se, finalmente, que seja incentivada a criação de grupo de estudos entre os profissionais da equipe EMSI, indígenas e não indígenas, de modo a perceberem que, em meio à universalidade e diversidade cultural na qual estão inseridos, podem superar preconceitos agregando, assim, valores às semelhanças e dessemelhanças da natureza humana.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul (DSEI -MS). *Dados atualizados de janeiro a junho - 2014*. Brasília (DF): forthcoming; 2016.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Os indígenas no censo demográfico 2010* [cited 2016 Mar 13]. 2015. Available from: <http://indigenas.ibge.gov.br/pt/estudos-especiais-3/o-brasil-indigena/os-indigenas-no-censo-demografico-2010>.
3. Jesus DL, Wenceslau ME. *Os saberes tradicionais dos indígenas Kaiowá de Dourados-MS: transformações culturais através do tempo* [cited 2016 April 27]. *Ateliê geográfico* 2011 Mar ; 5(13):64-84. Available from: <http://www.revistas.ufg.br/ateliê/article/view/13825/8819>.
4. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) [homepage on the Internet]. 2010 [cited 2016 Mar 17]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1768.
5. Langdon EJ. *Salud y pueblos indígenas: los desafíos en el cambio de siglo*. In: Briceño-León R, Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, coordinators. *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2000:107-20.
6. Langdon EJ. *Medicina tradicional: reflexões antropológicas sobre atenção diferenciada*. In: Moacir Haverroth M, coordinator. *Etnobiologia e Saúde dos Povos Indígenas*. Rio de Janeiro /Florianópolis: NUPEEA - Núcleo de Publicações em Ecologia e Etnobotânica Aplicada/IBP – Instituto Nacional de Pesquisa: Brasil Plural; 2013:15-35.
7. Garnelo L, Santos GM. *A ciência contemporânea e o conhecimento indígena*. In: Grupo de Estudos Estratégicos Amazônicos (GEEA). *Cadernos de Debates*. Manaus: INPA, FDB, MCNT; 2009, tomo II.
8. Menéndez EL. *Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos* [cited 2016 Apr 28]. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016 Jan; 21(1):109-18. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015>.

9. Chinn PL, Kramer MK. *Integrated theory and knowledge development in nursing*. 3th. ed. Saint Louis: Elsevier/Mosby; 2011:35.
10. Leininger M. *Transcultural Nursing*. New York: Masson Publishing Inc.; 1979:15.
11. Leininger M. *Leininger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality nursing*. Science Quarterly. 1988; 1:152-60.
12. Leininger M. *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press; 2001.
13. Leininger M, Mcfarland MR. *Culture Care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. 2nd. ed. New York: Jones and Bartlett Publishers; 2006.
14. Leininger M. *Transcultural Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing* [cited 2016 April 28]. Nursing and Health Care. 1985; 6:209-12. Available from: <http://m.nsq.sagepub.com/content/1/4/152.short>.
15. Seima MD, Michel T, Méier MJ, Loewen Wall M, Lenardt MH. *A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985 – 2011*. Rev. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [cited 2016 May 05].. 2001 Oct.-Dec.; 15(4):851-7. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127721087027.pdf>.
16. Geertz C. *A Interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC; 2011.
17. Geertz C. *A Interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Koogan S.A; 1989. p. 13-41.
18. Langdon EJ, Wiik FB. *Rev. Antropologia. Saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde* [cited 2016 April 27]. Latino-Am.Enfermagem.2010 May-Jun;18(3):[09 telas]. Available from: www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23.pdf
19. Geertz C. *O saber local*. 13th ed. Rio de Janeiro: EditoraVozes; 2013. p. 22.
20. Minayo MCS. *Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais* [cited 2016 April 26]. Caderno de Saúde Pública. 1991; 25(3):233-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101991000300012.
21. Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS* [cited 2016 May 24]. 2015. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf.
22. Michel T, Seima MD, Lacerda MR, Bernardino E, Lenardt MH. *As práticas educativas em enfermagem fundamentadas na teoria de Leininger* [cited 2016 May 01]. Cogitare Enferm. 2010 Jan-Mar; 15(1):131-7. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17184>.

5 DISCUSSÃO GERAL

Considerando a apresentação desta pesquisa no formato alternativo composto por três manuscritos submetidos a periódicos científicos da área, a presente discussão organiza-se em três etapas com intuito de problematizar de maneira mais reflexiva e crítica os seguintes recortes: “Os enfermeiros e a estrutura social dos grupos étnicos a que pertencem”, “A trajetória dos enfermeiros indígenas: da formação ao trabalho” e “Práticas aplicadas à comunidade”.

5.1 Os enfermeiros e a estrutura social dos grupos étnicos a que pertencem

Fizeram parte desta investigação doze enfermeiros(as) indígenas, entre eles sete do sexo feminino e cinco do sexo masculino, um primeiro dado que se apresenta de maneira divergente ao contexto nacional da profissão, predominantemente exercida por mulheres, o que não se comprova na enfermagem indígena.

Os participantes pertencem aos grupos étnicos Guarani (dois indivíduos), Kaiowá (sete indivíduos) e Terena (três indivíduos). É importante destacar que todos(as) os(as) enfermeiros(as) Guarani e Kaiowá falavam e entendiam o idioma guarani.

A maioria dos profissionais nasceu e cresceu na região sul do estado do MS, viveu com sua parentela em zona rural como as aldeias Jaguapirú e Amambai.

Em se tratando da escolha e prática religiosa os(as) enfermeiros(as) indígenas, em sua maioria, se autodeclararam evangélicos pentecostais, dentre estes sendo identificados alguns praticantes eventuais. Apenas uma das enfermeiras citou a religião tradicional Kaiowá como prática cultural e religiosa.

A escolha pela ideologia religiosa protestante vivenciada pelos Terena na atualidade tem motivado, além da reelaboração da identidade étnica, percurso que passa pelo processo de reconstrução constante da alteridade⁽⁴²⁾.

As missões protestantes conduzidas por missionários norte-americanos chegaram às reservas Terena no início da terceira década do séc. XX, ou seja, logo após a demarcação dessas terras pelo Serviço de Proteção ao Índio (SPI), criado em 1910. A grande expansão destas missões entre as reservas fez com que, aos poucos, os Terena se formassem enquanto pastores e, na década

de 1980, culmina com o controle da Missão Uniedas, fundada pelos missionários norte-americanos, fruto da ampliação de igrejas neopentecostais nas reservas Terena⁽⁴²⁾.

Já a Missão Evangélica Caiuá foi fundada em 1928 na reserva de Dourados, demarcada onze anos antes. Reunia missionários presbiterianos e metodistas, brasileiros e americanos, e criou filiais em quase todas as reservas no sul do MS.

A expansão de igrejas tem sérias implicações para os trabalhadores no sistema de saúde, pois os pastores pentecostais muitas vezes discordam dos procedimentos médicos, convictos de que os serviços religiosos seriam suficientes para proporcionar o restabelecimento da saúde dos seus fiéis. Tanto entre os Terena, como entre os Kaiowá e os Guarani, existe a divisão entre os praticantes do xamanismo e os praticantes da religião cristã, sendo que essa oposição se dá de modo mais radical entre xamãs e pentecostais⁽⁴³⁾.

Os Terena têm como língua materna um dialeto do tronco linguístico Aruaque, se destacam no setor produtivo (agricultura como base de economia, comércio e artesanato, mão de obra agrícola e doméstica), na estrutura social fortemente patrilinear e na abertura da sociedade para o exterior, que os conduz para o estereótipo de “índios urbanizados” no cotidiano sul mato-grossense. São lembrados na dimensão histórica, social e cultural na defesa da nação pela relevante participação na guerra entre Brasil e Paraguai. Desta forma, constituem-se como um grupo étnico que luta para resistir às ações degradantes impostas pelo mercado, clamando também por uma nova forma de existência, determinado modo de vida e de produção por meio de maneiras diferenciadas de sentir, atuar e pensar⁽⁴⁴⁾.

Embora a cosmologia indígena seja própria em cada grupo étnico, as características culturais dos Guarani-Kaiowá são mais tradicionais, demonstrando-se coletores por herança, e não caçadores como os Terena. Destacam-se pelo modelo cosmológico engendrado em um sistema de alma, nome, morte e canto, e “possuem flexibilidade sociológica, indiferenciação interna associada a um complexo de relações individualizadas com o mundo espiritual”, uma postura estratégica para a construção da pessoa que gera o que foi chamado por Viveiros de Castro (1986) de *individualismo*^(45:369, 46, 47).

A relação destas populações com a terra e o meio ambiente segue vinculada à cosmologia própria, cujas interpretações e significados dão sentido aos elementos espirituais, simbólicos e sobrenaturais que regem a existência destes povos.

A diversidade cultural entre povos indígenas é indissociável, portanto, das formas de interação e significação dos espaços nos quais habitam e dos recursos ali existentes, cuja apropriação é sempre mediada por complexos sistemas de comunicação que conectam seres humanos e espíritos de diversas ordens⁽⁴⁷⁾. Na concepção dos sistemas cosmológicos indígenas, todos os elementos da paisagem estão vinculados a seres sociais não humanos, sendo o acesso com segurança aos recursos naturais possível apenas mediante a satisfação das necessidades biológicas e sociais de tais seres com quem os indígenas “negociam”⁽⁴⁸⁾.

As atividades de convivência social desenvolvidas nas comunidades indígenas – como fazer casas, panelas, cultivar alimentos, elaborar artefatos para pesca, ensinar o reconhecimento de remédios, garantir as boas relações com os espíritos dos mortos, prever o futuro etc. –, são atividades voltadas à produção de valores de uso e à reprodução social, o que imprime sentido ao trabalho e às relações de parentesco que compõem seus coletivos e suas formas de distribuição e assentamento no espaço.

O trabalho dos Guarani, Kaiowá e Terena ganha evidência na agricultura, mas com grande importância para as atividades de caça, pesca e coleta, responsáveis pelo suprimento de proteínas animais, frutos e raízes. De acordo com a divisão sexual e geracional do trabalho, todos desempenham determinado tipo de função. Assim, o trabalho masculino está voltado ao preparo do solo, à caça, à pesca e à coleta de taquaras e outros materiais para produção de casas, por exemplo, enquanto o trabalho feminino implica em colher produtos das roças como milho, mandioca etc.; o trabalho dos idosos e das idosas corresponde a memorizar as narrativas socialmente relevantes e apreciadas, narrá-las em circunstâncias definidas, assim como aprender e ensinar os cantos e as rezas; os mais jovens, por sua vez, aprendem o trabalho e as meninas cuidam dos irmãos mais novos enquanto os meninos prepararam tereré ou apanham lenha.

Tal modo social de vida, entretanto, vem se modificado devido aos problemas sociopolíticos e econômicos que afetam esses grupos. Homens trabalham em indústrias, empresas de recolhimento de lixo urbano ou agricultura de proprietários não indígenas e fora de suas reservas (como o corte de cana ou a colheita de maçã). Por sua vez, as mulheres se voltam aos serviços domésticos nas cidades próximas, onde atuam também como professoras ou nos serviços de saúde. De outro modo, mesmo que em minoria, é possível observar também indígenas em fase adulta que se profissionalizaram em universidades e tornam-se graduados, mestres e doutores, passando a exercer cargos públicos.

5.2 A formação no Ensino Superior

Um autor destaca que a globalização da economia, da tecnologia e da comunicação intensificou interferências e conflitos entre grupos sociais de diferentes culturas, de forma que esses fatores, somados a outros mais, podem ter corroborado ou mesmo influenciado para que os indígenas fossem buscar outros conhecimentos⁽⁴⁹⁾.

O ingresso de indígenas nos cursos de Graduação em Enfermagem no sul do Estado do MS ocorreu a partir do ano de 2002 e, em um contexto geral, neles observa-se homens em idade mais jovem do que as mulheres. No entanto, até o ano 2005 o número de acadêmicos que ingressou casado e alguns com filhos (consanguíneos e adotivos) se mostrava significativo. Por volta dos anos de 2006 a 2009, tal realidade altera-se no tocante ao perfil indígena de ingressantes na universidade, que passam a estar na faixa etária escolar esperada (17 a 19 anos), solteiros e sem filhos.

Esses dados são importantes do ponto de vista sociocultural entre os enfermeiros indígenas Guarani, Kaiowá e Terena, pois historicamente os indígenas tinham início da vida sexual após a primeira menarca, seguida de casamentos e procriação e/ou adoção (guachos). Durante a graduação não há relatos de gestação ou abortos.

Todos os participantes desta pesquisa são provenientes da rede pública de ensino (níveis fundamental e médio), sendo que cinco deles ingressaram no curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS) e sete ingressaram no ensino privado ofertado pelo Centro Universitário da Grande Dourados (UNIGRAN).

A manutenção destes no Ensino Superior é marcada parcialmente pelos benefícios das políticas de cotas ou bolsas estudantis institucionais oferecidas pelas IES e pela FUNAI, mas que, no entanto, se mostram insuficientes para a maioria de estudantes, motivo porque alguns contaram com o auxílio financeiro da família ou mantiveram emprego anterior à graduação.

A taxa de retenção nos cursos permaneceu em torno de 70% e somente três dos enfermeiros integralizaram o curso no período previsto de quatro anos, um matriculado na UEMS e dois na UNIGRAN. A retenção em período maior – entre seis meses e dois anos – esteve presente entre os enfermeiros casados, cuja faixa etária maior no grupo ficou entre 50 a 35 anos de idade

(idade declarada em 2015, período da coleta de dados). As enfermeiras, casadas ou não, de uma forma geral tiveram retenção menor no grupo, menos que um ano.

Quando se analisou o nível de integralização nos cursos de enfermagem relacionados à etnia, pode-se verificar que não há competitividade interétnica, no entanto, a retenção pode estar ligada a fatores sociais e geográficos, como os de ordem financeira, de acessibilidade e transporte, dificuldade na comunicação frente ao contato e à diversidade étnica, segundo os enfermeiros indígenas.

Deve-se considerar o forte preconceito contra indígenas na sociedade sul-mato-grossense, agravado quando se trata de indígenas cotistas ou bolsistas, motivo para muitos colegas os considerarem como privilegiados. Daí a importância de contarem com referências na universidade para que se mantenham neste espaço. Essas referências são buscadas em professores ou em outros colegas indígenas, o que leva à formação de grupos de autoproteção, principalmente no início do curso. Numa das falas dos acadêmicos é explicitado que um melhor domínio dos códigos do meio universitário permite a interação mais desenvolvida com os colegas não indígenas, sobretudo a partir do terceiro ano do curso.

Os acadêmicos indígenas imprimem em suas relações acadêmicas a sua cultura, visto que nas relações de poder (entre aluno e professor ou enfermeiro e paciente) identificam certa postura ética cultural, como no caso do respeito de modo a prevenir conflitos mesmo diante de chamadas de atenção na frente dos outros (exposição pública), o que imprime significado negativo ao processo de avaliação. Mas, se for para estimular e elevar seus atributos é permitida tal atitude hierarquizada, pois deixam claro em seus discursos que necessitam de atitudes motivacionais para seu desenvolvimento como alunos e profissionais.

Para a mudança do curso de Graduação em Enfermagem é necessário que o eixo da integralidade seja um dos compromissos pactuados com os que estão na interface da formação: docentes, dirigentes de ensino, estudantes, gestores de educação e gestores do SUS⁽⁵⁰⁾.

Os professores que participam da formação desses enfermeiros convivem no seu dia a dia com os grupos minoritários, se não em sala de aula no campo de estágio e, nessas ocasiões, o convívio com os alunos indígenas é previsível.

