

As representações sociais dos trabalhadores sobre o cuidado à saúde da população indígena Mbyá-Guarani¹

Mirian Benites Falkenberg²

Helena Eri Shimizu³

Ximena Pamela Díaz Bermudez⁴

Objetivo: analisar as representações sociais do cuidado em saúde entre trabalhadores que atuam em equipes multidisciplinares no Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul do Rio Grande do Sul, junto à etnia Mbyá-Guarani. **Método:** utilizou-se método qualitativo, fundamentado na teoria das Representações Sociais. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com 20 trabalhadores e da observação participante. As entrevistas analisadas com o software ALCESTE, o qual realiza a análise lexical de conteúdo por meio de técnicas quantitativas de tratamento de dados textuais. **Resultados:** verificou-se que existe tensão entre as concepções e práticas de cuidado da medicina tradicional e da biomedicina, mas observam-se alguns avanços na perspectiva da intermedicalidade. Fronteiras étnicas estabelecidas entre os trabalhadores e os indígenas, baseadas em suas representações de cultura e família, da mesma maneira que a falta de infraestrutura e os modos de organização do trabalho em saúde são percebidos como fatores que dificultam o cuidado em contextos de interculturalidade. **Conclusão:** é preciso estabelecer novas bases para o processo de cuidar em saúde indígena, a partir da compreensão das necessidades representadas, negociadas entre sujeitos individuais e coletivos e os profissionais nas instituições de saúde em um diálogo intercultural de múltiplas vozes.

Descritores: Saúde de Populações Indígenas; Assistência à Saúde Culturalmente Competente; Medicina Tradicional.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado "Representações sociais do cuidado entre trabalhadores que atuam em contextos de interculturalidade na atenção à saúde indígena", apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

² MSc, Pesquisador, Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil.

³ PhD, Professor Associado, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

⁴ PhD, Professor Adjunto, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Como citar este artigo

Falkenberg MB, Shimizu HE, Bermudez XPD. Social representations of the health care of the Mbyá-Guarani indigenous population by health workers. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2846. [Access]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1505.2846>. mês dia ano

URL

Introdução

A atenção à saúde indígena no Brasil se dá no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, criado pela Lei nº 9.836/1999, articulado ao Sistema Único de Saúde (SUS). O Subsistema está estruturado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), modelo de organização de serviços que contempla tanto atividades técnicas como administrativo e gerenciais, com controle social, e têm enfrentado diversos desafios para a prestação dos cuidados à população indígena⁽¹⁾.

O cuidado em saúde indígena no nível de atenção primária é praticado por integrantes das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), em sua maioria, profissionais de saúde não indígenas, médicos, enfermeiros, odontólogos, nutricionistas, técnicos de enfermagem, entre outros. Além disso, são compostas por trabalhadores denominados Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN), selecionados e/ou indicados por suas comunidades e capacitados para atuarem em apoio às ações de saúde. Uma das principais atribuições destes trabalhadores propicia a tradução/interpretação da língua e dos conhecimentos tradicionais junto aos profissionais não indígenas. O AIS tem sido o elo principal de articulação do saber científico e do saber popular das comunidades indígenas.

As práticas de cuidado em saúde indígena junto às diferentes etnias que compõem o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena têm se caracterizado pelo uso simultâneo de diversas práticas de saúde, a denominada pluralidade terapêutica, cuja articulação tem ficado a cargo de cada profissional de saúde envolvido⁽²⁾. Os indígenas responsáveis pelos cuidados em saúde recebem as mais variadas denominações: pajés, curandeiros, xamãs, rezadores, kuiãs, *karaís*, entre outros. Geralmente essas lideranças acumulam também atribuições políticas e religiosas. Os cuidados em saúde por eles operados envolvem práticas diversas, como o uso de plantas medicinais e diferentes rituais de cura que refletem as concepções de saúde envolvidas em complexos sistemas configurados no símbolo polissêmico denominado medicina tradicional indígena⁽³⁾. Desde 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem incentivando os países a incorporarem as Medicinas Tradicionais (MT), sobretudo na atenção primária, para ampliar o acesso às populações que apresentam diferenças culturais⁽³⁻⁴⁾. A MT faz parte dos vários sistemas sociais de cura que podem ser denominados de medicina: em sentido

amplo, são práticas de saúde instituídas de maneira holística, como respostas socialmente organizadas frente à doença^(3,5).

