UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

INARA MARIELA DA SILVA CAVALCANTE

**ATIVIDADE EDUCATIVA PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
CULTURAIS DE ENFERMEIRAS(OS) QUE ATUAM NA SAÚDE INDÍGENA NA
AMAZÔNIA PARAENSE**

SÃO PAULO

2020

INARA MARIELA DA SILVA CAVALCANTE

Versão Corrigida

(Versão original encontra-se na unidade
que aloja o Programa de Pós-graduação)

**ATIVIDADE EDUCATIVA PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
CULTURAIS DE ENFERMEIRAS(OS) QUE ATUAM NA SAÚDE INDÍGENA NA
AMAZÔNIA PARAENSE**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção de título de doutora em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto.

Orientadora: Profa. Dra. Vilanice Alves de Araújo Püschel

SÃO PAULO

2020

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Cavalcante, Inara Mariela da Silva

Atividade educativa para o desenvolvimento de competências culturais de enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena na Amazônia paraense / Inara Mariela da Silva Cavalcante. São Paulo, 2020.

243 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vilanice Alves de Araújo Püschel

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

1. Diversidade cultural. 2. Saúde indígena. 3. Assistência à saúde. 4. Enfermagem. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Gulin Longhi Palacio (CRB-8: 7257)

Nome: Inara Mariela da Silva Cavalcante

Título: **Atividade educativa para o desenvolvimento de competências culturais de enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena na Amazônia Paraense**

Aprovado em: 09/04/2020

Banca Examinadora

Orientadora Profa. Dra. Vilanice Alves de Araújo Püschel

Instituição: Universidade da São Paulo (USP) Assinatura: _____

Profa. Dra. Lavínia Santos de Souza Oliveira

Instituição: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Julgamento: Aprovada Assinatura: _____

Prof. Dr. Ivo Dickmann

Instituição: Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECO)

Julgamento: Aprovada Assinatura: _____

Prof. Dr. Christian Dave Frenopoulo Gorfain

Instituição: Universidad de La Republica Uruguay

Julgamento: Aprovada Assinatura: _____

Profa. Dra. Rizioléia Marina Pienheiro Pina

Instituição: Universidade Federal do Amazonas (UFAM)

Julgamento: Aprovada Assinatura: _____

Profa. Dra. Marina de Góes Salvatti

Instituição: Universidade de São Paulo (USP)

Julgamento: Aprovada. Assinatura: _____

A todas as pessoas que compartilham comigo a certeza de que é possível um mundo melhor.

Aos povos originários brasileiros por sua luta e resistência.

As(os) enfermeiras(os) que se dedicam a lutar pela saúde pública e de qualidade.

A Paulo Freire por viver, inspirar e nos esperançar.

AGRADECIMENTOS

À divindade que sinto existir, guiar e proteger-me nos caminhos da vida.

À minha mãe, Maria Clara, por dedicar sua vida a me amar e por ser toda a minha história.

À minha orientadora, Vilanice, a quem tenho grande respeito e admiração. Minha eterna gratidão por ser inspiração como educadora, pesquisadora, mulher, mãe, esposa, filha e em tudo dedicar-se. E por sua sensibilidade, amizade e cuidado comigo durante todas as etapas do doutorado.

À minha irmã Nim, Clarina, por ser sempre meu porto seguro, por me apoiar nos meus sonhos e dividir comigo os desafios que essa vida desde muito cedo nos apresentou. Só a gente sabe o que os nossos olhares dizem quando se encontram.

Ao meu sobrinho Ico, Francisco Miguel, por me permitir sermos oficialmente crianças.

Ao meu cunhado, Neto, por estar presente na minha ausência com a minha mãe e irmã, por junto com a minha irmã me proporcionar alegria de ser tiadinda do meu Ico.

A minha madrinha, Helena, por poder contar com sua presença e incentivo.

Ao meu filhote peludinho, Fidel, meu companheiro fiel nas noites de estudo.

À Família Siqueira, de Pernambucanas(os) arretadas(os), que me acolheu, alimentou e apoiou na terra da garoa. Vocês serão eternamente a minha família porque me ensinaram que família não é sangue, família é sintonia.

Aos meus amigos, José Junior, Fernanda Cardoso, Nádia Martins, Igor Almeida, Márcia Guerra, Glauteice Guedes, Milton Ribeiro, Bruno Lima, Garibalde Neto, Lourdes Gomes, Karla Tancredi, Luciana Kellen, Rute Araújo, Edinesia Pereira, Lidiane Silva, Etiane Silva e Iza, por serem minha fonte particular de alegria, reflexão, ralhos e apoio acadêmico e pessoal.

Aos amigos que a saúde indígena me trouxe, Josy Belém, Putira Sacuena, Sylvia Amanda, Jalila Barros, Lindalva Lima, Puruprame e Naína Oliveira, por todo apoio na pesquisa de campo, pela experiência e ensinamentos compartilhados.

Aos meus colegas, enfermeiras(os) e professores da faculdade de enfermagem da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) que em pouco tempo me acolheram e tornaram esse sonho possível.

As professoras, funcionárias e bibliotecárias da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (PROESA) pela seriedade e comprometimento com a enfermagem, docência e pesquisa.

As(os) participantes deste estudo que se permitiram e construíram comigo a experiência coletiva e solidária dessa tese. Seguirei tecendo o inédito viável!

*É por isto que devo lutar sem cansaço.
Lutar pelo direito que tenho de ser respeitado e pelo dever que tenho de reagir a que me
destratem.
Lutar pelo direito que você, que me lê, professora ou aluna, tem de ser você mesma e nunca,
jamais, lutar por essa coisa impossível, acinzentada e insossa que é a neutralidade.
Que é mesmo a minha neutralidade senão a maneira cômoda, talvez, mas hipócrita, de
esconder minha opção ou meu medo de acusar a injustiça? “Lavar as mãos” em face da
opressão é reforçar o poder do opressor, é optar por ele.
Paulo Freire em Pedagogia da autonomia*