A análise das descrições da retórica dos(as) enfermeiros(as) indígenas aponta para a adoção de formação humanística, onde saem dos papéis e se consolidam na prática, pois gostar da cultura indígena e querer aprender com estes povos envolve o desejo de se permitir e de permitir

que o outro seja capaz. Deste modo, urge aprender a respeitar as diferenças étnicas e culturais, de gênero e de gerações, e a integrá-las de modo a não anulá-las. Essa recomendação transcende a educação para a alteridade entre os grupos étnicos e pode ser acolhida para os equilíbrios a nível regional.

Espera-se a “conscientização” dos professores quanto ao processo de formação de alunos indígenas. Que os professores deixem de ser um mero reprodutor do *status quo*, imprimindo em suas práticas de ensino, para além dos conhecimentos específicos da enfermagem, a apropriação da autonomia para agregar aos conhecimentos da enfermagem os saberes pedagógicos, sociológicos e antropológicos, passo necessário para restaurar a capacidade individual de exercer seus poderes criativos no sentido de expandir a consciência crítica de si e do outro.

Tal movimento de conscientização é capaz, portanto, de promover no professor uma postura pedagógica proativa e humana, baseada na justiça social, de forma que o processo de formação possa evoluir para uma pedagogia crítica indigenista^(51, 52).

As IES, no processo de inclusão dos indígenas nos cursos de enfermagem aqui mencionados, preservariam, sob um viés político, a sobrevivência da cultura indígena e levariam a um processo de modernização da cultura de elite⁽⁵³⁾; deste modo, o hibridismo cultural traz consigo a ruptura da ideia de pureza. É uma prática multicultural, possibilitada pelo encontro de diferentes culturas, o que abriria espaço também a uma espécie de tolerância às diferenças culturais.

Portanto, entende-se que no processo de inclusão, as culturas em sala de aula dialogam entre si de forma homogeneizadas, influenciadas pela intensificação do processo de globalização que aproximou e propagou mundialmente as narrativas dos meios de comunicação, grandes responsáveis por ligarem pessoas das mais diversas partes do mundo. Mas o fato é que essa homogeneização é possibilitada, principalmente, pela uniformização do consumo e por consequência, pela assimilação do imperialismo da cultura norte-americana como modelo de vida.

Neste aspecto, os processos de formação, do trabalho e das práticas de enfermagem indígena veiculam cautela frente ao hibridismo cultural, pois estão marcados por ambivalência e antagonismos resultantes da negociação cultural, negociações estas cujas relações assimétricas de poder e os atores envolvidos encontram-se em posições de legitimidade distintas.

5.3 A relação com o universo do trabalho

Se, por um lado, o trabalho para estes grupos indígenas possui repercussões e destaque social, na capacidade de dialogar e articular politicamente, com base nos modos próprios como concebem a relação entre a humanidade e os espaços nos quais desenvolvem sua experiência social⁽⁴⁷⁾; por outro lado, quando estes indígenas por um motivo ou outro buscam sustento fora de suas áreas certamente poderão se deparar com a dimensão abstrata do trabalho (*labour*), entendida como aquela que se volta à realização do trabalho produtivo concebido, por sua vez, como aquele contratado pelo capitalista com o objetivo de produzir mais-valia, dado que suas atividades implicam na alienação do trabalho^(54, 55).

No Estado do MS, graças à atuação e organização político-social das comunidades indígenas, as mesmas foram beneficiadas com a abertura de serviços de saúde, escolas de ensino fundamental etc. Logo, fez-se necessário o recrutamento de servidores públicos contratados por meio de concursos municipais para as escolas e outros tipos de contratos para a área da saúde. Tais profissionais têm a difícil missão de reverter os graves problemas pelos quais passa a população indígena confinada em pequenos espaços, além de disputar esse mercado com não indígenas. No tocante ao quantitativo de servidores indígenas, sua presença é mínima principalmente nas posições que exigem maior qualificação técnica, oportunidade à qual dificilmente têm acesso.

Diante, porém, da necessidade de contratação de mão de obra especializada, ou melhor, conhecedora da língua materna, assim como considerando as necessidades socioculturais de cada agrupamento indígena, representantes dos diferentes povos têm iniciado no meio urbano a continuidade da escolarização em busca de qualificação mais adequada às demandas de suas comunidades. Alguns indígenas optaram por aprender profissões em geral alheias à sua cultura, uma delas em destaque neste estudo a partir do foco nos trabalhadores indígenas da área da enfermagem, que tentam traduzir de volta à sua cultura o conhecimento que adquirem em outro contexto buscando cuidar do seu povo de forma dinâmica. Tais profissionais têm despertado interesse crescente por realizarem o diálogo entre as práticas de saúde indígena e aquelas às quais tiveram acesso na formação técnica fora da reserva indígena.

O ingresso dos(as) enfermeiros(as) indígenas no mercado de trabalho foi marcado, para alguns participantes deste estudo, por incertezas vivenciadas pelo longo período de desemprego e a precarização da enfermagem e do formato contratual por serviços terceirizados. Embora sejam contratados em regime de CLT, esses contratos são passíveis de renovação ou não frente ao prazo,

o que cria certa instabilidade e competitividade no mercado, tornando-o mais excludente aos profissionais indígenas.

Do ingresso à permanência no trabalho verifica-se que há desatenção com relação à PNASPI, pois estes indivíduos são desprovidos de programa admissional ou de educação permanente. A capacitação dos recursos humanos para a saúde indígena deveria ser priorizada como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização dos serviços.

Assim, mostra-se necessária a promoção de cursos de atualização/aperfeiçoamento/especialização para gestores, profissionais de saúde e assessores técnicos (indígenas e não indígenas) das várias instituições que atuam no sistema, visto que o órgão responsável pela execução desta política deve organizar um processo de educação continuada para todos os servidores que atuam na área de saúde indígena.

A jornada de trabalho dos(as) enfermeiros(as) indígenas é superior à preconizada em legislação e diferenciada entre os(as) profissionais que atuam na CASAI e na ESF. Tal cenário gera desgaste emocional e físico, pois algumas áreas são remotas, desprovidas de segurança e encontram-se em precárias condições de trabalho, muitas vezes com a ausência de transporte para deslocamento entre as ações na aldeia. Tais problemas podem se relacionar à oferta de transporte, à inadequação da estrutura física, à falta de reconhecimento profissional, à alta demanda de atendimentos, à carga horária elevada, à interrupção de tarefas antes de serem completadas e à falta de segurança do trabalho, entre outros.

Trata-se, pois, de um conjunto de fatores que pode prejudicar esses profissionais no desenvolvimento de sua atividade profissional de maneira satisfatória, interferindo na sua relação com a população e levando a prejuízos na assistência prestada, na qualidade de vida e no bem-estar dos trabalhadores.

Apesar das respostas sobre hábitos de atividades físicas no cotidiano dos(as) enfermeiros(as), o estudo nos alerta quanto à situação de risco à saúde das enfermeiras indígenas, na predisposição ao desenvolvimento de doenças relacionadas ao estilo de vida, sedentarismo e estresse. Já para os enfermeiros indígenas, o estudo aponta riscos insalubres e de periculosidade no trabalho.

A sobrecarga do trabalho dos enfermeiros da ESFI está relacionada a questões como a autcentralização do trabalho e o autoempenho de responsabilidades assumido por eles e elas que, em sua maioria, atribuem ao trabalho em enfermagem um compromisso social justificado, entre outras razões, pelo fato destes profissionais residirem na área indígena em que atuam, o que fortalece e amplia o vínculo social com a comunidade, além de garantir-lhes certo respaldo tanto com a liderança indígena quanto com o controle social.

O processo de trabalho dos(as) enfermeiros(as) indígenas em cada uma das ESFI e CASAI possui características e especificidades próprias. No caso da CASAI/Dourados, o destaque se deve ao desenvolvimento da assistência de forma sistematizada, o que eleva o padrão de assistência da equipe local lhe propiciando identidade própria que, por seu turno, torna significativo o processo de trabalho.

Desta forma, se faz importante alertar quanto a não generalização do processo de trabalho a outros setores (PBSI, ESFI e CASAI/Amambai), conduzindo-nos à reflexão de que o processo de trabalho, apesar dos percalços, mostra-se dinâmico e transformador social, político e culturalmente por agregar sentidos na articulação entre os saberes tradicionais dos povos indígenas e o conhecimento científico.

A introdução do trabalho masculino no campo da enfermagem indígena traz repercussões relacionadas aos aspectos interétnicos e interculturais no trabalho desses profissionais, gerando conflitos derivados da divisão sexual do trabalho e das regras do viver bem produzidas socialmente entre os diferentes grupos. A divisão sexual do trabalho nestes grupos se explica no “trabalho de homem e trabalho de mulher”, já as regras de bem viver são vistas pelas mulheres como algo “vergonhoso”, uma vez que impõe a elas a necessidade de expor suas intimidades a um profissional do sexo oposto.

Assim, parece ser um desafio maior a articulação dos conflitos na divisão social e de gênero no trabalho, sobretudo quando a prestação do cuidado é designada ao enfermeiro homem para com as pacientes mulheres. Nota-se, então, recusa por parte da comunidade e sua liderança em todas as etnias (Guarani, Kaiowá e Terena), quando se trata de cuidados que podem expor não só o corpo, mas a intimidade (pensamentos, emoções, pudor etc.) da mulher indígena.

Os conflitos de distinção entre os grupos Kaiowá e Terena podem ser mais sociais do que étnicos, onde as pessoas pertencentes aos grupos manipulam os marcadores que compõem o sistema multiétnico. Segundo Pereira, o modelo hegemônico do indigenismo praticado na reserva

de Dourados identifica os Terena como mais aptos e receptivos às iniciativas de desenvolvimento e integração à sociedade nacional, enquanto que os Kaiowá estariam em situação oposta, considerados como mais apegados aos seus próprios valores⁽⁴³⁾.

Nas relações de poder do trabalho recomenda-se a incorporação de valores por meio dos quais os profissionais não indígenas possam compreender a cultura dos(as) enfermeiros(as) indígenas para abolir o etnocentrismo dos discursos, inserindo essa cultura no cotidiano do trabalho, o que parece ser comum em uma situação comportamental.

5.4 As práticas das enfermeiras indígenas

Propusemos no terceiro artigo deste estudo um recorte sobre essas práticas, restringindo a etnografia aos grupos Guarani e Kaiowá. No entanto, o campo desta pesquisa acompanhou o processo de trabalho e as práticas de três enfermeiros(as) Terena lotados na ESFI e na CASAI, que cuidavam todos de indivíduos Guarani e Kaiowá. Notou-se, na ocasião, o desenvolvimento de habilidades para o cuidado com essas etnias para além das dificuldades advindas do contato entre línguas maternas. Percebeu-se que aquele(a) enfermeiro(a) que possuía maior tempo de contato desenvolvia melhor a competência linguística, enquanto os outros tinham mais dificuldades e solicitavam tradutores.

Embora a enfermagem tenha na sua essência o cuidar, uma série de práticas emerge e se dá em grande parte de forma heterogênea no que se relaciona aos aspectos interétnicos e atribuições desse profissional. Além dos(as) enfermeiros(as) lotados na ESFI – cuja atribuição era a atuação na EMSI e na CASAI como enfermeiros assistencialistas –, havia enfermeiros(as) coordenadores(as) na CASAI e no PBSI, status que não os privava, porém, da necessidade de realizar ações do cuidar.

Pode-se dizer, pois, que as práticas dos(as) enfermeiros(as) não se restringem apenas ao cuidar, sendo ampliadas também para os âmbitos do ensino, da educação em saúde, da coordenação, gestão sociopolítica e cultural, da investigação, da pesquisa e da produção de conhecimento.

Em meio à assistência de enfermagem as consultas ganham um enfoque metodológico pautado no processo de enfermagem, que ao mesmo tempo facilita o estabelecimento do raciocínio crítico e depara-se com a dificuldade em adaptar um modelo teórico focado nos aspectos culturais tidos como complexos diante do modelo praticado e fundamentado na teoria das necessidades

humanas. Embora as experiências nas relações de trabalho tenham sido agregadoras de conhecimento, é frequente a solicitação para a complementação dos conhecimentos específicos sobre o cuidado cultural, o auxílio por meio de capacitações, oficinas e grupos de estudos.

Para fundamentar tais práticas é importante considerar que as indígenas se constituíram enquanto enfermeiras da mesma maneira como vêm se constituindo na sua cultura, ou seja, por meio das relações interétnicas, interculturais, interprofissionais e interinstitucionalizadas. Visto que nos ambientes de trabalho, além do social, político e cultural, elas convivem com os conhecimentos e o modo de vida da comunidade indígena e dos profissionais indígenas e não indígenas, além das políticas impostas pelas instituições que constituem o sistema oficial de saúde – como o Ministério da Saúde, SESAI, DSEI/MS e PBSI –. Assim, as suas práticas não poderiam passar à margem desta influência, que as movimenta no sentido de imprimir novos significados à ética de enfermagem, podendo gerar confrontos culturais diante da divergência nas concepções de mundo.

As práticas das enfermeiras indígenas na ESFI estiveram centradas nos programas de saúde prescritos pelo Ministério da Saúde e que integram os programas de saúde indígena – ações visando ao planejamento familiar, acompanhamento pré-natal, IST/AIDS, diarreia, tuberculose, agravos etc. Há certa crítica feita corriqueiramente a esses programas por parte do movimento indígena e dos estudos antropológicos em função de seu caráter fortemente prescritivo e que não permite movimentação, dificultando a articulação do conhecimento indígena ao científico.

Os(As) enfermeiros(as) indígenas apresentam dificuldades para articular os conhecimentos culturais aos conhecimentos profissionais, o que se evidenciou no intenso período de observação das práticas do cuidar destes profissionais por parte da pesquisadora, observações que podem ser centralizadas em dois pontos: o primeiro diz respeito à imposição do conhecimento científico ocidentalizado como única verdade, e o segundo ponto trata justamente do formato dos programas de saúde institucionais e dos protocolos de atendimentos, envoltos nos paradigmas biomédicos omissos a qualquer intento de articulação com o saberes tradicionais.

5.5 A gestão da saúde indígena

Existem pontos fortes na gestão em que os(as) enfermeiros(as) são envolvidos, sobretudo quando da necessidade de indicação de enfermeiros(as) indígenas a serem coordenadores

do PBSI, ato que se dá pelo controle social, o que significa que a alteridade da enfermeira se faz presente. Uma das enfermeiras indígenas narra que no início não foi fácil a decisão de acatar à indicação de seu nome, pois estava numa zona de conforto, embora suas práticas estivessem em sincronia com a comunidade e, por outro lado, tal indicação tenha se dado em decorrência de anos de trabalho dedicados na ESFI e em reconhecimento de sua capacidade e competência sociopolíticas.

Ainda, as reuniões de consolidado, consideradas uma das ações sociais importantes na saúde indígena, foram referenciadas diante da necessidade de transcender a visão da epidemiologia estatística. Acredita-se que seria interessante se nos seus diálogos houvesse um movimento sociopolítico em vez de apenas o corporativismo médico ou as discussões isoladas, a ausculta para os que estão em silêncio.

5.6 Competências culturais

O compromisso social como competência cultural desenvolvida pelos(as) enfermeiros(as) indígenas colabora no fortalecimento da organização social junto à comunidade e é condição importante para o alcance de maior autonomia frente ao entorno regional. Esta constatação permite perceber que a qualidade de vida para essas populações não pode ser reduzida à satisfação de necessidades ou demandas dissociadas da esfera social e religiosa⁽⁵⁶⁾. Suas concepções de natureza, ao contrário do pensamento ocidental, compreendem a “interligação orgânica entre o mundo natural, o sobrenatural e a organização social”⁽⁵⁷⁾, e não podem ser desconsideradas sob o risco de afetar negativamente o atendimento em saúde prestado a essa população.