Pelo exposto, sustenta-se que a integralidade do cuidado em saúde junto a populações indígenas envolve uma dimensão de interculturalidade, que traz implícita a ideia de pluralidade cultural em contato, algum tipo de relação entre culturas diferentes ou, mais especificamente, entre indivíduos pertencentes a culturas diferentes⁽⁶⁾.

A interculturalidade em uma perspectiva crítica⁽⁶⁾ requer ser compreendida como um constante movimento em busca de relações sociais, econômicas, políticas e, porque não, étnicas, mais justas, respeitadas, éticas e, sobretudo, humanas. Desafio complexo de ser alcançado, mas que precisa ser exercitado como um processo permanente nas relações entre pessoas, conhecimentos, saberes e práticas culturalmente diferentes, principalmente, entre os grupos étnicos historicamente subalternizados, como indígenas e negros.

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

Apesar dos avanços normativos da Pnspi, na prática, ainda não se conseguiu promover a consolidação de abordagens que valorizem a diversidade de interpretações e modos de atenção em saúde observando categorias de etnicidade e cultura⁽⁷⁾. Sobretudo reconhece-se que implementar os princípios da atenção diferenciada, tão bem definidos nos documentos oficiais, demandam dos trabalhadores das equipes multidisciplinares o conhecimento sobre o modo de vida dos indígenas, sua organização social, suas representações sobre o processo saúde-doença, suas especificidades culturais, entre outros⁽⁸⁾.

Além disso, sabe-se que a prática de organização de serviços de saúde ainda relega a segundo plano a participação social, o que aponta para a perda da oportunidade de diálogo, entre a prática médica ocidental e a medicina tradicional, que poderia

contribuir para o desenvolvimento de um sistema local de saúde adequado à realidade dos povos indígenas⁽⁸⁻⁹⁾.

O despreparo dos gestores que estabelecem as políticas e dos profissionais de saúde para abordar a temática indígena na perspectiva da interculturalidade é sobressalente⁽¹⁰⁻¹²⁾. Uma das causas decorre do modelo universitário que forma profissionais no modelo biomédico e medicalizado, que é tido como hegemônico, superior, única alternativa⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Na perspectiva de contribuir para a reflexão sobre as distintas concepções de saúde, doença e cuidados na saúde indígena, desejou-se, neste estudo, abordar como os trabalhadores formados na perspectiva biomédica, tendo a doença como centro orientador de suas práticas, e auxiliado por trabalhadores indígenas, representam o cuidado em saúde na intersecção entre dois sistemas médicos distintos: a biomedicina e a medicina tradicional indígena *Mbyá*-Guarani.

Ademais, levanta-se a hipótese de que, se conhecendo as representações sociais do cuidado entre esses trabalhadores, poder-se-ia aprofundar a reflexão sobre o trabalho das equipes de saúde indígena, a fim de sugerir caminhos que valorizem suas potencialidades e ajudem a vencer suas limitações.

Este estudo tem como objetivo analisar as representações sociais do cuidado em saúde entre trabalhadores que atuam em equipes multidisciplinares no DSEI Litoral Sul/RS, junto à etnia *Mbyá*-Guarani, com o propósito de verificar as potencialidades e limitações das práticas de cuidado na atenção à saúde indígena.

Metodologia

Trata-se de estudo qualitativo em que foi utilizado o referencial da Teoria das Representações Sociais (TRS) de Serge Moscovici. As representações sociais são conhecimento do senso comum que orientam as ações individuais e grupais⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Elas são sempre um produto da interação e da comunicação e tomam forma e configuração específicas a qualquer momento, como resultado do equilíbrio específico desses processos de influência social. Comumente têm como propósito tornar algo não familiar em algo familiar, um processo construtivo de ancoragem e objetivação⁽¹⁵⁾. A ancoragem corresponde à incorporação de novos elementos de um objeto a um sistema de categorias familiares e funcionais aos indivíduos e a objetivação visa tornar concreto aquilo que é abstrato, isto é, transformar um conceito em imagem de uma coisa, retirando-o de seu quadro conceitual científico⁽¹⁵⁾.

Nesta pesquisa focou-se a análise nos conteúdos das representações sociais trazidas pelos trabalhadores e na identificação, quando possível, dos processos de ancoragem e objetivação considerados fundamentais na formação de uma representação social.