RESUMO

Introdução: A diversidade sociocultural na Amazônia brasileira requer dos profissionais da saúde competências culturais. No entanto, a assistência de enfermagem não difere entre os povos indígenas e não indígenas, a formação profissional e permanente é verticalizada e centrada na operacionalização dos serviços e as competências exigidas na saúde indígena são de natureza técnico-assistencial. **Objetivo geral:** Desenvolver, implementar e avaliar uma atividade educativa mediada pelos Círculos de Cultura para o desenvolvimento de competências culturais críticas com enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena do DSEI Guatoc no estado do Pará. **Método:** Estudo de intervenção, de enfoque qualitativo com triangulação na obtenção, análise e avaliação dos dados. Utilizou-se os Círculos de Cultura como itinerário de pesquisa no desenvolvimento da atividade educativa. Realizaram-se cinco encontros na CASAI Icoaraci, CASAI e Polo de Marabá e sete encontros na CASAI e Polo Paragominas. Participaram dezenove enfermeiras(os) que atuavam mais de um ano nos serviços e não estavam afastadas do trabalho por qualquer motivo. A investigação iniciou após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP. Os resultados do perfil das(os) participantes e do instrumento de autoavaliação foram lançados no programa Microsoft Excel, versão 2007, para análise descritiva. Os dados qualitativos foram organizados pela versão livre do software Atlas Ti e analisados segundo a hermenêutica-dialética. **Resultados:** A maioria das(os) participantes era constituída por mulheres, nortistas, negras e pardas, casadas; formada(o) em Instituições de Ensino Superior privadas; tinha especialização em Saúde Indígena e vínculo empregatício celetista. A autoavaliação não mostrou resultados tendenciosos a respostas socialmente aceitáveis, o que demonstra possível autoavaliação crítica e reflexiva. Emergiu na atividade educativa, mediada pelos círculos de cultura, na investigação temática, o tema gerador dificuldade de comunicação; na tematização, a interculturalidade funcional; e na problematização percebeu-se que ao analisar das situações-problemas as(os) participantes desenvolveram uma transitividade de consciência e produziu-se uma cartilha idiomática. **Discussão:** O conhecimento regulação é norteador da atuação das(os) participantes, mas durante os Círculos de cultura apresentaram uma transitividade de consciência, especialmente no domínio cognitivo dos atributos sensibilização/consciência e conhecimento cultural, pois manifestaram reflexão, crítica e mobilização no sentido de interconhecimento, reconhecimento e autoconhecimento, apontando para uma aproximação com a Ecologia de saberes e do conhecimento emancipação. **Conclusão:** Por meio da atividade educativa, mediada pelos círculos de cultura, apreendeu-se que o desenvolvimento de competências culturais na perspectiva crítica é um processo educativo dialogado, coletivo, colaborativo, insurgente e permanente que considera os domínios afetivo, cognitivo e comportamental, que interseccionam aos atributos do desejo, sensibilização/consciência, conhecimento, habilidades e encontros culturais, mas que também compreende a dimensão política da atuação da(o) enfermeira(o) que lê, codifica e interpreta o contexto histórico, social e cultural em que está inserida(o), ressignificando seus saberes, práticas e cuidado do outro e de si. **Potencial de impacto da pesquisa:** Ressignificar o cuidado e a atuação da(o) enfermeira(o) na saúde de povos tradicionais; contribuir para a teoria de enfermagem transcultural ao abordar as competências culturais a partir do paradigma crítico; impactar na educação permanente de enfermagem ao articular a dimensão profissional com a dimensão sociopolítica como proposta de processo educativo que considera as zonas de conflitos culturais do cotidiano de enfermeiras(os) que atuam em contexto de diversidade sociocultural; produzir um instrumento inédito de autoavaliação das competências culturais de enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena. E por fim, produzir inovação por meio de uma tecnologia assistencial que possibilitou o exercício do trabalho coletivo e colaborativo e promoveu a interlocução idiomática do universo cultural indígena com os profissionais de saúde.

Descritores: Competência cultural; Saúde de populações indígenas; Assistência à saúde culturalmente competente; Enfermagem Transcultural; Etnoenfermagem.

Descriptors: Cultural Competency; Health of indigenous peoples; Culturally competent care; Transcultural nursing; Ethno-nursing.

Descriptores: Competencia Cultural; Salud de poblaciones indígenas; Asistencia Sanitaria culturalmente competente; Enfermería transcultural; Etno-enfermería.

ABSTRACT

Introduction: The sociocultural diversity in the Brazilian Amazon demands cultural competences from the health professionals. Despite this fact, the nursing care provided to indigenous and non-indigenous people does not differ. The professional and permanent training is verticalized and centered around the operation of services. The competences required by the indigenous health have a technical-care nature. General goal: Develop, implement and evaluate an educational activity mediated by Culture Circles focused on the development of critical cultural competences alongside nurses who work on indigenous health at DSEI Guatoc in the state of Pará. **Method:** Qualitative intervention study approached through the triangulation of data acquisition, analysis and assessment. Culture Circles were used as research itinerary in the development of the educational activity. Five meetings were held at the CASAI Icoaraci, CASAI and Polo de Marabá, and seven meetings were held at CASAI and Polo Paragominas. Among the participants, there were 19 nurses who were working in these services for more than a year continuously without taking a work leave. The investigation started after the approval from the Research Ethics Committee of the University of São Paulo Nursing School. The results of the participants' profile and the self-evaluation instrument were collected using Microsoft Excel, version 2007, for descriptive analysis. The qualitative results were organized using the free version of Atlas Ti and analyzed according to the dialectical hermeneutics method. **Results:** Most of the participants were women, northerner, black and colored, married; alumni from private universities; specialized in indigenous health and in a work contract under the general labor law, known as CLT. The self-evaluation did not show biased results towards socially accepted responses, which can demonstrate critical and reflective self-evaluation. During inquiry stage of the educational activity, mediated by culture circles, communication issues emerged as generative theme; in the thematization stage, the functional interculturality; and in the problematization, it became evident that the participants developed transitive consciousness owing to the analysis of the problem-posing situations, which resulted in the production of a idiomatic booklet. **Discussion:** The knowledge-regulation is the guiding principle for the work of the participants, yet they presented transitive consciousness during the culture circles. The cognitive domain brought out sensibleness/consciousness and cultural knowledge due to the manifestation of reflection, critical thinking and mobilization towards inter-knowledge, acknowledgement and self-knowledge. These pointed to a closeness to the ecology of knowledge and the knowledge emancipation. **Conclusion:** Through the educational activity, mediated by the culture circles, it was possible to understand that the cultural competences from a critical perspective is an educational process based on dialogue which can be described as collective, collaborative, insurgent and permanent. It takes into account the domains of affection, cognition and behavior, and intersects with the attributes of desire, sensibleness/consciousness, knowledge, abilities and cultural encounters. Furthermore, it comprehends the political dimension of a nurse's work who reads, codes and interprets his or her social, cultural and historical context, changing the meaning of his or her knowledge, practice and care of others and him or herself. **Research impact:** Changing the meaning of the care and the work of a nurse regarding the health of traditional people; contributing to the transcultural nursing theory through the discussion of cultural competences from a critical paradigm; impacting the permanent nursing education as a result of articulating the professional dimension with the sociopolitical dimension, proposing it as an educational process that considers the cultural-conflicting zones in the daily life of a nurse who works in the context of sociocultural diversity; producing an unprecedented instrument of self-evaluation regarding cultural competences of nurses working on indigenous health; producing innovation by means

of a care technology which allowed for collective and collaborative work, and promoted the idiomatic dialogue between the universe of the indigenous culture and the health professionals.

Descritores: Competência cultural; Saúde de populações indígenas; Assistência à saúde culturalmente competente; Enfermagem Transcultural; Etnoenfermagem.

Descriptors: Cultural Competency; Health of indigenous peoples; Culturally competent care; Transcultural nursing; Ethno-nursing.

Descriptores: Competencia Cultural; Salud de poblaciones indígenas; Asistencia Sanitaria culturalmente competente; Enfermería transcultural; Etno-enfermería.