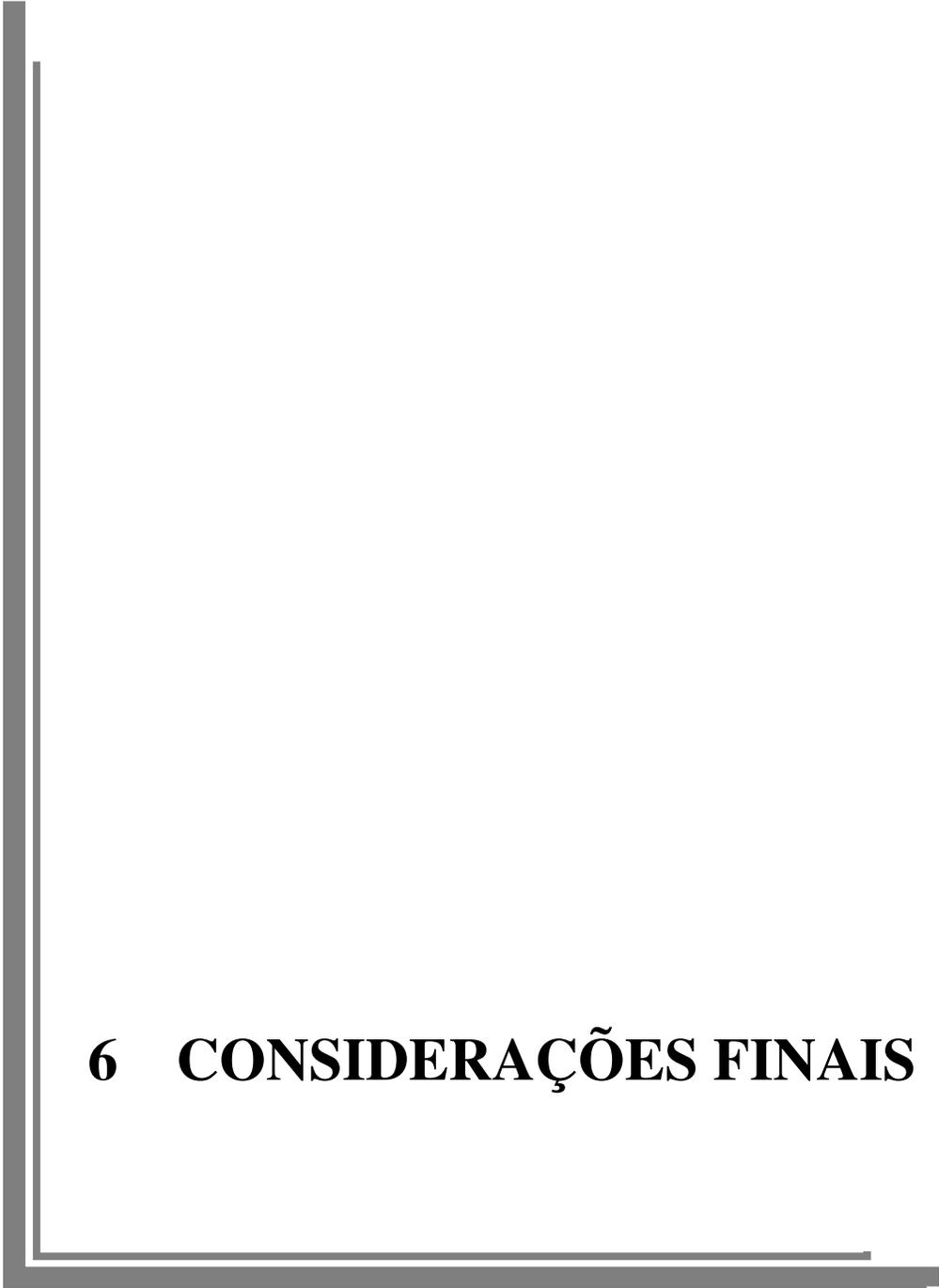
5.7 A prática da repadronização cultural

Na tentativa de auxiliar o indígena doente a alterar os seus padrões de vida, buscando formas saudáveis de viver, somos colocados diante das limitações da repadronização cultural. Neste caso, a restauração da saúde não está enfocada num corpo individual biológico, e sim nas dimensões dos processos de saúde e doença que remetem às questões socioculturais, política e principalmente coletivas.

É evidente a limitação profissional para este fim, o que pode estar relacionado não somente aos limites da teoria, mas de um sistema que vem desde a formação acadêmica ao sistema político-econômico, social e cultural no qual estamos inseridos, e que desconsidera em geral qualquer possibilidade de protagonismo que não seja a de elementos da cultura hegemônica.

Nem mesmo o DSEI-MS resolveria os problemas de saúde que os indígenas enfrentam; não por falhas necessariamente nas técnicas médicas, mas porque as situações de saúde dos indígenas, dos casos discutidos neste estudo, são consequências da violência estrutural que sofreram e continuam a sofrer ao longo do tempo devido ao fato de não terem posse sobre a terra, de não terem meio de cultivar para o próprio sustento, sofrendo mudanças radicais nas organizações sociais e no meio ambiente.

Embora o posto de saúde como recurso de atenção seja muito importante, não se pode perder de vista que isso não vai curar os males da população indígena⁽⁵⁸⁾.

A decorative L-shaped border composed of two parallel lines, one on the left and one at the bottom, framing the page content.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Historicamente os Guarani, Kaiowá e Terena vêm sendo dizimados em seus territórios, o que é agravado por fatores da globalização, economia, tecnologia e comunicação que fizeram intensificar interferências e conflitos interculturais, levando alguns indígenas a buscarem meios de profissionalização.

No caso dos(as) enfermeiros(as) indígenas, desde a sua formação no ensino superior a relação intercultural se apresenta com o enfrentamento das dificuldades na academia, as quais se destacam em meio aos obstáculos para a manutenção no curso, a exclusão social, os pré-conceitos, a barreira cultural na comunicação com o grupo de professores e alunos não indígenas etc. Embora alguns fatores possam ser vencidos pelo tempo, como a questão que envolve a comunicação, o movimento por superá-los muitas vezes depende da persistência pessoal entre alguns, assim como do apoio de familiares e da comunidade.

A reflexão e a compreensão do processo de trabalho dos(as) enfermeiros(as) indígenas no âmbito da saúde indígena trouxeram elementos constituintes para o campo de conhecimentos específicos, o que favorece a visibilidade do trabalho indígena e a ressignificação deste como atributo sociocultural. Dos elementos constituintes, destaca-se a finalidade do trabalho dos(as) enfermeiros(as) indígenas voltada à manutenção, preservação e valorização de sua cultura em diálogo com o que sempre se configurou para os seus povos como a cultura dominante e colonizadora.

O desenvolvimento de ações para a promoção e manutenção eficiente da saúde, bem como para recuperação da doença e da deficiência nas práticas das enfermeiras indígenas está parcialmente integrado e articulado ao comportamento dos Guarani, Kaiowá e Terena, que focam em seu ambiente cultural diferenciado, em seu estilo de vida e na relação entre eles e o meio ambiente. Nesse caso, necessita-se que os programas ou atividades de promoção da saúde sejam intensificados e ampliados para que se concentrem em componentes educativos, numa relação dialógica com o contexto cultural no qual se insere e se propõe atuar.

Propiciar cada vez mais a disseminação de conhecimento científico articulado ao conhecimento tradicional, instrumentalizando os profissionais da saúde indígena e não indígena, assim como os membros da comunidade indígena – para a identificação e priorização dos problemas de saúde de forma afinada ao cuidado transcultural – também pode mostrar-se como um facilitador do processo contínuo de levantamento de propostas para a resolução de conflitos culturais iminentes nas práticas de saúde.

A resolução destes conflitos, portanto, evidencia-se como um dos desafios a ser enfrentado pelas enfermeiras indígenas envolvidas, ainda, em relações que preconizam a divisão social e de gênero no processo de trabalho e nas práticas de atenção à saúde indígena. Trata-se, pois, de um desafio coletivo e importante na promoção da saúde do homem e da mulher e que deve ser abordado para além do viés biomédico que rege a organização dessas práticas nos dias atuais.

Nesse sentido, é apenas por meio das mudanças na formação dos profissionais de saúde que poderemos mostrar solidariedade ativa com a saúde vulnerável dos indígenas. A promoção da conscientização, sensibilização e quebra dos preconceitos, associada a intervenções políticas (dos profissionais e institucionais), tendem a alterar o contexto que ainda persiste, no qual os profissionais de saúde e o próprio sistema de saúde dão à comunidade que atendem a “impressão” de que “não sabem de nada sobre nós”.

Recomenda-se, então, que os professores dos cursos de enfermagem se interessem por aprender a cultura dos grupos étnicos regionais, sendo este aprendizado concebido desde o início como forma de agregar valores à prática docente, colaborando para a humanização dos estudantes e, conseqüentemente, da comunidade indígena e não indígena em geral. Refletir sobre tal contexto de formação pode trazer importantes contribuições nas áreas de conhecimento da saúde, educação, ciências sociais e antropológicas, enriquecendo as abordagens da enfermagem a partir de esforços interdisciplinares.

Em um sentido mais prático, o que se espera é que sejam criadas, regulamentadas e implementadas políticas de seleção e contratação para a saúde indígena ao nível nacional, sobretudo para o quadro da EMSI que deve ser priorizada nas práticas em saúde indígena desenvolvidas por profissionais indígenas. De preferência, esta ampliação de recursos humanos deve evitar o dimensionamento interétnico, focando as práticas de saúde entre profissionais e comunidade do mesmo grupo étnico sempre que possível.

Cabe, então, ao setor próprio de educação permanente nos PBSI, implementar programa de capacitações para os profissionais da EMSI, indígenas e não indígenas, em consonância com o que prevê a PNASPI. Além disso, que estes programas priorizem as fases de trabalho que as pessoas percorrem desde a admissão e adaptação ao trabalho até a sua permanência no mesmo.

Consideramos, portanto, que a elevação dialética dos saberes promove a consciência crítica, fundamental para profissionais que precisam ter um cuidado respeitoso para com sua

comunidade ao garantir-lhes atributos de formadores e multiplicadores, o que é verificado com o crescente fomento para que tais profissionais recebam acadêmicos e pesquisadores em seus ambientes de trabalho sendo muitas vezes convidados para fazerem aproximações em eventos científicos.

Sugere-se maior atenção para com a saúde do trabalhador desde o processo admissional, no qual a gestão e as outras pessoas envolvidas criam espaços para reflexões e diálogo em torno do assunto, pactuando ações que possam beneficiar a manutenção da saúde e do bem-estar das pessoas.

O trabalho do(a) enfermeiro(a) indígena deve transcender a atenção básica, no sentido de atuar em parcerias com as IES e atenção terciária de saúde se visa realmente superar os confrontos ético e cultural em relação às instituições. No caso dos hospitais, seria interessante o compartilhamento de experiências que pudessem corroborar com o cuidado cultural, no exemplo às mães que fogem com seus filhos por medo ou experiências negativas vivenciadas durante a hospitalização. Da mesma forma, deseja-se que seja estimulado o *feedback* entre as instituições hospitalares na atenção básica, mas que isso seja intensificado junto às enfermeiras indígenas, não se restringindo à gestão da saúde indígena somente.

A gama de exemplos de situações que geram conflito cultural entre as práticas de saúde indígenas e não indígenas é grande, e decorre sobretudo da ignorância, da omissão e do preconceito de agentes da área de saúde – desde os docentes que formarão os profissionais especializados, até os profissionais atuantes nos âmbitos da gestão, capacitação continuada e atendimento ao público –, o que pode ser enfrentado com o financiamento adequado de ações de formação que escutem as necessidades manifestadas pelas comunidades de cada local atendido na expectativa de corresponder a elas, ainda que parcialmente.

Sobre o número de cesáreas e a sugestão de investir em especializações como “enfermagem obstétrica”, partos humanizados e domiciliares, embora culturalmente de suma relevância para estes povos é premente a criação de condições efetivas para as enfermeiras fazerem as especializações, assim como se deve garantir o fornecimento de toda a estrutura necessária para os partos (SUS, SESAI, DSEI-MS), o que se evidencia de maneira ainda bastante precária.

Logo, criar políticas que autorizem os(as) enfermeiros(as) e demais membros da EMSI a investirem em suas qualificações (compartilhar práticas em eventos científicos, ingresso em Pós-Graduação etc.) é essencial e passa necessariamente pela urgência em fazer valer a jornada de

trabalho de 30 horas semanais para todos da enfermagem. Esses investimentos promovem a qualidade da assistência e ampliam a empregabilidade, contribuindo para o bem-estar geral.

Ampliar pesquisas em torno do ingresso, da permanência, dos motivos de evasão ou migração de cursos entre os indígenas no Estado do MS, tanto em instituições públicas quanto privadas, a fim de avaliar a efetividade das políticas públicas e/ou auxiliar na implementação de novas políticas de maior resolutividade é recomendação à qual igualmente não podemos nos furtar.

Da mesma maneira, é fundamental investir em pesquisas que verifiquem a qualidade da produção do conhecimento na área de saúde indígena, tanto em cursos de Graduação quanto de Pós-Graduação (especializações, mestrado e doutorado) do Estado do MS, visto que os resultados dessas produções podem vir a contribuir para a consciência crítica dos sujeitos e da sociedade em geral, fomentando maiores reflexões e alterando paradigmas importantes que hoje se entrecrocamos.

Espera-se que esta pesquisa tenha conseguido, dentro de suas limitações e ousadia em tecer diálogos ainda em construção entre áreas distintas dos saberes científicos, expor tanto as dificuldades como os caminhos encontrados pelos profissionais indígenas que atuam como enfermeiros(as) em diversos segmentos da saúde indígena. Buscamos principalmente dar voz aos sujeitos que hoje percorrem em sua atuação na área de saúde um “entre lugar” que prescreve a todo o momento o exercício dinâmico da transculturação entre os saberes ocidentalizados (pautados na concepção biomédica de ser humano) e os saberes tradicionais (ancestrais a cada etnia indígena brasileira).

Os desafios são muitos e a reflexão sobre eles não cessa com este estudo, embora aponte outros caminhos e pressupostos que podem justificar e promover a mudança benéfica rumo ao aprimoramento dos serviços de saúde para a população indígena.

7 REFERÊNCIAS

1. Santos JT, Queiroz DM. Sistemas de cotas: um multiculturalismo brasileiro? *Cienc. Cult.* 2007; 59(2):41-5.

2. West R et al. Increased numbers of Australian Indigenous nurses would make a significant contribution to ‘closing the gap’ in Indigenous health: What is getting in the way? *Contemporary Nurse*. 2010 Aug.-Oct.; 36(1-2):121-30.
3. Brasil. Lei n. 12.711, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Brasília, DF; 2012 [cited 2016 Mar 17]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12711.htm.
4. Ministério da Educação (BR). Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Censo da Educação Superior 2004: Resumo Técnico [early version]. Brasília, DF: 2005 [cited 2013 May 26]. Available from: <http://www.educacaosuperior.inep.gov.br>.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os indígenas no Censo Demográfico 2010. Brasília, DF: 2011 [cited 2016 Mar 17]. Available from: http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf.
6. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul (DSEI-MS) [homepage on the Internet]. Brasília, DF: 2010 [cited 2016 Mar 17]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1768.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul (DSEI-MS). Caracterização demográfica e étnico-cultural dos povos indígena do DSEI-MS - Dados atualizados de janeiro a junho de 2014. Brasília, DF: forthcoming 2016.
8. Jesus DL, Wenceslau ME. Os saberes tradicionais dos indígenas Kaiowá de Dourados-MS: transformações culturais através do tempo. *Ateliê geográfico*. 2011 Mar.; 5(13):64-84.
9. Vietta JMT. Do bugre ao mendigo: o processo de dupla-exclusão dos Guarani e Kaiowá urbanizados no Mato Grosso do Sul (MS) - Brasil. In: *Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia*; 2007; Florianópolis, SC, Brasil. Florianópolis, SC: 2007. p. 410-26.
10. Brand AJ. Desenvolvimento local em comunidades indígenas no Mato Grosso do Sul: a construção de alternativas. *Interações*. 2001; 2:59-68.