Os dados foram coletados no Estado do Rio Grande do Sul, que possui uma população de 2.321 indígenas das etnias Guarani, *Mbyá*-Guarani e *Kaingang*. Elegeu-se para este estudo apenas a população que se autodeclara *Mbyá*-Guarani, composta por 1.015 indígenas. A seleção dos participantes foi intencional e teórica. Foram participantes da pesquisa 20 trabalhadores que compõem as três EMSI dos polos-base, assim distribuídos: Polo-base Barra do Ribeiro: 1 dentista, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, 1 AIS e 1 AISAN, totalizando 6 trabalhadores; Polo-base Viamão: 1 dentista, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, 3 AIS, 2 AISAN, totalizando 9 trabalhadores; Polo-base Osório: 1 dentista, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, 1 AIS, totalizando 5 trabalhadores. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a março de 2014.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com o seguinte roteiro: 1. como você se sente trabalhando com a população indígena da etnia *Mbyá*-Guarani? 2. conte um pouco de sua experiência profissional. 3. como você descreve o povo *Mbyá*-Guarani? 4. na sua visão, quais são as necessidades de saúde dessa população? 5. como você entende/pensa uma atenção à saúde indígena que promova a articulação dos sistemas tradicionais indígenas, conforme preconiza a Pnasp? 6. você conhece e pode me descrever algumas práticas da MT *Mbyá*-Guarani? 7. você já presenciou ou viveu, em seu cotidiano de trabalho, alguma dificuldade para realizar essa articulação prevista na Política? 8. que facilidades e que dificuldades você encontra no seu dia a dia, no trabalho com essa população indígena?

As entrevistas foram realizadas durante expediente dos trabalhadores de saúde nas aldeias visitadas, buscando-se não alterar a rotina das equipes. Ao chegar nas aldeias, de imediato contactava-se o Cacique (liderança política) para explicar a presença da pesquisadora, os objetivos da pesquisa e para solicitar autorização, por escrito, para proceder às entrevistas e a observação participante. O tamanho da amostra foi baseado na saturação dos depoimentos contidos nas entrevistas.

A técnica de observação participante foi utilizada como estratégia complementar às entrevistas, mas de fundamental importância, uma vez que buscava subsidiar a compreensão das práticas de cuidado em

saúde, a partir das representações sociais identificadas. O processo de observação foi realizado nas aldeias, dos fatos cotidianos: da alimentação, do lazer, do cuidado dos adultos e das crianças, entre outros, que foram registrados em diário de campo, privilegiando as impressões da pesquisadora sobre os contextos de interculturalidade e seu entorno, sobre as pessoas com as quais conversou de maneira informal, sobre sentimentos seus e interpretações do que viu, ouviu e falou, bem como sobre a recepção das pessoas às colocações da entrevista.

As entrevistas foram gravadas e transcritas pela pesquisadora e, posteriormente, utilizou-se como apoio à análise de conteúdo dos dados o *software* ALCESTE (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*), Versão 4.10. Este *software*, de origem francesa, desenvolvido por Max Reinert, em 1990, realiza a análise estatística de dados textuais escritos. Cada uma das vinte entrevistas constituiu uma Unidade de Contexto Inicial - UCI. O conjunto de UCI constituiu o *corpus* do estudo.

A partir da entrada dos dados o programa realiza quatro etapas de análise (A, B, C, D), sendo as três primeiras etapas (A, B, C) constituídas de três operações, e a quarta (D), de cinco operações, a saber: *Etapa A* – leitura do texto e cálculo dos dicionários: A1 – reformatação e divisão do texto em segmentos de tamanho similar; A2 – pesquisa do vocabulário e redução das palavras com base em suas raízes; A3 – criação do dicionário de formas reduzidas; *Etapa B* – cálculo das matrizes de dados e classificação das Unidades de Contexto Elementar (UCE): B1 – seleção das UCE a serem consideradas e cálculo da matriz: formas reduzidas X UCE; B2 – cálculo das matrizes de dados para a Classificação Hierárquica Descendente (CHD); B3 – Classificação Hierárquica Descendente (CHD); *Etapa C* – descrição das classes de UCE: C1 – definição das classes escolhidas; C2 – descrição das classes; C3 – Análise Fatorial de Correspondência (AFC); *Etapa D* – Cálculos complementares: D1 – seleção das UCE mais características de cada classe; D2 – pesquisa de segmentos repetidos por classe; D3 – Classificação Hierárquica Ascendente (CHA); D4 – seleção de palavras mais características das classes para apresentação em um *índice* de contexto de ocorrência; D5 – exportação para outros programas de sub-*corpus* de UCE por classe.