LISTA DE ABREVIATURAS

AIS	Agentes Indígenas de Saúde
ANA	American Nurse Association
ONU	Assembleia Geral das Nações Unidas
CASAI	Casa de Saúde Indígena
CNDSS	Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde
CIE	Conselho Internacional de Enfermagem
CECC	Cuidados de Enfermagem Culturalmente Competentes
DSS	Determinação Social da Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EBC	Educação Baseada em Competências
EEMSI	Equipes Multidisciplinares de atenção à Saúde Indígenas
EVS	Equipes Volantes de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
IES	Instituição de Ensino Superior
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
SPILTN	Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais
SUSA	Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
SNT	Serviço Nacional de Tuberculose
SUS	Sistema Único de Saúde
TDUCC	Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural
UAE	Unidade de Atendimento Especializado

Sumário

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 Do conceito de competência a competências culturais	16
1.2 Do interesse pelo tema à justificativa do estudo	21
1.3 Situação problema	30
1.4 Tese de partida.....	37
1.5 Objetivos.....	38
1.5.1 Geral	38
1.5.2 Específicos.....	38
2. REVISÃO DE LITERATURA	40
2.1 A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural e os Cuidados de Enfermagem Culturalmente Competentes.....	40
2.3 Modelo de atenção à saúde indígena no Brasil	53
3. REFERÊNCIAL TEÓRICO	61
3.1 Consciência crítica em Paulo Freire	61
3.2 Ecologia de Saberes de Boaventura de Sousa Santos.....	63
3.3 Enfermagem Transcultural	68
3.4 Interculturalidade Crítica de Catherine Walsh	75
4. REFERENCIAL PEDAGÓGICO	79
5. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	85
5.1 Delineamento de estudo	85
5.2 Procedimento de coleta de dados	87
5.3 Instrumentos de coleta de dados	93
5.4 Cenários do estudo	96
5.4.1 CASAI Icoaraci	98
5.4.2 Polo e CASAI Paragominas	99
5.4.3 Polo e CASAI Marabá.....	103
5.5 Participantes	105
5.6 Organização, análise e interpretação dos resultados	106
5.7 Aspectos Éticos, Riscos e benefícios	110
6. RESULTADOS.....	113
6.1 Aproximação com a realidade	113
6.1.1 Contextualização e conjuntura anterior aos Círculos de Cultura	118
6.2 Perfil dos participantes	120
6.3 Atividade educativa mediada pelos Círculos de Cultura.....	123
6.3.1 Fase de investigação temática.....	124
a) Ser competente na saúde indígena.....	125
b) Concepção inicial de competências culturais.....	125
c) Domínio Afetivo atributo desejo cultural.....	125
d) Domínio Cognitivo atributo Sensibilização/ Consciência cultural	127
e) Domínio Comportamento/Prática/Habilidades e os atributos Habilidade Cultural e Encontros culturais	129

6.3.2 Fase de tematização	135
f) Domínio Comportamental atributo Encontro Cultural	135
g) Domínio Cognitivo atributo Conhecimento Cultural.....	137
6.3.3 Fase de problematização	141
h) Domínio Comportamental atributo Encontros Culturais	141
i) Nos Encontros Culturais também emergem outras questões	143
7. DISCUSSÃO	149
7.1 Do perfil das(os) participantes	150
7.2 Da fase de investigação temática	157
7.3. Da fase de tematização	172
7.4 Da fase problematização	180
7.5 Interlocução com o referencial teórico	191
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	199
9. Referências.....	239
10. ANEXOS	229
11. APÊNDICES.....	205

Fonte: Própria, 2018.

Introdução

1. INTRODUÇÃO

O investimento desta pesquisa consiste em colocar em evidência as competências culturais de enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena na Amazônia Paraense. Para isso, foi desenvolvida, aplicada e avaliada uma atividade educativa sobre competências culturais, mediada pelos Círculos de Cultura, sendo realizada análise hermenêutica dialética dos resultados a partir do referencial teórico da Ecologia dos saberes de Boaventura, da Educação crítica emancipatória de Paulo Freire, da Enfermagem Transcultural Madeleine Leininger e Competências culturais de Campinha-Bacote e da Interculturalidade crítica de Catherine Walsh.

1.1 Do conceito de competência a competências culturais

Competência, no dicionário *online* da língua portuguesa *Priberam*, é apresentada como um substantivo feminino e seu significado compreende o que é “relativo ao direito, a faculdade legal que um funcionário ou um atributo têm de apreciar e julgar um pleito ou questão; capacidade, suficiência (fundado em aptidão); atribuições; porfia entre os que pretendem suplantar-se mutuamente; quem faz melhor, a quem mais” (1).

A origem da palavra é do latim *competere*, que significa lutar, procurar ao mesmo tempo; *com* significa junto e *petere* significa disputar, procurar, inquirir (2). Esta origem remete à Idade Média, no contexto de guerras, batalhas e disputas territoriais, assim como à ideia de justiça, de preparo para a luta e disputas, e neste sentido está relacionada ao Direito (3).

O termo é usado no plural e singular com significados relacionados, mas distintos. No singular, competência é o conjunto de qualidades a ser desenvolvido pela pessoa em um processo de formação e em atividade profissional. Já no plural, competências é empregado para designar os conteúdos específicos de cada qualificação ocupacional (4)(5).

No plural ou no singular, o uso se deu pela demanda do processo de industrialização de mudança do sistema produtivo da sociedade, o que exigiu operários capacitados para uma função e, com isso, a necessidade de certificação de conhecimento, habilidades e atitudes. Nesse período, o antigo setor de recursos humanos recrutava trabalhadores para executar tarefas, operar máquinas, tecnologias e realizar atividades. Já no período pós-industrial, considerado era do conhecimento, da incerteza, da informação em tempo real com a *internet*, o “recursos humanos” deu lugar à gestão de pessoas, em que funcionárias(os) são tratadas(os) como “parceiras(os)”, pois são consideradas(os) recursos na competitividade(6).

O termo competência é usado por várias áreas de conhecimento e com diferentes aplicações, o que resulta numa polissemia de seu uso nos discursos acadêmicos e muitas vezes

não se explica as matrizes paradigmáticas que norteiam as concepções de competências adotadas (7). Portanto, cabe apresentar um breve histórico do termo e a compreensão ideológica e os projetos ideológicos adotados neste estudo.

O termo competência surgiu pela primeira vez na língua francesa, no século XV, e foi utilizada para designar a legitimidade e a autoridade de instituições como o tribunal, para tratar de determinados problemas (8)(9). No século XVIII, amplia-se o seu significado para o nível individual, designando a capacidade devida ao saber e à experiência (8)(10). Reaparece nos anos 50, no século XX, na área da psicologia em trabalhos científicos de Noam Chomsky sobre linguística, entendendo a competência como a capacidade inata de falar e compreender uma língua (11). Neste momento, competência foi associada ao potencial biológico e de desempenho ao comportamento observável (8).

Nos anos 70, a palavra competência reaparece associada à qualificação profissional na perspectiva empresarial, vinculando-se ao posto de trabalho e associando-se ao coletivo, à organização (10), sendo interpretada a partir de três escolas, a estadunidense, europeia e australiana (12).

Até a década de 80, na escola estadunidense, competência é pensada como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, ou seja, habilidades humanas ou recursos individuais, que justificam alto desempenho a partir da inteligência e personalidade das pessoas, e, conseqüentemente, altos cargos e posições das organizações e esta fundamentado na psicologia comportamental(5). Surge a gestão por competência, um rótulo moderno para administrar uma realidade organizacional ainda fundada nos princípios do taylorismo-fordismo, as pesquisas na área seguem o rigor metodológico para medir o fenômeno, portanto são desenvolvidos métodos de coletas de dados multivariados, escalas, análises de conteúdo e validade de processos (5)(12).