11. Pereira JC et al. Morbidade por câncer de colo uterino em mulheres de reserva indígena no Mato Grosso do Sul. *Cogitare Enferm.* 2011; 16(1):127-33.
12. Otre MAC. Comunicação popular – alternativa desenvolvida por jovens indígenas das aldeias do Jaguapiru e Bororó em Dourados/MS [dissertação]. São Bernardo do Campo, SP: Universidade Metodista de São Paulo; 2008.
13. Maciel NA. História da comunidade Kaiowá da aldeia Panambizinho – 1920-2005. Dourados, MS: Editora UFGD; 2012.
14. Canclini NG. *Culturas Híbridas*. 4th ed. São Paulo, SP: Edusp; 2008.
15. Bhabha HK. *O local da cultura*. Belo Horizonte, MG: UFMG; 2010.
16. Hall S. *Da diáspora: identidades e mediações culturais*. Belo Horizonte, MG: UFMG; 2003.
17. Turino C. *Ponto de cultura: o Brasil de baixo para cima*. São Paulo, SP: Anita Garibaldi; 2009.
18. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Coordenação Geral de Planejamento e Avaliação (CGPLA/DEPIN). *Relatório de Gestão 2009* [cited 2014 Apr. 25]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. Available from: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/uploads/2011/10/relatorio_2009.pdf.
19. Zimmerman TR, Viana AEA. Apontamentos sobre gênero e violência contra mulheres indígenas Kaiowá e Guarani em Amambai, MS (2007-2014). *Tellus*. 2014 Jul.-Dec.; 14(27):117-28.
20. Silva AL. Mitos e Cosmologias no Brasil: Breve Introdução. In: Grupioni LDB, editor. *Índios do Brasil*. São Paulo, SP: Secretaria Municipal de Cultura; 1992. p. 75-82.
21. Santos RV, Coimbra Júnior CEA, Cardoso AM. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: Giovanella L et al. (org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Fiocruz; 2008. p. 1035-56.
22. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas* [cited 2013 Apr. 11]. 2nd ed. Brasília, DF; 2002. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf.
23. Moura BC. *Da estruturação a (r)evolução: o controle social indígena pós-criação da secretaria especial de saúde indígena* [dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2016.

24. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Superintendência Estadual do Mato Grosso do Sul (SUEST/MS). Relatório de Gestão – 2010 [cited 2014 Apr. 19]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. Available from: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/uploads/2011/10/ms.pdf>.
25. Langdon EJ. A tolerância e a política de saúde do índio no Brasil: são compatíveis os saberes biomédicos e os saberes indígenas? In: Grupioni LDB, Vidal L, Fischmann R (orgs.). Povos indígenas e tolerância: construindo práticas de respeito e solidariedade. São Paulo: Edusp, Unesco; 2001. p. 157-166.
26. Menendez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas [cited 2016 Mar 29]. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2003; 8(1):185-207. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>.
27. Ferreira MEV, Matsuo T, Souza RKT. Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. Cad. de Saúde Públ. 2011 Dec.; 27(12):2327-39.
28. Guimarães LAM, Grubits S. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. Psicol. Soc. 2007; 19(1):45-51.
29. Coimbra Júnior CEA, Santos RV, Escobar AL, ed. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz/ABRASCO; 2003.
30. Kleinman A. Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. Social Science and Medicine (Impr.). 1978; 12:85-93.
31. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro, RJ: LTC; 1989.
32. Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, Saúde e Doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. Rev Latino-Am Enferm. 2010 May.-Jun.; 18(3):[09 telas].
33. Leininger MM. Leininger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality. Nursing Science Quarterly. 1988; 1:152-60.
34. Seima MD, Michel T, Méier MJ, Loewen Wall M, Lenardt MH. A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985 – 2011. Rev. Escola Anna Nery [serial on the Internet]. 2011 Oct.-Dec. [cited 2016 May 05]; 15(4):851-7. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127721087027.pdf>.

35. Ribas DLB, Concone MHVB, Pícoli RP. Doenças e práticas terapêuticas entre os Teréna de Mato Grosso do Sul. *Saúde Soc.* [serial on the Internet]. 2016 Mar. [cited 2016 Apr 28]; 25(1):160-70. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000100160&lng=en.
36. Langdon EJ. Saúde e povos indígenas: os desafios na virada do século. In: V Congresso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina; 1999 Jun. 7-11 [cited 2016 April 27]; Isla de Margarita, Venezuela. Available from: <http://www.antropologia.com.br/tribo/nessi/textos/Margsav.htm>.
37. Geertz C. O impacto do conceito de cultura sobre o conceito de homem. In: Geertz C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989. p. 45-66.
38. Garnelo L, Langdon EJ. A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: Minayo MCS, Coimbra JRC, ed. *Críticas e atuantes ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.143-56.
39. Silva CD. De improvisos e cuidados: a saúde indígena e o campo da enfermagem. In: Teixeira CC, Garnelo L (org.). *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. (Coleção Saúde dos Povos Indígenas). p. 181-212.
40. Leininger M, Mcfarland MR. *Culture Care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. 2nd. ed. New York: Jones and Bartlett Publishers; 2006
41. Leininger M. *Transcultural Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing* [cited 2016 April 28]. *Nursing and Health Care*. 1985; 6:209-12. Available from: <http://m.nsq.sagepub.com/content/1/4/152.short>.
42. Acçolini G. *Protestantismo à moda Terena*. Dourados, MS: Editora UFGD; 2015 [cited 2016 Apr 10]. Available from: http://200.129.209.183/arquivos/arquivos/78/EDITORA/catalogo/protestantismo_a_moda_terena.pdf.
43. Pereira LM. O pentecostalismo Kaiowá: uma aproximação dos aspectos sociocosmológicos e históricos”. In: Wright R, editor. *Transformando os Deuses, II: Igrejas Evangélicas, Pentecostais e Neopentecostais*. Campinas, SP: Editora da Unicamp; 2004. p. 267-301.

44. Vargas IA, Wiziack RSC. Os sentidos e os significados de ambiente e natureza para os Terena: subsídios para uma educação etnoambiental. In: IV ENANPPAS – Encontro da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Ambiente e Sociedade; 2008 Mês x-x [cited 2016 Mar 29]. Brasília (DF): Local; 2008. Available from: <http://www.anppas.org.br/encontro4/cd/ARQUIVOS/GT9-102-514-20080511002449.pdf>
45. Grubits S, Freire HBG, Noriega JAV. Influência de aspectos sociais e culturais na educação de crianças indígenas [cited 2016 Mar 29]. *Psico-USF (Impr.)* 2009 Sep/Dec; 14(3):365-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v14n3/v14n3a12.pdf>.
46. Grubits S, Darrault-Harris I. *Psicosemiótica na construção da identidade infantil: um estudo da produção artística de crianças Guarani/Kaiowá*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001. Campo Grande (MS): Universidade Católica Dom Bosco; 2001.
47. Viveiros de Castro EB. *O Nativo Relativo*. *Mana*. 2002; 9(1).
48. Pereira LM. Demarcação de terras Kaiowá e Guarani em MS: ocupação tradicional, reordenamentos organizacionais e gestão territorial. *Tellus*. 2010 Jan.-Jun; 10(18):115-37.
49. Fleuri RM. Intercultura e educação. *Revista Brasileira de Educação*. 2003 May./Aug.; 23.
50. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saúde Pública*. 2004 Sep.-Oct. [cited 2016 Mar 30]; 20(5):1400-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/36.pdf>.
51. Freire P. *Pedagogia da autonomia – saberes necessários à prática educativa*. 25th ed. São Paulo, SP: Paz e Terra; 1996.
52. Cortesão L, Stoer S. “Levantando a Pedra” da Pedagogia Inter/multicultural às Políticas Educativas numa época de Transnacionalização. Porto (PT): Ed. Afrontamento; 1999.
53. Canclini NG. *Culturas Híbridas – estratégias para entrar e sair da modernidade*. 4th. ed. São Paulo: UNESP; 2011
54. Marx K, Engels F. *A Ideologia Alemã*. Bruni JC, Nogueira MA, trad. São Paulo, SP: HUCITEC; 1989.
55. D’Angelis WR, Veiga J. O trabalho e a perspectiva das sociedades indígenas no Brasil. In: *Simpósio Nacional da Pastoral Operária – o futuro do trabalho na sociedade brasileira*; 2001. nov. São Paulo: Local; 2001. p. 14-17.
56. Brand AJ, Colman RS, Costa RB. Populações indígenas e lógicas tradicionais de Desenvolvimento Local. *Interações (Campo Grande)*. 2008 Dez; 9(2):171-9.

57. Arruda RSV, Diegues AC, ed. Saberes tradicionais e biodiversidade no Brasil. Brasília (DF): Ministério do Meio Ambiente. S. Paulo: USP; 2001.
58. Langdon EJ. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. ACENO [cited 2016 Mar 14]. 2015 Aug.-Dec.; 2(4):55-77. Available: <http://periodicoscientificos.ufmt.br/index.php/aceno/article/viewFile/3286/pdf>.

8 APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido I.**APÊNDICE H: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO I
ENFERMEIRO (A) INDÍGENA**

CEP/UNICAMP - Número do CAAE: (39592814.9.0000.5404)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Análise das práticas dos(as) enfermeiros(as) índios(as) das etnias guarani kaiowá e terena na perspectiva do cuidado cultural” realizada por Fátima Alice Aguiar Quadros aluna do Programa de doutorado em Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP e sua orientadora prof. Maria Inês Monteiro.

Este documento visa assegurar seu direito como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador. Solicito que leia com atenção, se acaso tiver dúvidas, você poderá esclarecer com o pesquisador. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Essa pesquisa tem por objetivo, analisar o processo do cuidar transcultural no trabalho dos(as) enfermeiros(as) índios(as) no Sul do Estado do Mato Grosso do Sul. O interesse pelo estudo surge a partir da formação dos enfermeiros, visto que os enfermeiros indígenas além do conhecimento acadêmico possuem os conhecimentos advindos de sua cultura. Assim, partimos do pressuposto de que a população indígena são cuidadas com competência cultural pelos(as) enfermeiros(as) índios(as), devido ao domínio da cultura indígena, o que leva ao êxito da prática transcultural.

Participando do estudo você está sendo convidado a: permitir que o pesquisador acompanhe-a (o) nos procedimentos e atividades desempenhadas no seu cotidiano do trabalho (Posto de saúde, visita domiciliar, etc), assim como a fornecer entrevistas que serão gravadas em áudio e transcritas. Os dados transcritos serão devolvidos a você para obter ciência, e só então considerados material da pesquisa.

O acompanhamento será em todas as atividades do enfermeiro (salvo aquelas que não forem autorizadas por pacientes), no período de quinze dias da jornada de trabalho. Para este período, será acordada data de início e final da coleta de dados (observação e entrevistas). A observação por parte do pesquisador consiste no acompanhamento da prática do enfermeiro (nos atendimentos a pacientes e atividade junto à equipe de trabalho), as quais gerarão registros por escrito em diário de campo. Já as entrevistas, serão aproximadamente duas sobre assuntos ligados a aspectos culturais na assistência de enfermagem, desenvolvidas no cotidiano da enfermagem. Estas serão agendadas em dia e horário mais tranquilo para o enfermeiro, de modo que não venha comprometer suas atividades de trabalho. Cada uma das entrevistas terão prazo de no máximo trinta minutos.

Todos os registros escritos e gravados em áudios serão destruídos após o fim deste estudo. Sendo que estes dados, não serão utilizados para outros fins. Durante o acompanhamento não haverá interferência do pesquisador. Se houver necessidade de auxílio a intervenção, estarei disponível a ajuda-lo (a). Informo que a coleta de dados não tem por objetivo avaliá-lo.

Esta pesquisa não garante benefícios pessoais ao participante, no entanto, como benefício social o estudo “poderá” articular política entre enfermeiros índios e não índios; aproximação do conhecimento transcultural nos cursos de graduação e pós-graduação de enfermagem; Possibilidades para gerar políticas que favoreçam a empregabilidade dos(as) enfermeiros(s) indígenas junto à comunidade indígena.

A pesquisa não apresenta riscos aparentes ao participante, informo que poderá se recusar a responder questões da entrevista que lhe traga constrangimentos e pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. O procedimento para retirada de consentimento poderá ser verbalizado ou por escrito.

Os dados individuais não serão divulgados, garantindo o sigilo e a privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. O nome dos entrevistados,

bem como local de trabalho será preservado, para isto, serão usadas siglas aleatórias, assim, nunca haverá vinculação de seu nome as suas falas e ou local de trabalho.

O resultado da pesquisa será enviado ao órgão gestor da política de saúde indígena e ao Conselho Distrital de Saúde Indígena visando a subsidiar discussões sobre o tema e a auxiliar o fortalecimento do controle social.

O participante não arcará com nenhum custo em fazer parte da pesquisa, visto que o acompanhamento na fase da observação e entrevistas será realizado no cotidiano do trabalho do enfermeiro. É garantida indenização se houver danos da participação.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras Fátima Alice Aguiar Quadros, endereço profissional: UEMS, Rodovia Ithaum, cidade Universitária; telefone (67) 3902-2360 (horário comercial) e Maria Inês Monteiro na Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem - UNICAMP. Rua Tessália Vieira de Camargo Cidade Universitária 13083887 - Campinas, SP. Telefone: (19) 3521-8822. Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936. O CEP é constituído por um grupo de profissionais de diversas áreas de conhecimentos, que realizam a revisão ética inicial e continuada da pesquisa para proteger os direitos dos participantes da pesquisa.

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter sido esclarecido sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante: _____

_____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do participante)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento.

Data:

_____/_____/____.

(Assinatura do pesquisador)

APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido II.**APÊNDICE I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO I
PACIENTE - PESSOA INDIGENA.****CEP/UNICAMP - Número do CAAE: (39592814.9.0000.5404)**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Análise das práticas dos(as) enfermeiros(as) índios(as) das etnias guarani kaiowá e terena na perspectiva do cuidado cultural” realizada por Fátima Alice Aguiar Quadros aluna do Programa de doutorado em Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP e sua orientadora prof. Dra. Maria Inês Monteiro.

Este documento visa assegurar seu direito como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador. Solicito que leia com atenção, se acaso tiver dúvidas, você poderá esclarecer com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Essa pesquisa tem por objetivo, analisar o processo do cuidar cultural no trabalho dos(as) enfermeiros(as) índios(as) no Sul do Estado do Mato Grosso do Sul.

O interesse pelo estudo surge a partir da formação dos enfermeiros, visto que os enfermeiros indígenas além do conhecimento acadêmico possuem os conhecimentos próprios, adquiridos na sua cultura. Assim, partimos do pressuposto de que a população indígena são cuidadas com competência cultural pelos(as) enfermeiros(as) índios(as), devido ao domínio da cultura indígena.