As UCE são segmentos de texto, em média de três linhas, divididos pelo próprio programa em função

do tamanho do *corpus*. Essas UCE correspondem à ideia de frase mais calibrada em função do tamanho do texto e da pontuação. As UCE são classificadas na Etapa B do processo, conforme explicitado no parágrafo anterior, e dessa classificação obtém-se as *classes*, que representam temas extraídos do texto. As classes apresentam vocabulário semelhante entre si, mas diferente das UCE das outras classes. O teste do qui-quadrado é utilizado, então, para verificar a associação das formas reduzidas e das UCE às classes. Nesta etapa o *software* oferece ao pesquisador uma de suas particularidades mais úteis, a organização dos dados fornecidos em uma CHD, que permite uma análise lexicográfica do material textual, introduzindo contextos que são caracterizados pelo seu vocabulário e pelos segmentos de textos que compartilham este vocabulário. Essa primeira classificação dada pelo programa calcula as partições do *corpus* em classes lexicais e revela suas oposições, em uma forma característica denominada *Dendograma*. Este expressa, de forma gráfica, as *Classes*, que exprimem temas extraídos do texto, que podem ser descritos, principalmente pelo seu vocabulário característico.

Estudos em representações sociais têm usado o apoio deste *software*, pois ele permite conhecer as ideias e significados compartilhados por determinado grupo sociais, que orientam a análise qualitativa dos significados e sentidos produzidos dentro de um determinado contexto⁽¹²⁾.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS-UnB), sendo aprovada sob o Parecer nº 313.588 e, por tratar-se de estudo envolvendo populações indígenas, foi também apreciado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Ministério da Saúde (MS), sendo aprovada sob o Parecer nº 518.681. Todos os participantes da pesquisa receberam uma codificação para preservar o anonimato das suas identidades.

Resultados

A análise do *corpus* obteve os seguintes resultados gerais: 20 UCI; 4 classes estáveis; 50.467 palavras analisadas; 1.444 UCE classificadas; porcentagem de UCE classificadas: 63%. Os conteúdos das representações sociais do cuidado em saúde podem ser elucidados no Dendograma de Classes Hierarquicamente Descendentes (CHD), conforme Figura 1.