Na escola europeia, questionou-se a concepção de qualificação e de formação profissional, principalmente a formação técnica em função do descompasso observado entre as necessidades do mundo do trabalho, sobretudo da indústria, e as necessidades reais das empresas para aumentar a capacitação dos trabalhadores e suas chances de se empregarem. Nessa escola, buscou-se estabelecer a relação entre as competências e os saberes no campo educacional e do emprego. A iniciativa para o desenvolvimento de competências emerge em contexto de baixo desempenho econômico, aumento de desemprego e déficit de habilidades da força de trabalho. Na década de 1980 o governo da Inglaterra investiu em estudo e em programas de treinamentos baseados em padrões de competências que respondessem às necessidades da economia. E, assim, criou-se a certificação por competências que orientava os processos de formação e avaliação profissional(13)(5).

Na França a avaliação de competências é considerada um direito do trabalhador e compõe o Código do Trabalho Francês. No documento é prevista a validação da experiência e a maneira de reconhecer o trabalho como um local de aprendizagem, incluindo um plano de trabalho e de formação para desenvolvimento e educação de adultos. Nesse contexto, é introduzido o conceito construtivista nos estudos de competências e são reconhecidas as relações e ações já existentes entre o ambiente, grupos e situações de trabalho e formação profissional. É diferente da escola estadunidense o trabalhador de menor nível educacional é incluído(13)(5).

Na escola australiana, as competências são constituídas de maneira relacional e reúnem combinações complexas de atributos (conhecimentos, habilidades, valores e atitudes) para o desempenho inteligente em situações específicas. Deve combinar teoria e prática, incorporar valores éticos, práticas reflexivas e a importância do contexto que incorpora a noção de que há mais de uma maneira de atuar com competência. É uma abordagem não-reducionista e com estrutura humanística que se baseia na capacidade que o trabalhador tem para perceber as particularidades do contexto(13)(5).

Portanto, através da ideia de competência há uma intercessão entre o mundo da educação/formação profissional e o mundo do trabalho. Historicamente, o conceito de competências pode ser sistematizado em três modelos conforme o processo de produção capitalista: Comportamental/orientado ao trabalhador que atendeu ao Taylorismo, Fordismo e ao Toytismo; Funcionalista/Orientado ao trabalho que parte de uma matriz de produção do Funcionalismo e Construtivismo; Holístico/ Multidimensional e Mutimétodo orientado a partir de uma matriz conceitual crítico-emancipatória(7)(5).

O termo competências culturais emerge em estudos sobre intercâmbios ou mobilidade estudantil, por ser uma experiência que tem a intenção de conhecer outro idioma e, portanto, desenvolver a competência linguística através da vivência profissional em outros países e, conseqüentemente, em outras culturas (14). Na saúde, a ideia de competências culturais foi usada inicialmente como “Competência Étnica” por Orque, no livro publicado em 1983, e utilizou o sistema étnico/cultural da sociologia, mas que trazia uma tendência equivocada de equiparar etnia com cultura(15).

Esta aproximação tardia da área da saúde talvez tenha acontecido em função do impacto do relatório Flexner em 1910 na formação de médicos nos Estados Unidos e no Canadá em função da base científica cartesiana (16). O documento desencadeou uma formação médica com ênfase na atenção individual, secundarizou a promoção de saúde e a prevenção das doenças, organizou a assistência médica em especialidades, valorizou o ambiente hospitalar e a educação

médica separada por disciplinas do ciclo básico como anatomia, bioquímica, fisiologia, bacteriologia, etc., e o ciclo profissional nos hospitais de ensino (17).

As diretrizes deste relatório marcam até hoje a formação dos profissionais da saúde e o modelo biomédico que tem como foco o indivíduo indiferenciado, com intervenções no seu corpo e na parte afetada ou “não funcionando do corpo-máquina”; a ênfase nas ações curativas e no tratamento das doenças, lesões e danos; a medicalização; a ênfase na atenção hospitalar com uso intensivo do aparato tecnológico do tipo material. Pode-se mencionar também a pouca ênfase na análise dos determinantes do processo saúde-doença, a orientação para a demanda espontânea, o distanciamento dos aspectos culturais e éticos implicados nas escolhas e vivências dos sujeitos e na incapacidade de compreender a multidimensionalidade do ser humano (16).

Trata-se de um modelo que tem como traços fundamentais o individualismo, a saúde/doença como mercadorias, a ênfase no biologicismo, a medicalização dos problemas, o privilégio da medicina curativa, estímulo ao consumismo médico e à participação passiva e subordinada dos “consumidores” (17). É um modelo muito presente na formação dos profissionais de saúde em geral, na organização dos serviços e na produção de conhecimento na área, especialmente pela concepção de ciência ser sustentada pelo paradigma cartesiano (16).

Na enfermagem, a preocupação com uma atuação mais sensível às questões culturais surge com a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC) de Madeleine Leininger, com os primeiros resultados dos estudos realizados nos anos de 70 e 80(18), e somente concluída e publicada em 1991(19).

A teoria de Leininger fez a aproximação da ciência da enfermagem com a antropologia e propôs cuidar de pessoas culturalmente diferentes de forma mais abrangente, com uma aguçada consciência da diversidade, dando base sólida de conhecimentos e forte respeito pessoal e profissional ao outro, independente das diferenças culturais (20)(21)(22).

A autora também usa o termo congruência cultural (19) equiparando-o com os Cuidados de Enfermagem Culturalmente Competentes (CECC). Em artigo publicado em 1999, responde ao questionamento sobre os novos termos associados ao cuidado cultural, quando afirma que sua teoria estimulou e proporcionou vários outros estudos inerentes e objeto da teoria (23). Em 2002, a autora definiu as competências culturais do enfermeiro como

O uso explícito de conhecimentos de saúde e de cuidados que são utilizados na assistência de maneira, facilitadora, sensível, criativa, segura e significativa para adequar as necessidades gerais de indivíduos ou grupos para a saúde e bem-estar benéfico e significativo, ou diante da morte, de doenças, deficiências ou em dificuldades nas condições de vida (p. 128).

Para alguns autores, Leininger usou alguns conceitos de forma intercambiante, não trazendo uma definição clara (24)(25), porém uma tentativa na profissão para destacar a necessidade de enfermeiras(os) desenvolverem competência cultural(22). Diante da necessidade de conceituar competências culturais na enfermagem, um estudo analisou os modelos e os instrumentos de avaliação deste constructo na enfermagem até o ano de 2015, e concluiu, através da análise de conceito, que *competências culturais aplicadas à enfermagem, é um processo contínuo e dinâmico que considera as dimensões afetivas, cognitivas e de habilidades/práticas/comportamentos, e tem como principais atributos a consciência, o conhecimento, a habilidade e a sensibilização cultural para o fornecimento de Cuidados de Enfermagem Culturalmente Competentes para populações culturalmente diversas* (15). Identificou ainda três domínios: *Afetivo* cujos atributos são a sensibilização ou consciência cultural e o desejo cultural; *Cognitivo* relacionado ao conhecimento cultural; *Habilidades/Práticas/Comportamento* compreendendo a habilidade, diversidade cultural e interação/encontro cultural(15).

Portanto, as competências culturais compõem a TDUCC e estão em construção. Nossa tese parte ciente do contexto social e histórico que envolve o berço desta teoria de enfermagem que são os Estados Unidos da América (EUA), estando, portanto, impregnada da lógica funcionalista das competências e da gestão por competência, e consequentemente em estudos com o mesmo caráter.