O procedimento para a participação nesta pesquisa será entrevista, sobre assuntos ligados a aspectos culturais que envolvem a saúde. Estas serão agendadas em local de sua escolha (casa ou no posto de saúde) em dia e horário mais tranquilo para você, de modo que não venha comprometer suas rotinas. A entrevista terá o tempo de no máximo trinta minutos.

A pesquisa não apresenta riscos aparentes aos participantes. O participante poderá se recusar a responder questões da entrevista que lhes tragam constrangimentos e pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. Os dados individuais não serão divulgados, garantindo o sigilo e a privacidade na pesquisa.

Esta pesquisa não garante benefícios pessoais ao participante, porém esperam-se benefícios para a comunidade, como o de articulação política entre os enfermeiros índios e não índios; aproximação do conhecimento transcultural nos cursos de graduação e pós-graduação de enfermagem; Possibilidades para gerar políticas que favoreçam a empregabilidade dos(as) enfermeiros(s) indígenas junto a comunidade indígena.

Você não arcará com nenhum custo em fazer parte desta pesquisa, visto que a entrevista será realizada no ambiente que você escolher. É garantida indenização se houver danos da participação.

Estou ciente de que o resultado da pesquisa será enviado ao órgão gestor da política de saúde indígena e ao Conselho Distrital de Saúde Indígena visando a subsidiar discussões sobre o tema e a auxiliar o fortalecimento do controle social.

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa, CONCORDO em responder a entrevista e autorizo a utilização dos dados fornecidos, para efeitos de um trabalho científico de tese na Universidade Estadual de Campinas.

Concordo que esta entrevista seja gravada para maior fidelidade no registro das minhas respostas: () Sim () Não

Local e data:



Impressão dactiloscópica no caso de não saber escrever

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras Fátima Alice Aguiar Quadros, endereço profissional: UEMS, Rodovia Ithaum, cidade Universitária; telefone (67) 3902-2360 (horário comercial) e Maria Inês Monteiro na Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem - UNICAMP. Rua Tessália Vieira de Camargo Cidade Universitária 13083887 - Campinas, SP. Telefone: (19) 3521-8822. Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936. O CEP é constituído por um grupo de profissionais de diversas áreas de conhecimentos, que realizam a revisão ética inicial e continuada da pesquisa para proteger os direitos dos participantes da pesquisa.

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante: _____

_____ Data: ___/___/___.

(Assinatura do participante)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: ___/___/___.

(Assinatura do pesquisador)

APÊNDICE 3 – Formulário para entrevista individual do(as) enfermeiros(as) indígenas.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, PROFISSIONAL E CULTURAL:

Sexo: () Masculino () Feminino **Idade** (anos): _____

Situação conjugal:

() Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado

() Separado () Amasiado () União estável

Número de filhos: _____

Arranjo familiar – Com quem vive?

() Sozinho () Com companheiro () Com companheiro e filhos

() Com filhos () Com outras pessoas

Renda familiar mensal (em salários-mínimos): _____

Quantas pessoas usufruem dessa renda? _____

Natural de qual município e estado? _____

Etnia _____

Procedência: () Zona Urbana _____ () Zona Rural _____

Crença religiosa? () Não () Sim Qual? _____

Escolaridade (total de anos de estudo):

Graduação: Ano/início _____ Ano/conclusão _____

Natureza: () Ensino Público () Instituição Privada

Forma de ingresso: () Vestibular () Política de cotas () Outra: _____

Contou com ajuda financeira para sua formação acadêmica?

() Não () Sim Qual? _____

Especialização/número:

() Em curso () Concluída Qual? _____

() Curso que pretende fazer: _____

O TRABALHO E SUA GESTÃO:

Relate-me sua trajetória de trabalho logo após a graduação e até os tempos atuais.

Situação de trabalho/ocupação:

() CASAI/Dourados _____ () CASAI/Amambai _____

() ESF/abrangência, aldeia e município _____

Qual é o formato do contrato de trabalho? _____

Possui mais de um vínculo empregatício? () Não () Sim

Qual? _____

Com relação à sua atuação, descreva as atividades que desempenha em pesquisa, práticas assistenciais, educativas em saúde e o resultado dessas.

Atividades diárias que desempenha além do trabalho: _____

Você tem atividade de lazer?

() Não () Sim. Quais e quantas horas por semana? _____

Como classifica o seu estado de saúde? Justifique

() Bom () Prejudicado Justificativa: _____

9 ANEXOS

**ANEXO 1 – Autorização do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Mato Grosso do Sul
(CONDISI-MS)**



Carta no. 003/2014/CONDISI-MS.

CARTA DE ANUÊNCIA

Atendendo solicitação, requerendo deste Conselho Carta de Anuência para realização do Projeto de Pesquisa Intitulado: “ANÁLISE DAS PRÁTICAS DAS ENFERMEIRAS ÍNDIAS NA PERSPECTIVA DO CUIDADO CULTURAL”, realizada pela pesquisadora Fátima Alice Aguiar Quadros pelo Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho/UNICAMP.

Informamos que o CONDISI está ciente do projeto e apóia a iniciativa, tendo em vista a relevância do tema, bem como, a sua importância para o desenvolvimento da ciência para a sociedade em geral, desde que atenda os demais pré-requisitos legais para realização de Pesquisa fornecida pelos órgãos competentes.

Ressaltamos ainda, lembrando Vossa Senhoria da importância em citar as fontes de dados, parceiros e profissionais envolvidos no referido trabalho, assim como a devolutiva dos resultados do trabalho para a comunidade indígena por meio deste colegiado e para o órgão responsável pela saúde indígena, após conclusão dos trabalhos.

Atenciosamente,

Dourados/MS, 22 de Janeiro de 2014.

Fernando da Silva Souza

Presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena - CONDISI/MS

Rua Ponta Porã, 3495 – Vila Planalto – Fone: (067)3421-2454
Dourados – MS

ANEXO 2 – Autorização do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI)

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria Especial de Saúde Indígena/Distrito Sanitário Especial Indígena
Rua Prof. Luiz Alexandre de Oliveira, 689, Royal Park, Cep:79021-430
Fone: (67)3326-6885/Fax (67)3326-2677

SIPAR - Ministério da Saúde
DSEI - MATO GROSSO DO SUL
Registro Número:
25048.000207/2014-72
Em 19/02/2014

Ofício nº 147/DSEI/MS/SESAI.

Campo Grande, 14 de fevereiro de 2014.

A Sua Senhoria Senhora

Maria Inês Monteiro

Prof.ª Dr.ª Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem

Universidade Estadual de Campinas

Av. Tessália Vieira de Camargo, 126 - Cidade Universitária "Zeferino Vaz"

Distrito de Barão Geraldo

13.083-887 - Campinas – SP

Assunto: Autorização de Pesquisa

Senhora Pesquisadora,

1. Considerando o projeto de pesquisa intitulado “Análise das práticas dos (as) Enfermeiros (as) índios (as) na perspectiva do cuidado cultural”, da doutoranda Fátima Alice Aguiar Quadros, do Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP, enviado a este DSEI com solicitação de autorização de pesquisa nos polos de Dourados; Caarapó; Amambai e Antônio João, que abrangem os atendimentos na Estratégia Saúde da Família-ESF e nas Casas de Apoio à Saúde Indígena-CASAI (Dourados e Amambai);
2. Considerando a importância da pesquisa para a saúde indígena e a formação profissional, a partir de uma abordagem transcultural, conforme descrito no projeto de pesquisa anexo a este documento;
3. Considerando as Diretrizes e Normas para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - Resolução CNS 466/2012 (publicada em 13/06/2013); e Resolução nº 304, de 09 de agosto de 2000, autorizo a pesquisa, indicando que a mesma deverá ser iniciada após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da referida Universidade e o com prévio agendamento junto as ESF e CASAI.
4. Solicito que a discente envie, ao final da tese de doutorado, o material desenvolvido no projeto, bem como orientadora e aluna tomem ciência de todos os pareceres anexados ao projeto e encaminhem o parecer do comitê a este distrito quando liberado.

Atenciosamente,

Luiz Antonio De Oliveira Junior
Coordenador Substituto do DSEI-MS/SESAI

Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul - Rua Prof. Luiz Alexandre de Oliveira, 689, Royal Park, Campo Grande/MS - CEP:79021-430. Fone: (67)3326-6885/Fax (67)3326-2677

ANEXO 3 – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (CEP/UNICAMP).

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.083.360

pretende divulgá-los para a comunidade, de forma a garantir o retorno social para os participantes da pesquisa (Resolução CNS nº 466 de 2012, itens III.1.I. e III.1.n).

Resposta: "Esta pesquisa não garante benefícios pessoais ao participante, no entanto, como benefício social o estudo "poderá" articular política entre enfermeiros índios e não índios; aproximação do conhecimento transcultural nos cursos de graduação e pós-graduação de enfermagem; Possibilidades para gerar políticas que favoreçam a empregabilidade dos(as) enfermeiros(s) indígenas junto à comunidade indígena." e

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.2 De forma a garantir a integridade dos TCLE, os documentos devem apresentar a numeração das páginas. Solicita-se inserir a numeração das páginas, de forma a indicar, também, o número total de páginas, por exemplo: 1 de 2; 2 de 2. Solicita-se adequação.

Resposta: Foram realizadas as adequações solicitadas.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

- O sujeito de pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.083.360

confidencialidade. Os sujeitos podem temer a devolução ou comunicação inapropriada de resultados dos estudos, pode gerar situações de conflito ou abalar vínculos para pessoas ou grupos na comunidade. Para isso a pesquisadora irá disponibilizar os dados para os sujeitos (validação dos sujeitos) de forma que os mesmos possam ler concordar ou discordar e até mesmo sugerir mudanças no texto.

BENEFÍCIOS Segundo o pesquisador (a), Pelo fato de ter sido professora destas (es) enfermeiras (os), há possibilidades de se sentirem confortadas, apoiadas e segura na presença do pesquisador, devido ao potencial do pesquisador, com isso poderão elaborar melhor as emoções, stress, culpa, perda da autoestima. Articulação política entre enfermeiros índios e não índios; aproximação do conhecimento transcultural nos cursos de graduação e pós graduação de enfermagem; Possibilidades para gerar políticas que favoreçam a empregabilidade dos(as) enfermeiros(s) indígenas junto a comunidade indígena.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação com recomendação do projeto de pesquisa proposto, devendo o CEP verificar o cumprimento das pendências abaixo, antes do início do estudo. Vide o campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide o campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide o campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências emitidas pela CONEP, devendo o CEP verificar o cumprimento das pendências emitidas no parecer CEP número 1.063.645, antes do início do estudo.

1. Quanto aos Termos de Consentimento referentes aos arquivos "TCLE pessoa indígena 8.4.2015" e "TCLE enfer 8.4.2015":

1.1 No TCLE dirigido aos indígenas, solicita-se que sejam informados os benefícios resultantes esperados para a pesquisa, mesmo que estes não se restrinjam ao plano do indivíduo e como se

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.083.360

sentimentos, percepções, preferências, comportamento, opiniões e necessidades das(os) enfermeiras(os) índias(os). Terá início com uma pergunta norteadora, as falas serão gravadas e transcritas posteriormente. Análise dos dados: será orientada por Leininger onde propõe três modalidades para guiar as decisões e ações de enfermagem visando proporcionar um cuidado mais coerente com o seu cotidiano na preservação cultural de cuidado, acomodação cultural do cuidado e repadronização cultural do cuidado. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO Enfermeiros(as) índios(as) que atuam nas aldeias do sul do Estado de Mato Grosso do Sul e seus respectivos pacientes e familiares que estão sob os cuidados de enfermagem na atenção à saúde indígena CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO Todos(as) enfermeiros(as) não índios(as), bem como os pacientes e familiares índios e não índios que não foram atendidos pelos(as) enfermeiro(as) índios(as).

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO Analisar o processo do cuidar transcultural no trabalho dos(as) enfermeiros(as) índios(as) no Sul do Estado do Mato Grosso do Sul.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS Descrever e analisar as práticas de enfermagem transcultural, os resultados dessas, bem como aceitação e adesão da comunidade no serviço de saúde. Avaliar as facilidades/dificuldades na atuação dos(as) enfermeiros(as) índios(as) junto à comunidade. Observar e descrever o movimento das relações interpessoais entre membros da equipe de enfermagem, gestão do serviço e as práticas educativas em saúde, suas metas, estratégias e avaliação dos resultados. Conhecer o ambiente e a população no qual os enfermeiros mantêm o cuidar a fim de identificar e descrever o processo de saúde cultural como etnia, idioma, costumes, hábitos de vida, mitos, crenças etc. Analisar as percepções indígenas nas diferentes etnias sobre o processo saúde e doença; vida e morte; cuidar e ser cuidado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS Segundo o pesquisador (a), Possibilidades dos enfermeiros, pacientes e familiares indígenas se sentirem constrangidos com perguntas relativas às questões culturais e políticas, bem como ao domínio do idioma guarani. Estresse emocional de pacientes e familiares indígenas, relacionado a experiências com doença e morte. Pelo fato de ter sido professora destas (es) enfermeiras (os), há riscos de modificação nas emoções, stress, culpa, perda da auto-estima. As pessoas podem vir a se sentirem discriminadas e estigmatizadas, como resultado da invasão de privacidade e quebra da confidencialidade, principalmente quando as informações estão relacionadas a abuso de drogas ou álcool, atividades ilegais e comportamento sexual. Para amenizar os riscos, a pesquisadora terá o máximo de cuidado quanto à proteção da

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.083.360

(as) indígenas e a comunidade indígena, cujas aldeias indígenas são: Bororó, Jaguapiru, Panambizinho (Dourados); Aldeia Teykue, Piroroka e acampamento PindóRoky (Caarapó); Aldeias Amambai, Taquapiri, limão verde, Guacuti e Jaguarí (Amambai); Aldeias Campestre e Cerro Marangatu, Pirakuá, Kokuê-y e Lima Campo (Antônio João). Serão excluídas da coleta de dados às aldeias cujo líder indígena não tenha assinado o termo de autorização. População: Enfermeiros(as) índios(as) que atuam nas aldeias do sul do Estado de Mato Grosso do Sul e seus respectivos pacientes e familiares que estão sob os cuidados de enfermagem na atenção à saúde indígena. Considerações legais e éticas: Após a aprovação (Conselho Distrital de Saúde Indígena-CONDISI; Distrito Sanitário Especial Indígena-DSEI; Lideranças Indígenas Guarani Kaiowá e Terena; Fundação Nacional do Índio-FUNAI; CEP e CONEP), será iniciada a coleta de dados, e as entrevistas só serão realizadas após a apresentação da proposta da pesquisa e assinatura de autorização do Termo de consentimento livre e esclarecido-TCLE pelos sujeitos participantes. Coleta de dados: Para a pesquisa documental nos Polos Bases de saúde indígena, será levantado o perfil de morbidade e mortalidade entre homens e mulheres (crianças, adolescentes, adultos e idosos), com a finalidade de conhecer o perfil epidemiológico da população cuidada pelos enfermeiros indígenas. Já na pesquisa Etnográfica será realizada aproximação da pesquisadora com as(os) enfermeiras(os) índias(os) que iniciará com entrevista semi-estruturada individual que busca caracterizar o perfil sociodemográfico, profissional e cultural; o trabalho e sua gestão, bem como atuação nas práticas (assistenciais, de pesquisa e educativas em saúde e o resultado dessas). Em seguida, inicia-se a observação das práticas dos(as) enfermeiros(as); atuação individual e em grupo, ocorrerá em dias sequenciais e de período integral ao plantão. As informações observadas/assistidas serão anotadas (diário de campo) por blocos de práticas (assistência, gerenciamento, educação e pesquisa) da enfermagem. Já, no caso das pessoas cuidadas pelos (as) enfermeiros (as) - pacientes e seus familiares, quando envolvidos no processo do cuidar, estes, depois de selecionados, serão convidados e, após aceite, à entrevista individual. A pergunta desencadeadora será "Você pode-me falar sobre sua história de vida, como foi ser cuidado pelos seus (parentes) e como é ser cuidado pelos(as) enfermeiros(as)?" Os pontos norteadores para a entrevista serão os significados sobre saúde, doença, morte e suas expectativas sobre o cuidar em saúde. Após observação das práticas dos enfermeiros e entrevistas destes e das pessoas cuidadas, a coleta de dados será finalizada com a entrevista de grupo focal, onde será agendada entrevista, com cinco a dez enfermeiros(as) participantes, em local a ser definido pelo grupo, cujo propósito é obter informações de caráter qualitativo em profundidade sobre experiências acumuladas, cotidiano do trabalho frente aos demais enfermeiros(as), membros da equipe multiprofissional e comunidade, bem como