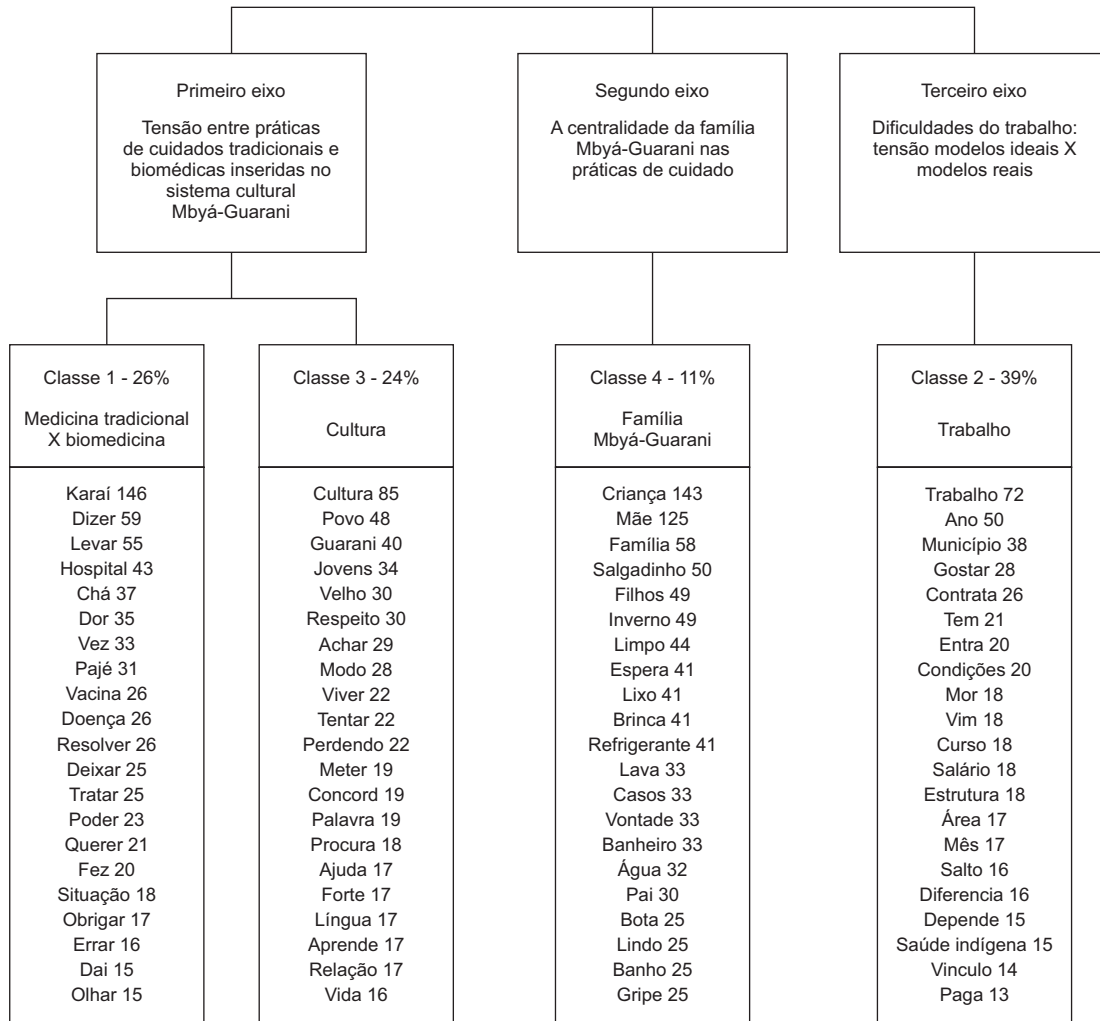


Figura 1 - As representações sociais do cuidado aos Mbyá-Guarani

O primeiro eixo, constituído pelas classes 1 e 3, revelou conteúdos relacionados à tensão entre o uso de práticas de cuidado da medicina tradicional e da biomedicina inseridas no universo cultural Mbyá-Guarani. O segundo eixo, definido pela classe 4, revelou que a categoria grande família Mbyá-Guarani, está na centralidade do cuidado em saúde. E o terceiro eixo, formado pela classe 2 mostrou como os modos de organização do trabalho e a falta de infraestrutura são fatores que dificultam o cuidado intercultural.

Do primeiro eixo, a classe 1 demonstrou a concepção predominante das práticas tradicionais no cotidiano das aldeias, que gera a necessidade de processos de negociação permanente entre os trabalhadores com as lideranças espirituais de cada comunidade, os karaí, na definição do processo terapêutico. *Às vezes tu falas com eles que estão doentes, eles dizem: não! Mas não adianta dar o teu remédio, porque o espírito dele não está aqui. O espírito dele saiu do corpo. Enquanto o espírito não voltar aqui o pajé, o karaí*

que eles chamam, não trazer o espírito de volta, não adianta tu dares remédio que ele não vai ficar bom! (TNI 10).

Destarte, identificou-se que a medicina tradicional é representada pelos trabalhadores, enquanto um mundo bem diferente, difícil de ser adentrado pela biomedicina. *E é complicado, porque são dois mundo diferente, vivendo junto. É uma dificuldade!* (TI 8).

A classe 3 trouxe conteúdos ligados à cultura, com ênfase no modo de ser Guarani, que envolve a sua interação orgânica com a natureza e, na tensão, que se coloca entre a manutenção deste sistema cultural, promovida pelos líderes, velhos e mulheres, frente às inevitáveis mudanças introduzidas ao modo de vida do povo Mbyá-Guarani, pelo contato interétnico.

Ressalta-se, que o modo de ser Guarani gera admiração e angústia aos trabalhadores, pois ao mesmo tempo em que defendem a manutenção do sistema cultural, percebem que as mudanças resultantes do contato interétnico, trazidas de fora, têm sido agressivas.

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

O segundo eixo, constituído pela classe 4, revelou que a categoria família está na centralidade do cuidado em saúde. Ou seja, as práticas de cuidado acontecem e se justificam na família, para a família e pela família Mbyá-Guarani. Entretanto, a concepção de família entre os trabalhadores é diferente, pois está relacionado a coletivos maiores e o cuidado em saúde é referido como trabalho comunitário, na qual todos se integram a um objetivo comum.

A classe 4 trouxe também conteúdos associadas às más condições de vida dos Mbyá-Guarani, que em algumas das aldeias visitadas, convivem com falta de água potável, ausências de saneamento básico e de energia elétrica, todos fatores determinantes do surgimento de doenças e agravos que incidem na família Mbyá e, principalmente, nas suas crianças.