Tal aspecto explica estudos posteriores ao de Leininger que se dedicaram a perspectiva funcionalista, pois grande parte dos estudos restringem-se a testar instrumentos que avaliam as competências culturais de enfermeiras(os) e profissionais de saúde para atender à lógica do mercado que é competitiva e punitiva (26)(27)(28)(29)(30)(31)(32)(33)(34)(35)(36)(37)(38)(39)(40)(41)(42).

Os estudos avançaram tanto que as principais associações norte-americanas como a *American Nurses Association* (ANA) e a *American Association of Colleges of Nursing* em documentos datados de 2015 e 2017 (43)(44)(45) citam os principais teóricos da Enfermagem Transcultural, são eles: a precursora M. Leininger, com a TDUCC; Campinha-Bacote, com o Processo de Competência Cultural no Modelo de Prestação de Serviços de Saúde; Ginger e Davidhizar, com o Modelo de Avaliação Transcultural; Purnell, com os Cuidados de Saúde Transculturais; e Spector, com o Modelo de Tradições da Saúde (46)(24)(45)(47)(48).

Portanto, estudos no mundo e no Brasil crescem e demonstram clara preocupação com a influência da questão cultural na assistência de enfermagem e na produção de CECC

(20)(49)(46)(50)(51)(29)(52)(53)(54)(55)(56)(57)(47)(58)(59)(60). Especialmente, porque a enfermagem é uma profissão que independentemente da cultura e do país, atua em todos os ciclos de vida e está em contato direto com as pessoas e sua diversidade sócio-cultural. Tem, portanto, um caráter de atuação intercultural, desde sua importância no contexto global, transnacional, nacional, regional e local até pelo processo de trabalho com uma íntima convivência com as diversas formas de manifestação de cuidado e culturas, além de precisar lidar com as necessidades linguísticas dos sujeitos do cuidado, e ainda promover a equidade de acesso e a qualidade da assistência à saúde.

Logo, esta tese parte de uma perspectiva de competências culturais como processo, potência e possibilidade de um cuidado de enfermagem centrado nas pessoas envolvidas no cuidado e nos universos culturais envolvidos nesta relação, com vistas a rever subjetividades e promover uma interculturalidade crítica.

Para tal, o estudo coloca em evidência ou em debate as competências culturais de enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena, a partir de uma atividade de educação permanente mediada pelos Círculos de Cultura de Paulo Freire e tem como pressupostos teóricos a ecologia dos saberes de Boaventura(61)(62), a TDUCC de M. Leininger(19)(63)(64) e as Competências culturais de Campinha-Bacote(65)(51)(66).

E o faz articulando a lógica propositiva e pluralista da ecologia de saberes, promovendo a compreensão das influências culturais no trabalho das(os) enfermeiras(os) e a construção de uma interculturalidade crítica de caráter descolonial, mediada por uma educação libertadora e permanente que acredita na transformação baseada na reflexão crítica e não apenas na atualização técnico-científica que reconhecidamente é um aspecto que qualifica as práticas profissionais, mas que não é o foco central. E, assim, valoriza as subjetividades produzidas a partir da cultura pessoal, profissional e do processo de trabalho da(o) enfermeira(o) na saúde indígena.

1.2 Do interesse pelo tema à justificativa do estudo

Esclarecer as razões que me trouxeram a este estudo requer revisitar a parte da minha história pessoal e profissional. Assim, parto da minha história de vida, da minha escolha de ser no mundo, o que envolve pertencimento, identidade e compromisso com a região amazônica e seus territórios, povos e culturas. Pertencimento, pois nasci e vivo os meus melhores dias quando estou entre o calor da cidade e a umidade da floresta. Identidade, porque ser amazônida é reconhecer-me nos sabores, cheiros, ritmos e desafios de uma região única no mundo, onde:

encontra-se a maior biodiversidade da Terra, um terço da variabilidade genética estimada do planeta e a maior sociodiversidade da humanidade. Entretanto, pouco se conhece além de sua fauna e flora, a sua população e sua situação de saúde. (p.78)(67).

E do meu compromisso com a redução das desigualdades sociais e iniquidades em saúde, que sempre motivaram minha atuação como enfermeira, para o desenvolvimento de projetos que envolvem o avanço das condições de saúde e das populações tradicionais da Amazônia. A partir do exercício de diálogo e de criação de novas narrativas, propus-me a conhecer os desafios que envolvem a assistência de enfermagem na saúde indígena e a aproximar-me do universo da saúde dos povos indígenas. Trata-se de uma oportunidade de aproximação, diálogo e conexão, pois como diz Morin “conhecer o humano é, antes de mais nada, situá-lo no universo e não o separar dele” (p. 47)(68).

E essa aproximação se deu já na minha vida profissional como enfermeira na região amazônica, em que por diversas vezes em atendimento a ribeirinhos, quilombolas e indígenas, questionei-me sobre se de fato conseguia estabelecer uma assistência sensível culturalmente em meio a tantos grupos populacionais de universos culturais tão particulares. Questionava-me se não estava sendo impositiva e se, muitas vezes, não estava apenas reproduzindo um modelo de cuidado prescritivo, nos termos de Paulo Freire:

um dos elementos básicos na mediação opressor-oprimido é a prescrição. Toda prescrição é a imposição da opção de uma consciência a outra. Daí o sentido alienador das prescrições que transformam a consciência recebedora no que vimos chamando de consciência ‘hospedeira’ da consciência opressora (p. 37)(69).

Ciente da minha condição de oprimida como mulher, enfermeira, trabalhadora da área da saúde, por vezes questionava-me, considerando uma formação voltada para o atendimento/assistência/cuidado de enfermagem imersa no paradigma biomédico, tecnicista e fragmentador, se não estava assumindo muitas vezes o papel de opressora dentro da lógica assistencial vigente.

Tais questionamentos aconteciam nos espaços em que atuei, na atenção básica como enfermeira da estratégia saúde da família, na alta complexidade cuidando de pessoas submetidas à radioterapia e à quimioterapia e como docente na graduação em enfermagem numa carreira que já se aproximava de uma década.

Essas inquietações foram ainda mais significativas quando tive a oportunidade de ser professora de um estudante indígena e deparei-me com a minha dificuldade em mediar as relações conflituosas entre o estudante indígena e os estudantes não indígenas. Negava-me a

negligenciar a situação, mas ao mesmo tempo compreendi a minha incapacidade, incompetência e ou inabilidade para tal tarefa.

Revisitei leituras antropológicas e da teoria da enfermagem transcultural por acreditar que me apoiaria no lidar com essa diversidade sociocultural com a qual reconhecia as minhas dificuldades. E assim emergiam as motivações e relevância prática e intelectual para a pesquisa.

O primeiro aspecto foi compreender que a diversidade étnico-cultural sempre constituiu a sociedade brasileira, mesmo que de forma muito desigual, o que significa que não é intenção nossa fazer alusão à farsa da democracia racial no Brasil, mas pelo contrário, reconhecer que essa diversidade já existia e é anterior ao processo de colonização com a invasão de vários grupos europeus, e é anterior ao processo de escravização de pessoas vindas com a sua diversidade de diferentes áreas do continente africano. Esses povos encontraram no Brasil uma população originária que já existia, vivia e se constituía como sociedade nesse território, com uma diversidade étnica, cultural e social que foi devastada pela ação imperialista dos europeus, mas que até hoje tenta sobreviver, existir e resistir.