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.083.360

partilhados e transmitidos, de determinado grupo que orientam o pensamento, as decisões e as ações sobre formas padronizadas. Desse modo o cuidado cultural são “expressões padronizadas, crenças e valores cognitivamente sabidos que auxiliam, proporcionam apoio ou capacitam outra pessoa ou grupo, no sentido de poder manter o bem estar, melhorar uma condição ou vida humana ou enfrentar a morte ou as deficiências”. Para Leininger, a enfermagem transcultural é um “subcampo ou ramo que trata do estudo comparativo de culturas para entender as semelhanças (cultura universal) e diferença (específico de cultura) em todos os grupos humanos”. Assim, busca a análise de culturas no que diz respeito à enfermagem e às práticas de cuidados de saúde-doença, com o objetivo de proporcionar um serviço de atendimento de enfermagem, significativo e eficaz, para as pessoas, de acordo com seus valores culturais e seu contexto de saúde-doença. Leininger construiu sua teoria da enfermagem transcultural com base na premissa de que as pessoas de cada cultura têm sua maneira de experimentar e perceber o atendimento de enfermagem e podem relacionar essas experiências e sensações com suas crenças e práticas gerais de saúde. Podemos descrever a competência cultural como um processo contínuo de o indivíduo tornar-se cada vez mais autoconsciente, visando valorizar a diversidade e tornar-se perito em conhecimento sobre os pontos fortes da cultura e assim, desenvolver a capacidade de compreender as diferenças culturais, com a finalidade de prestar cuidados de qualidade a uma diversidade de pessoas. O cuidar das pessoas exige aguçada consciência da diversidade, além de sólida base de conhecimentos e competências em enfermagem transcultural e, especialmente, forte respeito pessoal e profissional para com as pessoas de várias culturas, o que pode garantir o cuidado holístico e cultural de enfermagem. Culturalmente, os enfermeiros indígenas são sensíveis às questões, relacionadas à cultura, raça, etnia, gênero etc. Com isso é esperado em seu desempenho profissional a eficácia na capacidade de comunicação, apreciações culturais e aquisição de conhecimentos relacionados com as práticas de saúde de diferentes etnias no Sul do Estado do MS. Já esses mesmos enfermeiros indígenas, detentores do conhecimento da cultura indígena, podem ser o elo na formação de outros a adquirir conhecimentos e competências em comunicação intercultural, que os ajudarão a prestar cuidados individualizados que se baseiam no respeito às práticas culturais. Hipótese: A população indígena é melhor cuidada por enfermeiros(as) índios(as), devido ao domínio da cultura indígena, o que leva ao êxito da prática transcultural. Metodologia: Pesquisa documental e etnográfica. Local: Polos de saúde indígena dos municípios de Dourados, Caarapó, Amambai e Antônio João; nos Postos de Saúde/Estratégias Saúde da Família-ESF ligados a esses municípios; Casas de Saúde do Índio-CASAI de Dourados e Amambaí, inseridos no sul do Estado de Mato Grosso do Sul, restringindo-se ao local de atuação dos(as) enfermeiros

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.083.360

e, a partir de 1999, junto à FUNASA/MS, há destaque para 435 casos no período de 1981 a 2000, onde a maioria era do sexo masculino (256 casos) e faixa etária entre 15 a 17 anos (13 casos). Dentre os meios para cometer suicídio (enforcamento, afogamento, uso de armas) o maior número é desconhecido (340) seguido por uso de ingestão de venenos e agrotóxicos (62). Entre as áreas indígenas com maior incidência por ano está Dourados - em especial na região do Bororó/Jaguapiru (174). Embora para os Kaiowá as causas sejam atribuídas aos espíritos (fundamentados no xamanismo) ou a problemas socioeconômico ou cultural, para os autores, um dos fatores que interfere nesta alta porcentagem é o clima de instabilidade decorrente dos conflitos de terra, especialmente, no decorrer do ano de 1999. Do mesmo modo, Foti, (2004) preocupado com o fenômeno suicídio na população Kaiowá e Nhandewa deu continuidade à pesquisa que traz evidência de aumento dos casos nos anos de 2000 (43 casos); 2001 (41 casos); 2002 (55 casos) e 2003 (53 casos), porém, mantém a incidência no gênero e faixa etária. O estudo foi baseado nos dados do Distrito Sanitário Especial Indígena-DSEI do Mato Grosso do Sul e Fundação Nacional de Saúde, em que se buscou maior compreensão quanto ao chamado jejuvy (modo cultural de morrer). Do ponto de vista antropológico, o suicídio, nos atuais patamares, significa o desgosto, humilhação, penúria e mal-estar coletivo, sem deixar de ser, sob outro ângulo, uma forma da resistência, a vitória da vontade individual. O estudo sugere intervenções em saúde, educação, política fundiária, defesa dos direitos, promoção do esporte e das técnicas. Atenção voltada igualmente para as condições de vida e a promoção do bem-estar coletivo, com programa multidirecionado, agregador, com ações construídas e trabalhadas intersetorialmente. Recomenda que os DSEIs devam colocar à disposição dos assistidos meios, materiais e organizacionais, para atuarem, eles próprios, na base dos problemas. A taxa de suicídio entre os Guarani foi 19 vezes superior à taxa nacional no Brasil e 10 vezes maior do que a taxa em Mato Grosso do Sul e que os adolescentes guaranis e adultos jovens, foram afetados desproporcionalmente. O trabalho efetivo dos enfermeiros e equipe multiprofissional será de suma importância para melhoria das condições de saúde dos povos indígenas no Estado do MS. Embora no MS se concentre o segundo maior contingente populacional indígena do país, há escassez de estudos publicados recentemente que analisem as condições de saúde desses povos e, especificamente, as etnias Kadiwéu, Kinikinau, Guató, Ofaié e Atikum.

1.4 O cuidado transcultural e a competência cultural O cuidado é definido como aquele "fenômeno relacionado ao comportamento de prestar ajuda dar apoio ou capacitar, voltado à outra pessoa ou por outra pessoa (ou grupo), com necessidades evidentes ou antecipadas de melhorar ou aperfeiçoar uma condição ou vida humana". Já a cultura são valores, crenças, normas e hábitos aprendidos,

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.083.360

Sul se concentre o segundo maior contingente populacional indígena do país há poucos estudos publicados recentemente, que analisem as condições de saúde desses povos. A maioria dessas publicações destaca a história das populações, questões territoriais e migração. Os Terena, assim como os Guaraní-Kaiowá têm longa história de contato com a sociedade brasileira, morando em áreas algumas vezes próximas às cidades, e, muito provavelmente, devido a este fato, o grupo adotou muitos dos usos, costumes e práticas da sociedade nacional. Estes grupos tiveram também impacto em sua morfologia provocado por modificações na dieta e estilo de vida. O estilo de vida desses povos é prejudicado por impasses na ampliação territorial, pelos conflitos interétnicos, preconceito, interferência excessiva de vários órgãos externos e o impacto desestruturante do trabalho assalariado nas usinas de álcool e fazendas de gado, que têm contribuído para o aumento da insegurança entre a população. Em decorrências das modificações no processo saúde e doença das comunidades indígenas (Estado do MS) estudos epidemiológicos identificaram adoecimento em todas as faixas etárias, assim como precarização do estilo de vida das comunidades e incidência de algumas morbidades, e aponta as mortalidades e suas principais causas, principalmente nas etnias Terena e Guaraní-Kaiowá. Das morbidades, a tuberculose foi a mais explorada nos estudos, seguida pelo suicídio, a primeira em grupos de adolescentes e adultos, a segunda com maior ênfase em adolescentes, envolvendo as etnias Guaraní, Terena e Ofaié. Estudos em crianças dão destaque para o desenvolvimento de parasitoses intestinais e estado nutricional prejudicado. Estudos identificaram maior prevalência de mortalidade entre jovens do sexo masculino, até 19 anos, com redução a partir de 55 anos de idade, com destaque para os suicídios (Kaiowá/Guarani) e outras causas externas – a maioria advinda do alcoolismo. Estudo no qual foi calculado indicadores de mortalidade a partir dos dados obtidos do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena-SIASI e do consolidado mensal (2001 a 2007), assim como, do módulo demográfico e do Sistema de Informações sobre Mortalidade do SUS observou, na população indígena, comparativamente à do Estado, maior proporção de indivíduos menores de 15 anos e menor de idosos, além de taxas mais elevadas de mortalidade em idades precoces e por doenças infecciosas e parasitárias. Os homens indígenas apresentaram taxas significativamente maiores para as causas externas, doenças do aparelho respiratório e doenças infecciosas. Entre as mulheres, apenas as causas externas e doenças infecciosas se destacaram. A grande importância dos suicídios na juventude apresentou-se como aspecto relevante. Os autores concluíram que as condições de saúde da população indígena são piores que a da população total. em estudo sobre mortalidade por suicídio, cujas amostras foram provenientes de levantamentos realizados por pesquisadores do Programa Kaiowá/Guarani in loco, por meio da imprensa regional, junto à FUNAI

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.083.360

desfavoráveis, crise de identidade entre outros, levam a uma situação problemática de saúde pública, evidenciada por abuso de drogas, violência, suicídios e desnutrição. A organização dos serviços de saúde indígena no MS se dá pelo DSEI, localizado em Campo Grande e o modelo assistencial se dá por meio da atenção básica (postos de saúde e comunidade) e a referência e contra referência, pro meio do Sistema Único de saúde - SUS, da atenção secundária e terciária (hospitais da rede SUS e CASAI), estes centralizados em 13 Polos Base, distribuídos entre os municípios totalizando 22 aldeias. Distribuição de indígenas e famílias indígenas nos municípios do Estado do Mato Grosso do Sul e acesso à saúde por regiões. POLO BASE MUNICÍPIOS PESSOAS (n) FAMÍLIAS (n) Polo Base Região Sul DOURADOS 12.132 3.536 Laguna Caarapã 880 --- Douradina 871 --- Juti 527 --- AMAMBÁ 8.645 3.295 Coronel Sapucaia 2.842 --- Eldorado 526 --- CAARAPÓ 4.566 1.676 PARANHOS 4.309 1.419 IGUATEMI --- 1.506 Aral Moreira 481 - -- Japorã 3.811 --- TACURU 3.214 1.140 ANTÔNIO JOÃO 983 812 Bela Vista 471 - -- Ponta Porã 327 --- Total 16 municípios 44.585 13.384 Polo Base Região Norte AQUIDAUANA 6.411 2.581 Anastácio 515 --- MIRANDA 6.879 2.111 CAMPO GRANDE 3.065 420 Rochedo 69 --- SIDROLÂNDIA 1.472 1.156 Nioaque 1.578 --- Dois Irmãos do Buriti 1.830 --- CORUMBÁ 155 30 BRASILÂNDIA 105 32 Sete Quedas 229 --- Porto Murtinho 1.620 438 Guia Lopes da Laguna 347 --- Total 13 municípios 24.275 6.768 Total: 29 municípios com populações indígenas Total: 68.860 Pessoas Total: 20.152 Famílias Fonte: FUNASA/DSEIMS, 2010. Locais de Polos base: são os 13 municípios destacados na tabela em maiúsculo. Municípios em destaque amarelo: permanência de enfermeiros(as) índios(as), campo para coleta de dados. O atendimento a saúde da população indígena no Estado do Mato Grosso do Sul se dá em vários serviços: Estratégia da Saúde da Família-ESF, Casa de Saúde do Índio-CASAI e os Hospitais conveniados do SUS. A Casa de Saúde do Índio - CASAI no Estado do MS (Dourados, Amambai e Campo Grande) oferecem serviços de apoio aos pacientes indígenas e tem condições de receber, alojar e alimentar os pacientes encaminhados e acompanhante; prestar assistência de enfermagem 24 horas; agendar consultas; exames complementares ou internação hospitalar; providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e seu retorno às comunidades de origem. Dentre os hospitais que são referência para a saúde indígena e atendimento ao SUS no MS, há somente um que atende exclusivamente a população indígena, o Hospital da Missão Evangélica Caiuá, localizado no município de Dourados-MS, que é uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos; cuja atuação junto à população indígena da cidade iniciou-se em 1928, com a inauguração do Hospital e Maternidade "Porta da Esperança", para atendimento indígena, no ano de 1963. A entidade atende 22 aldeias em diversos municípios do Mato Grosso do Sul. 1.3 Perfil de adoecimento e morte entre indígenas. Embora no Mato Grosso do

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.083.360

prestarem cuidados culturalmente apropriados Com a implantação das políticas de cotas para povos indígenas por meio da lei 2.894/2004 ocorreu o ingresso de pessoas indígenas nos cursos de graduação em enfermagem no Estado do Mato Grosso do Sul, que já formaram mais de 20 enfermeiros (as) indígenas de várias etnias, que atuam em sua maioria, nos serviços de atenção a saúde indígena. Do mesmo modo, o acesso à formação ao ensino superior a pessoas indígenas vem se ampliando no Estado de Mato Grosso do Sul - MS, em outras áreas do conhecimento, em 44 instituições, das quais três são públicas e 41 privadas. A maioria (84%) está localizada no interior do Estado e, apenas sete (15,9%), na capital, Campo Grande (INEP, 2005). Atualmente parte dessas IES já formou e/ou está formando indígenas para atuarem na área da enfermagem.

1.1 A inserção dos enfermeiros(as) índios(as) no mercado de trabalho No Estado do MS, no ano de 2013, havia aproximadamente 55 enfermeiros (as) lotados no Distrito Sanitário Especial Indígena- DSEI, distribuídos em 13 Polos Base, enfermeiros índios e não índios, para atuar na saúde indígena, e, destes aproximadamente, 18 são indígenas. Potencialmente, os enfermeiros indígenas estão em posição estratégica na força de trabalho de enfermagem, pois tem a vivência cultural e podem compartilhar este conhecimento com seus colegas não indígenas.