O terceiro eixo, constituído pela classe 2, explorou a falta de infraestrutura e os modos de organização do trabalho em saúde, evidenciando dificuldades que os trabalhadores enfrentam, como a precarização dos vínculos empregatícios, baixas remunerações em face à dedicação exigida neste tipo de trabalho, infraestrutura precária para atendimento nas aldeias (transporte, instalações e insumos) e falta de projetos de capacitação, o que impacta mais aos trabalhadores novos, recém-contratados nas equipes, pois os que conseguem permanecer por mais tempo adquirem experiência prática, o que lhes ajuda a se fixar. *E é uma coisa que, como profissional, eu gostaria que tantas coisas saíssem do papel e fossem para a realidade do indígena. Eu gostaria muito que lá, na ponta superior, que nós somos a ponta inferior. Que a ponta superior tivesse, que conseguisse ver esse caminho (TNI 17).*

Os conteúdos das falas acima demonstraram que há grande incompatibilidade entre os modelos ideais de organização dos serviços, instituídos desde a criação do Subsistema e a implantação da Pnspi, e os modelos reais vividos nos cotidianos de trabalho.

Discussão

As representações sociais do cuidado entre trabalhadores das EMSI vinculam fortemente a medicina tradicional à cultura Mbyá-Guarani, representada considerando-se o mundo espacialmente bem delimitado. O mundo Mbyá promove um modo de ser diferente,

uma medicina diferente, uma forma de interpretação da vida e da morte, da saúde e dos cuidados, singulares. É referido como o mundo do outro, o mundo à parte, o mundo deles, colocando-se, portanto, no centro do processo.

Nessa perspectiva, a cultura é entendida como relações das práticas embasadas na experiência social, onde se manifestam e se interpretam subjetividades como a afetividade e as emoções, da mesma maneira que uma dimensão cognitiva, que se utiliza de categorias socialmente dadas. Por outro lado, a cultura, nessa perspectiva, remete à metáfora do texto geertziana, que não somente é construída socialmente, mas significada na ação da vida social⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. E a experiência social toma existência na medida em que é reconhecida, compartilhada, confirmada pelo outro em seus quadros de enunciação e comunicações. Tem, portanto, um caráter intersubjetivo e socializado⁽¹⁶⁾. Enquanto experiência humana, a cultura participa na construção do mundo, trazendo um elemento de transformação.

Todos os subsistemas que circulam e se entrelaçam em um sistema cultural complexo, entre eles os sistemas médicos tradicionais, estão relacionados à uma visão de mundo como visto neste estudo, e à um correspondente *ethos* de seu povo⁽¹⁷⁾. Nesse sentido, a visão de mundo é um atributo cognitivo, existencial, que faz com que determinado povo elabore um quadro das coisas como elas são na simples realidade, seu conceito da natureza, de si mesmo, da sociedade. Já o *ethos* é um atributo moral e estético que evidencia o caráter e a qualidade da vida de um povo, e sua disposição é a atitude subjacente em relação a ele mesmo e ao seu mundo que a vida reflete⁽¹⁷⁾.

Outra objetivação identificada na formação das representações sociais da medicina tradicional foi como uma religião. Geertz⁽¹⁷⁾ afirma que a religião funde o *ethos* e a visão de mundo de um povo, dando ao conjunto de valores sociais aquilo que eles talvez mais precisam para ser coercitivos: a aparência de objetividade. A língua e a religião são os elementos unificadores do povo Mbyá, que contém informações e explicações sobre os métodos milenares de promoção, proteção e recuperação da saúde⁽⁷⁾.

A ancoragem do cuidado em saúde na categoria cultura, objetivada como mundo, evidenciou limites étnicos, que gera movimentos contínuos de tensão entre concepções e práticas nos contextos de interculturalidade estudados⁽¹⁸⁾. Esta foi, portanto, uma representação social classificada na esfera de intersubjetividade, elaborada por meio da comunicação verbal e a partir de negociações entre trabalhadores e os indígenas. Por

isso, as práticas de cuidado tradicionais e biomédicas são representadas de formas diferentes, pois pertencem a mundos diferentes: o mundo *Mbyá* ou o mundo dos *juruá* (homens brancos). Contudo, percebe-se que esta forma de classificar, particularizado, aumenta a distância entre os dois mundos, quando o que se esperaria no trabalho de cuidado em saúde na perspectiva da interculturalidade, seria sua aproximação.