Essa resistência foi demonstrada pelos dados do último censo demográfico realizado no Brasil em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), que revelou que os povos indígenas são a parcela da população brasileira com maior crescimento no país. O censo mostrou que no Brasil há 896.917 indígenas, número muito inferior aos cinco milhões estimados em 1500 (70). São constituídos por 305 povos, falantes de 274 línguas e representam uma parcela de 0,44 % da população brasileira, sendo que 61,5% destes moram em terras indígenas distribuídas na região norte (71)(72).

Esse crescimento da população indígena, tem impacto também na demanda por serviços de saúde, mas principalmente no grande desafio de construir uma política de atenção à saúde dos povos indígenas que atendam às necessidades destes povos, que considere sua história marcada por dominação, exploração, escravização, aculturação, genocídio, assimilação, inferiorização e marginalização, mas também pela luta, sobrevivência e principalmente resistência (71). Logo, existia uma diversidade sociocultural anterior ao processo de colonização, ampliada aqui com a escravização de africanos e hoje é marcada pelo crescimento populacional dos povos originários que precisa ser reconhecida e valorizada.

Todavia, existem também fatores externos ao Brasil que nos desafiam como humanidade que são os processos que envolvem as globalizações¹ e suas repercussões que

¹ Globalizações, no plural segundo Boaventura, que entende como parte das transformações culturais do final do século XX que foi marcada pela passagem do universalismo para a globalização. E são produto dos conflitos sociais e históricos do capitalismo, gerando conjuntos diferenciados de relações sociais. Diferentes conjuntos de

mobilizam pessoas, geram conflitos religiosos, políticos, desastres naturais, instabilidade econômica de países e mudança no perfil demográfico de países. São alguns dos vários fatores que desafiam e motivam a uma adequada formação e qualificação dos profissionais de saúde para uma atuação culturalmente competente e sensível às necessidades de saúde das populações (73)(74)(75)(20)(21)(46).

Esses acontecimentos elevam a questão do processo saúde-doença, da saúde e da doença a um patamar que ultrapassa as barreiras geopolíticas e considera as necessidades de saúde das populações de todo o planeta acima dos interesses de nações em particular, promovendo a chamada saúde global (76).

Nos descritores das ciências da saúde, saúde global é definida como “*um campo multidisciplinar e interdisciplinar que lida com a melhoria da saúde e a aquisição em saúde para todas as pessoas*”. Esse transcender de fronteiras, promove a colaboração e a cooperação dentro e além do campo das ciências da saúde e combina a prevenção das doenças baseada na população a partir da atenção ao indivíduo (77)(78).

A saúde global é muito difundida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Banco Mundial, mas mesmo ciente que este último “não têm o mesmo comprometimento com a interdependência para sanar os problemas de saúde sejam eles transnacionais, nacionais, regionais ou locais, a menos que estes causem impacto econômico e financeiro para o sistema monetário e para a produção do capital” (p.626)(76) recorre-se a este conceito de saúde global, pois ele traz para o debate da área da saúde a responsabilidade da humanidade pelos diversos fatores de determinação do processo saúde-doença, de forma que se reconheça a inter-relação entre a saúde dos povos locais, nacionais e globais, além de propor um novo paradigma de coletividade e responsabilização pela saúde da humanidade, na medida em que entende como a interdependência e integração de pessoas, capital, bens, conceitos, imagens, ideias e valores para além das fronteiras e das barreiras impostas pela compreensão eurocêntrica de Estado-nação(79) (76).

A mobilidade de pessoas e suas consequências aos países despertaram para o aumento da diversidade sociocultural nos atendimentos dos serviços de saúde do global ao local. O que reforça a necessidade de profissionais sensíveis e capazes de atender, de forma respeitosa, as

relações sociais dão origem a diferentes fenômenos de globalização, portanto não há uma entidade única de globalização, mas de globalizações. Por ser um processo pelo qual determinada condição ou entidade local estende sua influência a todo o globo, e ao fazê-lo desenvolve a capacidade de designar como local outra condição social ou entidade rival. Esse processo gera relações de poder, de resistência, de dominação, mas também de alternativas hegemônicas e contra-hegemônicas (245).

necessidades de saúde das pessoas, independente de sua origem cultural (80). Os processos migratórios, os conflitos e seus impactos principalmente na economia dos países desencadearam a preocupação e a própria existência de uma saúde chamada inter e transcultural e por vezes é chamada de humanista nos outros países.

Desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos que ratifica a todas as pessoas os direitos econômicos, sociais, políticos, culturais e cívicos, reconhecendo-nos como membros da “família humana” (p. 10), na tentativa de assegurar a dignidade e a igualdade como um direito inalienável e fundamental para a liberdade, justiça e paz no mundo (81), o que nos conduz a uma consciência coletiva da tarefa compartilhada da construção de um mundo melhor.

O que nos remete ao que Leininger defendia que conhecer, compreender e cuidar do outro a partir de sua realidade cultural é fundamental para o estabelecimento da harmonia e paz mundial. Para a autora até atentados como o 11 de setembro poderiam ter sido evitados se os cuidados transculturais fossem usados em todo o mundo para impedir atos humanos destrutivos(63). Uma vez que trabalho de enfermagem envolve ação de cuidado e de interação com as pessoas, e é no âmbito da interatividade, do encontro cultural que se dá a possibilidade de reconhecimento das necessidades de saúde das pessoas (82). Essa crescente preocupação com o impacto que a diversidade sociocultural tem na oferta de cuidado de saúde e de enfermagem, reforça a condição fundamental da humanidade, definida em 1948 pela Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU), ao declarar que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos” (p. 06)(81).

Neste sentido, o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), em 2011, reconheceu que todos os direitos humanos são interdependentes e indivisíveis e que a saúde e o bem-estar dos indivíduos podem ser prejudicados quando seus direitos humanos, em qualquer categoria, são violados. Nesse sentido, os cuidados e serviços de saúde, como um direito de todos as pessoas, precisam estar disponíveis, acessíveis e culturalmente aceitáveis, independentemente de considerações financeiras, sociais, políticas, geográficas, culturais, raciais ou religiosas (83).

Desde 2013, o CIE recomenda que as(os) enfermeiras(os) devem demonstrar competências culturais: no desenvolvimento de uma consciência de sua própria cultura, sem permitir que esta influencie de forma indevida aquelas de outra origem; no conhecimento e na compreensão de diferentes culturas; no aceitar que pode haver diferenças entre as crenças culturais e os valores do prestador de cuidados de saúde e do usuário do sistema de saúde; no aceitar e respeitar as diferenças culturais; na necessidade de adaptar os cuidados para que sejam congruentes com a cultura e as expectativas das pessoas cuidadas e no fornecer cuidados culturalmente adequados para oferecer o melhor resultado possível às pessoas (84).

Além disso, o CIE explicita que é obrigação das(os) enfermeiras(os) salvaguardar, respeitar e promover ativamente os direitos da saúde das pessoas em todos os momentos e em todos os lugares. E, ainda, que as(os) enfermeiras(os) precisam estar vigilantes nesta área, particularmente em relação aos grupos vulneráveis, como mulheres, crianças, idosos, refugiados e grupos estigmatizados, por sua diversidade racial, étnica, gênero, orientação sexual, status socioeconômico, idade, habilidades físicas, crenças espirituais/religiosas, crenças políticas ou outras ideologias (84).