1.2 A população Indígena em Dourados e região Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE o Estado do Mato Grosso do Sul possuía, em 2010, 2.505.088 habitantes, com população indígena estimada em 68.860 índios aldeados e 5.000 desaldeados, o que lhe confere o título de segundo maior contingente indígena do país. Também se destaca devido à grande diversidade étnica: Guarani Nandevá, Guarani Kaiowá, Terena, Kadiwêu, Kinikinawa, Guató, Atikum, Ofaié, entre outros, distribuídos em 202 aldeias no Estado. Os Guarani contemporâneos são divididos em três subgrupos: Mbyá, Kaiowá e os Nhandéva/Chiripá, sendo que apenas estes últimos se autodenominam Guarani. No Estado de Mato Grosso do Sul, estão dois destes subgrupos, os Kaiowá e os Guarani, estes vivem em 28 áreas indígenas da região sul do Estado. A Reserva Indígena de Dourados (RID) divide-se em duas aldeias: Jaguapirú, na qual predominam as etnias Guarani e Terena; e Bororó, com as etnias Nandevá e Kaiowá. Em ambas há presença de mestiços. Juntas garantem o título de segundo maior contingente indígena urbano, somando cerca de 12.000 índios residindo há oito quilômetros da cidade de Dourados-MS. De modo geral, ressalta-se maior desenvolvimento socioeconômico na Aldeia Jaguapirú devido ao maior incentivo a educação e melhor adaptação aos hábitos urbanos. Já a Aldeia Bororó caracteriza-se por maior pobreza e marginalidade. Os índios da RID relatam que as características da terra e escassez de água dificultam a prática do plantio. Além disso, nota-se o aumento da população indígena na mesma área territorial delimitada há mais de 80 anos. A coexistência de fatores ambientais

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise das práticas dos(as) enfermeiros(as) índios(as) das etnias guarani kaiowá e terena na perspectiva do cuidado cultural

Pesquisador: Fátima Alice Aguiar Quadros

Área Temática: Estudos com populações indígenas;

Versão: 5

CAAE: 39592814.9.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.083.360

Data da Relatoria: 29/05/2015

Apresentação do Projeto:

INTRODUÇÃO

No Brasil, durante o período da redemocratização houve grande demanda dos movimentos sociais para a inclusão de negros e indígenas, e de temáticas curriculares no ensino fundamental e médio para essas populações. Entretanto, no período dos anos 1980-1990, as respostas institucionais foram asseguradas basicamente na Constituição Federal e nas Estaduais com a elaboração de capítulos específicos. Somente no início do século XXI pode ser identificada significativa mudança, posto que várias instituições do ensino superior passassem a adotar ações afirmativas para negros e indígenas, com ênfase no sistema de cotas. É importante que a força de trabalho de saúde mantenha-se culturalmente segura e tenha educação continuada, aspectos fundamentais para a redução das iniquidades em saúde para os povos indígenas. Educar e formar contingente significativo de enfermeiros (as) indígenas é uma iniciativa para preencher as lacunas na atenção a esse grupo populacional, garantindo os aspectos relativos a sua cultura, pois trazem, em geral, um conjunto único de habilidades, conhecimentos e compreensão para a prestação de serviços de saúde. Sua contribuição tem o potencial de suprir os resultados futuros para povos indígenas, melhorando o acesso a serviços de saúde, garantindo serviços culturalmente adequados, nos quais o atendimento seja pautado na igualdade e respeito, e auxiliam os enfermeiros não indígenas a

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.083.360

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, “cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento”.

CAMPINAS, 28 de Maio de 2015

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

ANEXO 4 – Parecer consubstanciado da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

**COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA**



Continuação do Parecer: 1.047.135

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide o campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide o campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. Quanto aos Termos de Consentimento referentes aos arquivos "TCLE pessoa indígena 8.4.2015" e "TCLE enfer 8.4.2015":

1.1 No TCLE dirigido aos indígenas, solicita-se que sejam informados os benefícios resultantes esperados para a pesquisa, mesmo que estes não se restrinjam ao plano do indivíduo e como se pretende divulgá-los para a comunidade, de forma a garantir o retorno social para os participantes da pesquisa (Resolução CNS nº 466 de 2012, itens III.1.l. e III.1.n).

1.2 De forma a garantir a integridade dos TCLE, os documentos devem apresentar a numeração das páginas. Solicita-se inserir a numeração das páginas, de forma a indicar, também, o número total de páginas, por exemplo: 1 de 2; 2 de 2. Solicita-se adequação.

Situação do Parecer:

Aprovado com Recomendação

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 nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto, devendo o CEP verificar o cumprimento das questões acima, antes do início do estudo.

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, 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: 1.047.135

processo de saúde cultural como etnia, idioma, costumes, hábitos de vida, mitos, crenças etc. Analisar as percepções indígenas nas diferentes etnias sobre o processo saúde e doença; vida e morte; cuidar e ser cuidado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

Segundo o pesquisador (a),

Possibilidades dos enfermeiros, pacientes e familiares indígenas se sentirem constrangidos com perguntas relativas as questões culturais e políticas, bem como ao domínio do idioma guarani. Estresse emocional de pacientes e familiares indígenas, relacionado a experiencias com doença e morte. Pelo fato de ter sido professora destas (es) enfermeiras (os), há riscos de modificação nas emoções, stress, culpa, perda da auto-estima. As pessoas podem vir a se sentirem discriminadas e estigmatizadas, como resultado da invasão de privacidade e quebra da confidencialidade, principalmente quando as informações estão relacionadas a abuso de drogas ou álcool, atividades ilegais e comportamento sexual. Para amenizar os riscos, a pesquisadora terá o máximo de cuidado quanto à proteção da confidencialidade. Os sujeitos podem temer a devolução ou comunicação inapropriada de resultados dos estudos, pode gerar situações de conflito ou abalar vínculos para pessoas ou grupos na comunidade. Para isso a pesquisadora irá disponibilizar os dados para os sujeitos (validação dos sujeitos)de forma que os mesmos possam ler concordar ou discordar e até mesmo sugerir mudanças no texto.

BENEFÍCIOS

Segundo o pesquisador (a),

Pelo fato de ter sido professora destas (es) enfermeiras (os), há possibilidades de se sentirem confortadas, apoiadas e segura na presença do pesquisador, devido ao potencial do pesquisador, com isso poderão elaborar melhor as emoções, stress, culpa, perda da auto-estima. Articulação política entre enfermeiros índios e não índios; aproximação do conhecimento transcultural nos cursos de graduação e pós graduação de enfermagem; Possibilidades para gerar políticas que favoreçam a empregabilidade dos(as) enfermeiros(s) indígenas junto a comunidade indígena.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide o campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, 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: 1.047.135

dos enfermeiros e entrevistas destes e das pessoas cuidadas, a coleta de dados será finalizada com a entrevista de grupo focal, onde será agendada entrevista, com cinco a dez enfermeiros(as) participantes, em local a ser definido pelo grupo, cujo propósito é obter informações de caráter qualitativo em profundidade sobre experiências acumuladas, cotidiano do trabalho frente aos demais enfermeiros(as), membros da equipe multiprofissional e comunidade, bem como sentimentos, percepções, preferências, comportamento, opiniões e necessidades das(os) enfermeiras(os) índias(os). Terá início com uma pergunta norteadora, as falas serão gravadas e transcritas posteriormente. Análise dos dados: será orientada por Leininger onde propõe três modalidades para guiar as decisões e ações de enfermagem visando proporcionar um cuidado mais coerente com o seu cotidiano na preservação cultural de cuidado, acomodação cultural do cuidado e repadronização cultural do cuidado.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Enfermeiros(as) índios(as) que atuam nas aldeias do sul do Estado de Mato Grosso do Sul e seus respectivos pacientes e familiares que estão sob os cuidados de enfermagem na atenção à saúde indígena

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Todos(as) enfermeiros(as) não índios(as), bem como os pacientes e familiares índios e não índios que não foram atendidos pelos(as) enfermeiro(as) índios(as).

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

Analisar o processo do cuidar transcultural no trabalho dos(as) enfermeiros(as) índios(as) no Sul do Estado do Mato Grosso do Sul.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Descrever e analisar as práticas de enfermagem transcultural, os resultados dessas, bem como aceitação e adesão da comunidade no serviço de saúde. Avaliar as facilidades/dificuldades na atuação dos(as) enfermeiros(as) índios(as) junto à comunidade. Observar e descrever o movimento das relações interpessoais entre membros da equipe de enfermagem, gestão do serviço e as práticas educativas em saúde, suas metas, estratégias e avaliação dos resultados. Conhecer o ambiente e a população no qual os enfermeiros mantêm o cuidar a fim de identificar e descrever o

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, 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: 1.047.135

Metodologia:

Pesquisa documental e etnográfica. Local: Polos de saúde indígena dos municípios de Dourados, Caarapó, Amambai e Antônio João; nos Postos de Saúde/Estratégias Saúde da Família-ESF ligados a esses municípios; Casas de Saúde do Índio-CASAI de Dourados e Amambai, inseridos no sul do Estado de Mato Grosso do Sul, restringindo-se ao local de atuação dos(as) enfermeiros(as) indígenas e a comunidade indígena, cujas aldeias indígenas são: Bororó, Jaguapiru, Panambizinho (Dourados); Aldeia Teykue, Piroroka e acampamento PindóRoky (Caarapó); Aldeias Amambai, Taquapiri, limão verde, Guacuti e Jaguari (Amambai); Aldeias Campestre e Cerro Marangatu, Pirakuá, Kokuê-y e Lima Campo (Antônio João). Serão excluídas da coleta de dados às aldeias cujo líder indígena não tenha assinado o termo de autorização. População: Enfermeiros(as) índios(as) que atuam nas aldeias do sul do Estado de Mato Grosso do Sul e seus respectivos pacientes e familiares que estão sob os cuidados de enfermagem na atenção à saúde indígena. Considerações legais e éticas: Após a aprovação (Conselho Distrital de Saúde Indígena-CONDISI; Distrito Sanitário Especial Indígena-DSEI; Lideranças Indígenas Guarani Kaiowá e Terena; Fundação Nacional do Índio-FUNAI; CEP e CONEP), será iniciada a coleta de dados, e as entrevistas só serão realizadas após a apresentação da proposta da pesquisa e assinatura de autorização do Termo de consentimento livre e esclarecido-TCLE pelos sujeitos participantes. Coleta de dados: Para a pesquisa documental nos Polos Bases de saúde indígena, será levantado o perfil de morbidade e mortalidade entre homens e mulheres (crianças, adolescentes, adultos e idosos), com a finalidade de conhecer o perfil epidemiológico da população cuidada pelos enfermeiros indígenas. Já na pesquisa Etnográfica será realizada aproximação da pesquisadora com as(os) enfermeiras(os) índias(os) que iniciará com entrevista semi-estruturada individual que busca caracterizar o perfil sociodemográfico, profissional e cultural; o trabalho e sua gestão, bem como atuação nas práticas (assistenciais, de pesquisa e educativas em saúde e o resultado dessas). Em seguida, inicia-se a observação das práticas dos(as) enfermeiros(as); atuação individual e em grupo, ocorrerá em dias sequenciais e de período integral ao plantão. As informações observadas/assistidas serão anotadas (diário de campo) por blocos de práticas (assistência, gerenciamento, educação e pesquisa) da enfermagem. Já, no caso das pessoas cuidadas pelos (as) enfermeiros (as) - pacientes e seus familiares, quando envolvidos no processo do cuidar, estes, depois de selecionados, serão convidados e, após aceite, à entrevista individual. A pergunta desencadeadora será "Você pode-me falar sobre sua história de vida, como foi ser cuidado pelos seus (parentes) e como é ser cuidado pelos(as) enfermeiros(as)?" Os pontos norteadores para a entrevista serão os significados sobre saúde, doença, morte e suas expectativas sobre o cuidar em saúde. Após observação das práticas

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, 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: 1.047.135

partilhados e transmitidos, de determinado grupo que orientam o pensamento, as decisões e as ações sobre formas padronizadas. Desse modo o cuidado cultural são “expressões padronizadas, crenças e valores cognitivamente sabidos que auxiliam, proporcionam apoio ou capacitam outra pessoa ou grupo, no sentido de poder manter o bem estar, melhorar uma condição ou vida humana ou enfrentar a morte ou as deficiências”. Para Leininger, a enfermagem transcultural é um “subcampo ou ramo que trata do estudo comparativo de culturas para entender as semelhanças (cultura universal) e diferença (específico de cultura) em todos os grupos humanos”. Assim, busca a análise de culturas no que diz respeito à enfermagem e às práticas de cuidados de saúde-doença, com o objetivo de proporcionar um serviço de atendimento de enfermagem, significativo e eficaz, para as pessoas, de acordo com seus valores culturais e seu contexto de saúde-doença. Leininger construiu sua teoria da enfermagem transcultural com base na premissa de que as pessoas de cada cultura têm sua maneira de experimentar e perceber o atendimento de enfermagem e podem relacionar essas experiências e sensações com suas crenças e práticas gerais de saúde. Podemos descrever a competência cultural como um processo contínuo de o indivíduo tornar-se cada vez mais autoconsciente, visando valorizar a diversidade e tornar-se perito em conhecimento sobre os pontos fortes da cultura e assim, desenvolver a capacidade de compreender as diferenças culturais, com a finalidade de prestar cuidados de qualidade a uma diversidade de pessoas. O cuidar das pessoas exige aguçada consciência da diversidade, além de sólida base de conhecimentos e competências em enfermagem transcultural e, especialmente, forte respeito pessoal e profissional para com as pessoas de várias culturas, o que pode garantir o cuidado holístico e cultural de enfermagem. Culturalmente, os enfermeiros indígenas são sensíveis às questões, relacionadas à cultura, raça, etnia, gênero etc. Com isso é esperado em seu desempenho profissional a eficácia na capacidade de comunicação, apreciações culturais e aquisição de conhecimentos relacionados com as práticas de saúde de diferentes etnias no Sul do Estado do MS. Já esses mesmos enfermeiros indígenas, detentores do conhecimento da cultura indígena, podem ser o elo na formação de outros a adquirir conhecimentos e competências em comunicação intercultural, que os ajudarão a prestar cuidados individualizados que se baseiam no respeito às práticas culturais.

Hipótese:

A população indígena é melhor cuidada por enfermeiros(as) índios(as), devido ao domínio da cultura indígena, o que leva ao êxito da prática transcultural.

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, 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: 1.047.135

e, a partir de 1999, junto à FUNASA/MS, há destaque para 435 casos no período de 1981 a 2000, onde a maioria era do sexo masculino (256 casos) e faixa etária entre 15 a 17 anos (13 casos). Dentre os meios para cometer suicídio (enforcamento, afogamento, uso de armas) o maior número é desconhecido (340) seguido por uso de ingestão de venenos e agrotóxicos (62). Entre as áreas indígenas com maior incidência por ano está Dourados - em especial na região do Bororó/Jaguapiru (174). Embora para os Kaiowá as causas sejam atribuídas aos espíritos (fundamentados no xamanismo) ou a problemas socioeconômico ou cultural, para os autores, um dos fatores que interfere nesta alta porcentagem é o clima de instabilidade decorrente dos conflitos de terra, especialmente, no decorrer do ano de 1999. Do mesmo modo, Foti, (2004) preocupado com o fenômeno suicídio na população Kaiowá e Nhandewa deu continuidade à pesquisa que traz evidência de aumento dos casos nos anos de 2000 (43 casos); 2001 (41 casos); 2002 (55 casos) e 2003 (53 casos), porém, mantém a incidência no gênero e faixa etária. O estudo foi baseado nos dados do Distrito Sanitário Especial Indígena-DSEI do Mato Grosso do Sul e Fundação Nacional de Saúde, em que se buscou maior compreensão quanto ao chamado jejuvy (modo cultural de morrer). Do ponto de vista antropológico, o suicídio, nos atuais patamares, significa o desgosto, humilhação, penúria e mal-estar coletivo, sem deixar de ser, sob outro ângulo, uma forma da resistência, a vitória da vontade individual. O estudo sugere intervenções em saúde, educação, política fundiária, defesa dos direitos, promoção do esporte e das técnicas. Atenção voltada igualmente para as condições de vida e a promoção do bem-estar coletivo, com programa multidirecionado, agregador, com ações construídas e trabalhadas intersetorialmente. Recomenda que os DSEIs devam colocar à disposição dos assistidos meios, materiais e organizacionais, para atuarem, eles próprios, na base dos problemas. A taxa de suicídio entre os Guarani foi 19 vezes superior à taxa nacional no Brasil e 10 vezes maior do que a taxa em Mato Grosso do Sul e que os adolescentes guaranis e adultos jovens, foram afetados desproporcionalmente. O trabalho efetivo dos enfermeiros e equipe multiprofissional será de suma importância para melhoria das condições de saúde dos povos indígenas no Estado do MS. Embora no MS se concentre o segundo maior contingente populacional indígena do país, há escassez de estudos publicados recentemente que analisem as condições de saúde desses povos e, especificamente, as etnias Kadiwéu, Kinikinau, Guató, Ofaié e Atikum.