Nesse contexto, ou seja, no mundo dos *Mbyá*, os trabalhadores e suas práticas de cuidado são os elementos estranhos, que adentram investidos do poder da biomedicina, ou seja, com o saber com mais valor, em detrimento dos saberes indígenas, considerados como crenças ineficazes⁽¹⁸⁾. Essa experiência suscita sentimentos de tensão nos trabalhadores, pois sentem-se culpados por interferirem nesse mundo, mas também gratificados por ajudar a quem precisa. A tentativa de encontrar um ponto de equilíbrio é constante: tentar não interferir tanto mas, por outro lado, ter que cumprir suas tarefas enquanto trabalhadores da biomedicina.

Nessa perspectiva, cada um dos sistemas médicos em foco, a medicina tradicional e a biomedicina, está inserido em uma dimensão cultural própria, mas em coexistência dentro do mundo *Mbyá*, o que conduz a um tipo de relação que entendemos aqui como o elemento desencadeador dos processos de formação e compartilhamento de representações sociais do cuidado entre os trabalhadores das EMSI. O mundo consensual localizado e re-apresentado⁽¹⁵⁾ do cuidado em saúde.

Ademais, verificou-se também neste estudo que a coexistência de dois sistemas médicos, a medicina tradicional e a biomedicina, vêm obrigando, ao longo dos tempos, às equipes trabalharem o *cuidado em saúde* de maneira negociada, buscando soluções para questões práticas, do dia a dia. Trata-se da ocorrência do que tem sido denominado de intermedicalidade que propicia a interação entre os saberes com base na biomedicina e saberes não médicos⁽²⁾. São competências culturais necessárias aos trabalhadores, que ajudam a minimizar os conflitos para lidar com o diferente⁽¹³⁾.

A ancoragem do cuidado em saúde na categoria família evidenciou o papel central dos sujeitos do cuidado, os *Mbyá*-Guarani, para as práticas de cuidado. Destarte, a família é uma categoria central do cuidado em saúde junto aos integrantes das EMSI. Entretanto, a família é diferente, pois trata-se do coletivo. A organização social dos Guarani se baseia na família-grande, na qual as crianças crescem em meio a muitas pessoas, não fixando ou focalizando suas emoções e expectativas de recompensa e punições em poucas ou determinadas pessoas⁽¹⁹⁾.

Para os trabalhadores, a família é representada em coletivos maiores de pessoas, suas comunidades como um todo, que suscita, de um lado, sentimentos de satisfação e conquistas quando o trabalho comunitário conduz à melhorias na saúde do grupo: cuidados com a água, mutirões de limpeza, recolhimento de lixo, sempre em grupos. E, de outro lado, gera sofrimento por representarem as famílias, sobretudo as crianças como vítimas de formas de cuidado consideradas por eles inadequadas, principalmente com relação à higiene e alimentação.

Há contradições reveladas nas formas como representam a família *Mbyá*, ora com admiração, ora com discriminação, mormente quando referem-se a cuidados dos pais com a alimentação e com a higiene de suas crianças. Estas representações, podem ser responsáveis, em parte, pelas dificuldades que os trabalhadores tem para desenvolver trabalhos educativos no sentido da promoção da saúde. Ademais, podem camuflar a percepção de um contexto social, econômico e político mais amplo de violência estrutural, ligada à pobreza e à discriminação étnica, que leva as famílias à viverem em péssimas condições de vida, sem terras, sem água potável, sem energia elétrica, sem saúde⁽¹⁹⁾.

É resultado da agressividade cada vez mais acentuada do contato interétnico, denominado de fricção interétnica, que tem resultado na supressão e/ou diminuição das terras indígenas, morosidade em sua demarcação. Essa condição também tem levado as famílias à perda de seus hábitos tradicionais⁽¹⁹⁾, sobretudo da alimentação e a adotarem, por influências externas, os produtos industrializados.

A ancoragem das representações sociais do cuidado na categoria trabalho reiterou a complexidade do trabalho na atenção à saúde indígena. Além disso, revelou a precariedade das condições de trabalho, o que demonstra que há ainda grande distância entre o modelo ideal de organização dos serviços, instituído desde a criação do Subsistema e a implantação da Pnspi, e o mundo real vivido nos cotidianos de trabalho, reafirmando junto com outros estudos^(7,13,20) o precário investimento na formação dos trabalhadores para que desenvolvam competências necessárias para o exercício profissional em contextos interculturais⁽¹⁸⁾.

Uma das limitações do estudo advém do método qualitativo, que não permite a generalização dos resultados, mas possibilitou o aprofundamento do conhecimento do processo de formação das representações sociais do cuidado aos *Mbyá* em um contexto específico, que sugere a necessidade de mudanças nas práticas de atenção à saúde, sobretudo

a necessidade de ampliar a utilização do conceito de intermedialidade pelas equipes multiprofissionais, particularmente, pela enfermagem, que é responsável pela grande parcela desse cuidado.