Portanto, a Teoria de enfermagem transcultural e as competências culturais tornaram-se uma importante estratégia, que surgiu em países de língua inglesa para responder às evidências de disparidades de saúde, desigualdades estruturais e cuidados de saúde de baixa qualidade entre pessoas de origens minoritárias e/ou mais pobres. Tanto que as competências culturais compõem o quadro de critérios essenciais no sistema de acreditação hospitalar e assistência em geral nesses países, pois almejam que todas as pessoas recebam cuidados de saúde equitativos e eficazes, particularmente aqueles de origens culturais diversas (85)(86). E que pode ser mais uma ferramenta a colaborar para superar o mito da igualdade das raças, revelar uma realidade e o imperativo à enfermagem brasileira que é de cuidar de uma nação culturalmente diversa.

A temática tornou-se tão importante que a Cochrane publicou uma revisão sistemática sobre educação culturalmente competente para profissionais de saúde, com o objetivo de avaliar os efeitos das intervenções de educação para o desenvolvimento de competências culturais para profissionais de saúde sobre os resultados para usuários dos serviços de saúde, para profissionais de saúde e para organização de saúde. Foram incluídos estudos de ensaios clínicos randomizados e controlados, publicados em todas as principais bases de dados da área da saúde e da educação entre os anos 1942 a 2014 (86).

Os resultados foram significativos quanto ao conhecimento e compreensão cultural dos profissionais de saúde (atitude, comportamento e confiança), nos processos de consulta (cuidados centrados nos pacientes) e na avaliação de processos e resultados (avaliação dos programas de treinamentos, provisão de cuidados e satisfação no trabalho) (op. Cit). Portanto, os resultados apoiam as intervenções educacionais com enfoque nas questões culturais e a indicam como uma estratégia importante para o enfrentamento das desigualdades em saúde.

Resultados de revisões sistemáticas sobre a eficácia das intervenções para o desenvolvimento das competências culturais mostraram resultados positivos em relação ao conhecimento, habilidades e atitudes culturalmente competentes (85) (86)(87)(88)(89)(90) e satisfação do paciente/cliente (91), especialmente quando são avaliados após atividade educativa (88).

A revisão sistemática realizada e publicada pela Cochrane e demais estudos mostraram que as melhores evidências para as intervenções nos profissionais de saúde visam melhorar conhecimento, habilidades e atitudes. E os resultados de saúde dos usuários focam em comportamento e conhecimento, satisfação e participação no tratamento(92). Para os serviços de saúde, os resultados mostraram melhoras em comportamentos de profissionais e utentes, assim como melhoraram o acesso aos cuidados, estimulam inovações na organização de cuidados de saúde e nos cuidados (88)(85)(89)(90)(86)(93).

Estudo sobre CECC para a autogestão do controle de diabetes, realizado na cidade de Londres, demonstrou melhores resultados mensuráveis na avaliação pelo indivíduo atendido quanto ao cuidado recebido em programas culturalmente competentes (94)(59). Um estudo de natureza educativa foi desenvolvido com profissionais de saúde do sistema de saúde militar e seus resultados indicaram aumento da sensibilização cultural na assistência a lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT) que atuam nas forças armadas dos EUA (95).

Já uma pesquisa participativa, na qual a comunidade avaliou um programa de treinamento de competências culturais desenvolvido em várias organizações de saúde da Austrália, durante o período de um ano e oito meses de atividades educativas sobre cuidados de saúde culturalmente competentes para profissionais de saúde, mostrou que os participantes relataram altos níveis de mudanças no conhecimento (91,2%), na competência (86,6%) e no desempenho (87,2%), como resultado do treinamento em competências culturais (96).

Portanto, os estudos quantitativos e positivista sobre os CECC às populações culturalmente diversas demonstraram que os CECC facilitam o trabalho, geram resultados e demonstram ser uma das mais importantes estratégias para melhorar a satisfação do usuário nos serviços de saúde, facilitar o acesso aos cuidados de saúde de qualidade (97) e reduzir as desigualdades em saúde apresentadas as(os) enfermeiras(os) (25)(98).

Os documentos de associações, especialmente as norte-americanas, sobre cuidados culturalmente competentes, têm orientado a assistência de enfermagem no contexto interétnico. Em 2010, a Academia Americana e a Sociedade Transcultural de Enfermagem reuniram seus especialistas de 16 países para desenvolverem uma revisão sobre a prática de cuidados culturalmente competentes, em seguida publicaram 12 orientações direcionadas às(aos) enfermeiras(os) assistenciais (99).

Em 2014 e 2017, os mesmos especialistas publicaram dez orientações para implementação e desenvolvimento de CECC que são: 1- conhecimento cultural; 2- educação e formação em cuidado culturalmente competente; 3- autorreflexão crítica; 4- comunicação intercultural; 5- prática culturalmente competente; 6- competências culturais nos sistemas e

organizações de saúde; 7- defesa e empoderamento das pessoas; 8- força de trabalho multicultural; 9- liderança intercultural; e 10- prática e pesquisa baseada em evidências (25)(44).

Outros estudos sobre ferramentas que auxiliam os profissionais na condução de práticas culturalmente competentes têm contribuído para o avanço do conhecimento na área, especialmente quanto a competência linguística desde o estudo pioneiro, em 1983, de Berlim e Fowkes no estado da Califórnia, em que criaram o acróstico LEARN, que em inglês significa “aprenda” (73) até os que tem objetivo de diminuir a barreira da comunicação no atendimento aos latinos, pois o idioma foi considerado a principal barreira para o atendimento (100)(101). Nesse sentido, estão também as recentes revisões sistemáticas sobre as melhores evidências de comunicação para tomada de decisão compartilhada em contexto de cuidado intercultural, que a partir delas são criados modelos de estratégias para atuação dos profissionais de saúde.

Portanto, a literatura internacional, pesquisas e revisões sistemáticas, conforme consta no capítulo de revisão de literatura, sobre o tema (88)(85)(89)(90)(86) são estudos que representam avanços, revelam potenciais desenvolvidos, resultados positivos, mas todos na perspectiva funcionalista. E não consta nenhum estudo sobre a realidade brasileira e nem no contexto da maior sociodiversidade da humanidade que é a Amazônia(67), na perspectiva crítica-emancipatória das competências culturais e de natureza qualitativa e participante, o que garante o ineditismo deste estudo.

Já as produções da enfermagem brasileira concentram-se na TDUCC de Madeleine Leininger, sendo usada principalmente como metodologia para coleta de dados através do método O-P-R (observação, participação e reflexão) e entrevista; como referencial teórico do conceito de cuidado transcultural; como análise de resultados através da etnoenfermagem, etapas da pesquisa convergente assistencial (PCA), discurso do sujeito coletivo, análise de conteúdo e temática; uso do sol nascente para demonstrar os fatores e as estruturas que influenciam a visão de mundo das pessoas; e como estratégia de orientação das ações de manutenção, acomodação e repadronização preconizadas pela autora (102).

Verifica-se, também, que a abordagem cultural da assistência de enfermagem é especialmente associada à assistência a grupos étnicos e populações de difícil acesso, e esta se detém ao diagnóstico sobre como se dá a aproximação com valores, crenças e práticas de indivíduos etnicamente diversos, em situações relacionadas ao ciclo de vida (103)(21)(104)(105)(106).