1.4 O cuidado transcultural e a competência cultural O cuidado é definido como aquele "fenômeno relacionado ao comportamento de prestar ajuda dar apoio ou capacitar, voltado à outra pessoa ou por outra pessoa (ou grupo), com necessidades evidentes ou antecipadas de melhorar ou aperfeiçoar uma condição ou vida humana". Já a cultura são valores, crenças, normas e hábitos aprendidos,

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, 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: 1.047.135

Sul se concentre o segundo maior contingente populacional indígena do país há poucos estudos publicados recentemente, que analisem as condições de saúde desses povos. A maioria dessas publicações destaca a história das populações, questões territoriais e migração. Os Terena, assim como os Guaraní-Kaiowá têm longa história de contato com a sociedade brasileira, morando em áreas algumas vezes próximas às cidades, e, muito provavelmente, devido a este fato, o grupo adotou muitos dos usos, costumes e práticas da sociedade nacional. Estes grupos tiveram também impacto em sua morfologia provocado por modificações na dieta e estilo de vida. O estilo de vida desses povos é prejudicado por impasses na ampliação territorial, pelos conflitos interétnicos, preconceito, interferência excessiva de vários órgãos externos e o impacto desestruturante do trabalho assalariado nas usinas de álcool e fazendas de gado, que têm contribuído para o aumento da insegurança entre a população. Em decorrências das modificações no processo saúde e doença das comunidades indígenas (Estado do MS) estudos epidemiológicos identificaram adoecimento em todas as faixas etárias, assim como precarização do estilo de vida das comunidades e incidência de algumas morbidades, e aponta as mortalidades e suas principais causas, principalmente nas etnias Terena e Guaraní-Kaiowá. Das morbidades, a tuberculose foi a mais explorada nos estudos, seguida pelo suicídio, a primeira em grupos de adolescentes e adultos, a segunda com maior ênfase em adolescentes, envolvendo as etnias Guaraní, Terena e Ofaié. Estudos em crianças dão destaque para o desenvolvimento de parasitoses intestinais e estado nutricional prejudicado. Estudos identificaram maior prevalência de mortalidade entre jovens do sexo masculino, até 19 anos, com redução a partir de 55 anos de idade, com destaque para os suicídios (Kaiowá/Guarani) e outras causas externas – a maioria advinda do alcoolismo. Estudo no qual foi calculado indicadores de mortalidade a partir dos dados obtidos do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena-SIASI e do consolidado mensal (2001 a 2007), assim como, do módulo demográfico e do Sistema de Informações sobre Mortalidade do SUS observou, na população indígena, comparativamente à do Estado, maior proporção de indivíduos menores de 15 anos e menor de idosos, além de taxas mais elevadas de mortalidade em idades precoces e por doenças infecciosas e parasitárias. Os homens indígenas apresentaram taxas significativamente maiores para as causas externas, doenças do aparelho respiratório e doenças infecciosas. Entre as mulheres, apenas as causas externas e doenças infecciosas se destacaram. A grande importância dos suicídios na juventude apresentou-se como aspecto relevante. Os autores concluíram que as condições de saúde da população indígena são piores que a da população total. em estudo sobre mortalidade por suicídio, cujas amostras foram provenientes de levantamentos realizados por pesquisadores do Programa Kaiowá/Guarani in loco, por meio da imprensa regional, junto à FUNAI

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, 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: 1.047.135

desfavoráveis, crise de identidade entre outros, levam a uma situação problemática de saúde pública, evidenciada por abuso de drogas, violência, suicídios e desnutrição. A organização dos serviços de saúde indígena no MS se dá pelo DSEI, localizado em Campo Grande e o modelo assistencial se dá por meio da atenção básica (postos de saúde e comunidade) e a referência e contra referência, pro meio do Sistema Único de saúde - SUS, da atenção secundária e terciária (hospitais da rede SUS e CASAI), estes centralizados em 13 Polos Base, distribuídos entre os municípios totalizando 22 aldeias. Distribuição de indígenas e famílias indígenas nos municípios do Estado do Mato Grosso do Sul e acesso à saúde por regiões. POLO BASE MUNICÍPIOS PESSOAS (n) FAMÍLIAS (n) Polo Base Região Sul DOURADOS 12.132 3.536 Laguna Caarapã 880 --- Douradina 871 --- Juti 527 --- AMAMBÁ 8.645 3.295 Coronel Sapucaia 2.842 --- Eldorado 526 --- CAARAPÓ 4.566 1.676 PARANHOS 4.309 1.419 IGUATEMI --- 1.506 Aral Moreira 481 --- Japorã 3.811 --- TACURU 3.214 1.140 ANTÔNIO JOÃO 983 812 Bela Vista 471 --- Ponta Porã 327 --- Total 16 municípios 44.585 13.384 Polo Base Região Norte AQUIDAUANA 6.411 2.581 Anastácio 515 --- MIRANDA 6.879 2.111 CAMPO GRANDE 3.065 420 Rochedo 69 --- SIDROLÂNDIA 1.472 1.156 Nioaque 1.578 --- Dois Irmãos do Buriti 1.830 --- CORUMBÁ 155 30 BRASILÂNDIA 105 32 Sete Quedas 229 --- Porto Murtinho 1.620 438 Guia Lopes da Laguna 347 --- Total 13 municípios 24.275 6.768 Total: 29 municípios com populações indígenas Total: 68.860 Pessoas Total: 20.152 Famílias Fonte: FUNASA/DSEI-MS, 2010. Locais de Polos base: são os 13 municípios destacados na tabela em maiúsculo. Municípios em destaque amarelo: permanência de enfermeiros(as) índios(as), campo para coleta de dados. O atendimento a saúde da população indígena no Estado do Mato Grosso do Sul se dá em vários serviços: Estratégia da Saúde da Família-ESF, Casa de Saúde do Índio-CASAI e os Hospitais conveniados do SUS. A Casa de Saúde do Índio - CASAI no Estado do MS (Dourados, Amambai e Campo Grande) oferecem serviços de apoio aos pacientes indígenas e tem condições de receber, alojar e alimentar os pacientes encaminhados e acompanhante; prestar assistência de enfermagem 24 horas; agendar consultas; exames complementares ou internação hospitalar; providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e seu retorno às comunidades de origem. Dentre os hospitais que são referência para a saúde indígena e atendimento ao SUS no MS, há somente um que atende exclusivamente a população indígena, o Hospital da Missão Evangélica Caiuá, localizado no município de Dourados-MS, que é uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos; cuja atuação junto à população indígena da cidade iniciou-se em 1928, com a inauguração do Hospital e Maternidade "Porta da Esperança", para atendimento indígena, no ano de 1963. A entidade atende 22 aldeias em diversos municípios do Mato Grosso do Sul. 1.3 Perfil de adoecimento e morte entre indígenas Embora no Mato Grosso do

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, 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: conepe@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 1.047.135

prestarem cuidados culturalmente apropriados. Com a implantação das políticas de cotas para povos indígenas por meio da lei 2.894/2004 ocorreu o ingresso de pessoas indígenas nos cursos de graduação em enfermagem no Estado do Mato Grosso do Sul, que já formaram mais de 20 enfermeiros (as) indígenas de várias etnias, que atuam em sua maioria, nos serviços de atenção a saúde indígena. Do mesmo modo, o acesso à formação ao ensino superior a pessoas indígenas vem se ampliando no Estado de Mato Grosso do Sul - MS, em outras áreas do conhecimento, em 44 instituições, das quais três são públicas e 41 privadas. A maioria (84%) está localizada no interior do Estado e, apenas sete (15,9%), na capital, Campo Grande (INEP, 2005). Atualmente parte dessas IES já formou e/ou está formando indígenas para atuarem na área da enfermagem.

1.1 A inserção dos enfermeiros(as) índios(as) no mercado de trabalho No Estado do MS, no ano de 2013, havia aproximadamente 55 enfermeiros (as) lotados no Distrito Sanitário Especial Indígena- DSEI, distribuídos em 13 Polos Base, enfermeiros índios e não índios, para atuar na saúde indígena, e, destes aproximadamente, 18 são indígenas. Potencialmente, os enfermeiros indígenas estão em posição estratégica na força de trabalho de enfermagem, pois tem a vivência cultural e podem compartilhar este conhecimento com seus colegas não indígenas.

1.2 A população Indígena em Dourados e região Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE o Estado do Mato Grosso do Sul possuía, em 2010, 2.505.088 habitantes, com população indígena estimada em 68.860 índios aldeados e 5.000 desaldeados, o que lhe confere o título de segundo maior contingente indígena do país. Também se destaca devido à grande diversidade étnica: Guarani Nandevá, Guarani Kaiowá, Terena, Kadiwéu, Kinikinawa, Guató, Atikum, Ofaié, entre outros, distribuídos em 202 aldeias no Estado. Os Guarani contemporâneos são divididos em três subgrupos: Mbyá, Kaiowá e os Nhandéva/Chiripá, sendo que apenas estes últimos se autodenominam Guarani. No Estado de Mato Grosso do Sul, estão dois destes subgrupos, os Kaiowá e os Guarani, estes vivem em 28 áreas indígenas da região sul do Estado. A Reserva Indígena de Dourados (RID) divide-se em duas aldeias: Jaguapirú, na qual predominam as etnias Guarani e Terena; e Bororó, com as etnias Nandevá e Kaiowá. Em ambas há presença de mestiços. Juntas garantem o título de segundo maior contingente indígena urbano, somando cerca de 12.000 índios residindo há oito quilômetros da cidade de Dourados-MS. De modo geral, ressalta-se maior desenvolvimento socioeconômico na Aldeia Jaguapirú devido ao maior incentivo a educação e melhor adaptação aos hábitos urbanos. Já a Aldeia Bororó caracteriza-se por maior pobreza e marginalidade. Os índios da RID relatam que as características da terra e escassez de água dificultam a prática do plantio. Além disso, nota-se o aumento da população indígena na mesma área territorial delimitada há mais de 80 anos. A coexistência de fatores ambientais

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, 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:** conepe@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise das práticas dos(as) enfermeiros(as) índios(as) das etnias guarani kaiowá e terena na perspectiva do cuidado cultural

Pesquisador: Fátima Alice Aguiar Quadros

Área Temática: Estudos com populações indígenas;

Versão: 4

CAAE: 39592814.9.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.047.135

Data da Relatoria: 27/04/2015

Apresentação do Projeto:

INTRODUÇÃO

No Brasil, durante o período da redemocratização houve grande demanda dos movimentos sociais para a inclusão de negros e indígenas, e de temáticas curriculares no ensino fundamental e médio para essas populações. Entretanto, no período dos anos 1980-1990, as respostas institucionais foram asseguradas basicamente na Constituição Federal e nas Estaduais com a elaboração de capítulos específicos. Somente no início do século XXI pode ser identificada significativa mudança, posto que várias instituições do ensino superior passassem a adotar ações afirmativas para negros e indígenas, com ênfase no sistema de cotas. É importante que a força de trabalho de saúde mantenha-se culturalmente segura e tenha educação continuada, aspectos fundamentais para a redução das iniquidades em saúde para os povos indígenas. Educar e formar contingente significativo de enfermeiros(as) indígenas é uma iniciativa para preencher as lacunas na atenção a esse grupo populacional, garantindo os aspectos relativos a sua cultura, pois trazem, em geral, um conjunto único de habilidades, conhecimentos e compreensão para a prestação de serviços de saúde. Sua contribuição tem o potencial de suprir os resultados futuros para povos indígenas, melhorando o acesso a serviços de saúde, garantindo serviços culturalmente adequados, nos quais o atendimento seja pautado na igualdade e respeito, e auxiliam os enfermeiros não indígenas a

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, 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: 1.047.135

BRASILIA, 05 de Maio de 2015

Assinado por:
Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador)

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **Município:** BRASILIA **CEP:** 70.750-521
UF: DF
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

ANEXO 5 – Autorização da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) para ingresso em terra indígena.

	MINISTÉRIO DA JUSTIÇA FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO AUTORIZAÇÃO PARA INGRESSO EM TERRA INDÍGENA	
	Nº 082/AAEP/PRES/2015	

IDENTIFICAÇÃO	
Nome: Fátima Alice Aguiar Quadros	Processo nº: 08620.054881/2014-05
Nacionalidade: Brasileira	Identidade: 380.866/SSP-MS
Instituição/Entidade: Universidade Estadual de Campinas — Faculdade de Enfermagem/UNICAMP	
Patrocinador:	

OBJETIVO DO INGRESSO
Realizar pesquisa de doutorado, intitulada “Análise das práticas dos(as) enfermeiros(as) índios(as) das etnias guarani Kaiowá e terena na perspectiva do cuidado cultural”.

LOCALIZAÇÃO	
Terra Indígena: Dourados/Aldeias Bororó e Jaguapiru	Etnia: Guarani Nhandeva e G. Kaiowá e Terena
Terra Indígena: Panambizinho/Aldeia Panambizinho	Etnia: Guarani Kaiowá
Terra Indígena: Caarapó/Aldeia Teykue	Etnia: Guarani Kaiowá
Terra Indígena: Pirakuá/Aldeia Pirakuá	Etnia: Guarani Kaiowá
Terra Indígena: Jatayvary/Aldeia Lima Campo	Etnia: Guarani Kaiowá
Terra Indígena: Taquapiri/Aldeia Taquapiri	Etnia: Guarani Kaiowá
Terra Indígena: Limão Verde/Aldeia Limão Verde	Etnia: Guarani Kaiowá e Terena
Terra Indígena: Guasuti/Aldeia Guasuti	Etnia: Guarani Kaiowá
Terra Indígena: Jaguari/Aldeia Jaguari	Etnia: Guarani Kaiowá
Terra Indígena: Amambaí/Aldeia Amambaí	Etnia: Guarani Kaiowá e Guarani
Terra Indígena: Nãnde Ru Marangatu	Etnia: Guarani Kaiowá
Coordenação-Regional: Dourados e Ponta Porã	CTL:

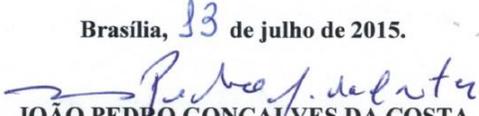
VIGÊNCIA DE AUTORIZAÇÃO	
Início: 13 de julho de 2015	Término: 30 de agosto de 2016

RESSALVAS:

- * Esta autorização não inclui licença para uso de imagem, som e som de voz dos indígenas, para além do objeto desta autorização;
- * Esta autorização não inclui acesso ao conhecimento tradicional associado à biodiversidade e nem ao patrimônio genético;
- * Remeter a Assessoria de Acompanhamento aos Estudos e Pesquisas – AAEP/Presidência/FUNAI, duas cópias de relatórios, artigos, livros, gravações audiovisuais, imagens, sons e outras produções oriundas do trabalho realizado.

Autorizo.

Brasília, 13 de julho de 2015.


JOÃO PEDRO GONÇALVES DA COSTA
 Presidente da FUNAI