Considerações Finais

O estudo das representações sociais do cuidado entre os trabalhadores da EMSI expressam tensão entre as práticas de cuidado da medicina tradicional e da biomedicina, a despeito das aproximações à perspectiva da intermedialidade. Todavia, é preciso estabelecer novas bases para o processo de cuidar em saúde indígena, a partir da compreensão das necessidades representadas, negociadas entre sujeitos individuais e coletivos e os profissionais nas instituições de saúde em um diálogo intercultural de múltiplas vozes.

Referências

1. Fundação Nacional de Saúde (BR). Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos indígenas. 2ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Vieira HTG, Oliveira JEL, Neves RCA. A relação de intermedialidade nos Índios Truká, em Cabrobó - Pernambuco. *Saúde Soc.* 2013;22(2):566-74. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000200025>.
3. Ferreira LO. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos.* 2013;20(1):203-19. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702013000100011>.
4. Nan Greenwood RH, Raymond Smith, JM. Barriers to access and minority ethnic carers' satisfaction with social care services in the community: a systematic review of qualitative and quantitative literature. *Health Soc Care Commun.* 2015;23(1):64–doi: <http://doi.org/10.1111/hsc.12116>
5. Andrade JT, Costa LFM. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. *Saúde Soc.* 2010;19(3):497-508. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000300022>.
6. Arteaga EL, San Sebastián M, Amores A. Construcción participativa de indicadores de la implementación del modelo de salud intercultural del cantón Loreto, Ecuador. *Saúde Debate.* 2012;36(94):402-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000300012>.
7. Pellon LHC, Vargas LA. Cultura, interculturalidade e processo saúde-doença: (des)caminhos na atenção à saúde dos Guarani Mbyá de Aracruz, Espírito Santo. *Physis. (Rio J).* 2010;20(4):1377-97. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400017>.
8. Borghi AC, Carreira L. Condições de vida e saúde do idoso indígena Kaingang. *Esc Anna Nery.* 2015;19(3):511-7. doi: [10.5935/1414-8145.20150068](https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150068)
9. Snijder M, Shakeshaft A, Wagemakers A, Stephens A, Calabria B. A systematic review of studies evaluating Australian indigenous community development projects: the extent of community participation, their methodological quality and their outcomes. *BMC Public Health.* 2015;15:1154. doi: [10.1186/s12889-015-2514-7](https://doi.org/10.1186/s12889-015-2514-7).
10. Oliveira RCC. Representações sociais sobre a situação de vida, saúde e doença na concepção indígena Potiguara. *Interface Comun Saúde Educ.* 2010;14(32):233-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000100021>.
11. Pereira ER, Birual EP, Oliveira LSS, Rodrigues DA. A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. *Saúde Soc.* 2014;23(3):1077-90. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300027>.
12. Freeman T, Edwards T, Baum F, Lawless A, Jolley G, Javanparast S, et al. Cultural respect strategies in Australian Aboriginal primary health care services: beyond education and training of practitioners. *Aust N Z J Public Health.* 2014;38(4):355-61. doi: [10.1111/1753-6405.12231](https://doi.org/10.1111/1753-6405.12231).
13. Diehl EE, Follmann HBC. Indigenous nurses: participation of nursing technicians and auxiliary in indigenous health care services. *Texto Contexto Enferm.* 2014;23(2):451-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000300013>.
14. Diehl EE, Pellegrini MA. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(4):867-74. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X000300014>.
15. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 8ª ed. Rio de Janeiro/Petrópolis: Vozes; 2011.
16. Jodelet D. Problématiques psychosociales de l'approche de la notion de sujet. *Cad Pesqui.* 2015;45(156):314-27. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/198053143203>.
17. Hoffman KE. Culture as text: hazards and possibilities of Geertz's literary/literacy metaphor. *J North African Studies.* 2009;14(3/4):417-30. doi: [10.1080/13629380902924075](https://doi.org/10.1080/13629380902924075)
18. Pereira PPG. Limites, traduções e afetos: profissionais de saúde em contextos indígenas. *Mana.* 2012;18(3):511-38. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-93132012000300004>.
19. Marques FD, Sousa LM, Vizzotto MM, Bonfim TE. A vivência dos mais velhos em uma comunidade indígena

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

Recebido: 28.2.2016

Aceito: 22.9.2016

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

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da
Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e
criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde
que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença
mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para
maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.