Pereira e colaboradores em uma publicação recente sobre a experiência do ambulatório do índio em São Paulo conduzido pela experiência de mais de 50 anos do Projeto Xingu,

apontaram para a necessidade de serviços e profissionais de saúde desenvolverem competências culturais como parte da competência clínica, para relativizar a biomedicina e minimizar os conflitos no lidar com o diferente (107).

Na Amazônia foi encontrado apenas um estudo quase experimental, no qual foi realizada uma oficina de capacitação em competência cultural para um grupo experimental de profissionais de enfermagem e o grupo controle sem receber a intervenção. O estudo foi realizado com os profissionais de enfermagem de uma Casa de Saúde Indígena (CASAI), na capital do Acre, Rio Branco. Os resultados foram satisfatórios ao apontar mudanças significativas nos indicadores de competência cultural, a saber: atitudes, conhecimentos e comportamentos. Sendo que esse último foi mantido por onze meses após a intervenção (108)(109).

Neste contexto, propõe-se um estudo que oportunize aprofundar a interpretação de problemas, a partir de uma educação dialogada e ativa voltada à responsabilidade social e política e que possibilite à(ao) enfermeira(o) a discussão, a inserção corajosa e a reflexão que o advirte dos perigos de seu tempo e espaço, para que conscientes deles ganhem forças e coragem para lutar, ao invés de serem submetidos à “perdição do seu próprio eu”(p. 38), como diz Paulo Freire (110).

Trata-se de um estudo com enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena e que possibilite identificar suas dificuldades, experiências, que oportunize o diálogo sobre a interculturalidade e caminhe no sentido da interculturalidade crítica descolonial, sem que isso signifique promover a lógica competitiva e punitiva do mercado. Mesmo porque a Teoria de enfermagem transcultural nasce no contexto norte-americano que é funcionalista e as competências culturais e os estudos desenvolvidos até aqui seguem esta mesma lógica.

E diferente da lógica internacional dos estudos sobre competências culturais não é o propósito do nosso estudo avaliar o nível de competências culturais de enfermeiras(os), mas o de contribuir para a construção de cuidados de enfermagem culturalmente competentes, que promove uma reflexão crítica e emancipatória, que se dá a partir do processo educativo sobre o trabalho e pelo trabalho e da relação entre mulheres/homens com o mundo e no mundo (69).

Nesse sentido, este estudo representa uma proposta no que Boaventura denomina ser a transição de “passagem do conhecimento universitário para o conhecimento pluriversitário” (p.42)(61) em que a produção do “conhecimento pluriversitário” consiste em reelaborar a relação da ciência com a universidade, uma vez que “a sociedade deixa de ser apenas objeto das interpelações da ciência para ser ela própria sujeita de interpelações à ciência” (op.Cit). Assumindo assim o comprometimento político da transformação por meio da produção do

conhecimento, diante de uma sociedade pseudodemocrática, pois esta não oferece condições de uma formação profissional para saber agir, saber pensar, trabalhar em equipe, aprender a apreender, ser empática e agir em função do desenvolvimento integral das pessoas e não apenas dos interesses do mercado (9).

Portanto, mais que uma lacuna científica, mais que uma emergência à saúde global, uma necessidade local, nosso trabalho preocupa-se com a formação pelo trabalho de uma enfermagem sensível, atenta aos aspectos culturais que de fato promova a interculturalidade crítica; que seja preparada para atender às necessidades, reconhecer as desigualdades e perceber as potencialidades diante da diversidade no mundo, e principalmente no Brasil.

1.3 Situação problema

Os estudos que deram continuidade à teoria de Leininger tiveram grande influência no relativismo inaugurado pela autora, especialmente porque ela coloca a necessidade de avaliar culturas de acordo com seus próprios valores (64). E esta premissa se confronta com a história da antropologia, uma vez que o relativismo cultural de Franz Boas menciona “interpretar”, o que é mais empático e compreensivo e o que Leininger indica é “avaliar”, portanto, mais controlador (38). Desta forma, não é surpreendente que os estudos seguintes seguiram a mesma lógica.

É inquestionável a necessidade de avaliar, mas é necessário entender que tal tarefa é complexa, não é neutra, é construída a partir de referenciais próprios que nem sempre são assumidos ou reconhecidos. E o avaliador precisa se preocupar em não cometer injustiças, uma vez que há riscos de classificar, provocar sanções ou que, erroneamente, seja atribuído como apenas resultado de esforço individual (111). Compreende-se que esta concepção está na lógica do paradigma positivista, voltado ao funcionalismo da eficiência, do controle das ações, e, portanto, do controle (112).

Esses processos de avaliação punitiva que atribui a processos individuais o desenvolvimento das competências culturais é considerada uma problemática antiga para a enfermagem, pois fortalece a postura controladora da profissão, promove a lógica meritocrata, competitiva e ranqueada e não contribui com a orientação de formação profissional a partir da responsabilização participativa e colaborativa (113)(111).

Entretanto, é de comum acordo que enfermeiras(os), assim como os outros profissionais de saúde, precisam demonstrar competências nas suas respectivas áreas. Na área da saúde esta

competência manifesta-se em uma atuação profissional que seja capaz de impactar a situação de saúde individual e coletiva (114).

Para aprender com a Austrália que é um continente reconhecidamente comprometido com os seus povos originários, buscou-se literatura registros dessa experiência, sendo encontrada uma revisão sistemática sobre atenção primária na saúde indígena, que utilizou a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI) como fundamentação teórica das práticas baseadas em evidências de profissionais de saúde que trabalham com populações originárias australianas chamados aborígenes², revelou uma prática clínica fragmentada e que se concentra principalmente no processo e não nas necessidades de saúde deste povo (115).

Essa revisão sistemática destacou o pioneirismo da Austrália com programa de qualidade organizacional na assistência à saúde aos aborígenes, mas também que os serviços de saúde da atenção primária encontram as seguintes dificuldades: incidência de doenças consideradas erradicadas na Austrália, mas presente entre os aborígenes; grande rotatividade de profissionais de saúde no atendimento desta população e o sistema de aprendizado dos profissionais sobre atendimento aos aborígenes é de tentativas e erros repetidos durante anos, dentre outros (115). Os problemas na assistência à saúde de povos originários, aborígenes e indígenas estão presentes em diferentes países e realidades e que são muito semelhantes aos do Brasil.

E mesmo na atuação da Organização Não Governamental como a do “Médicos sem fronteiras” durante sua experiência na Amazônia peruana com os povos Shipibo-Conibo, as barreiras culturais foram apontadas como os principais obstáculos que impedem as pessoas, especialmente mulheres, de visitar centros de saúde quando esta ONG chega para fazer os atendimentos. Ainda foram identificadas atitudes negativas em relação aos conhecimentos indígenas e seus sistemas de cuidado e práticas tradicionais de cuidado e que em geral a equipe de profissionais de saúde preferia conhecimentos biomédicos(116). Ou seja, o paradigma biomédico é o que determina a atuação dos profissionais de saúde em vários contextos por ser uma questão de formação profissional.

Tal aspecto pode ser consequência do relatório de Flexner ainda muito influente no campo da saúde e sustenta uma educação conservadora que mantém a hegemonia de determinadas disciplinas/profissões sobre outras, pela crescente especialização, fragmentação do saber e pela fragmentação do próprio ser humano(117)(16). O que contrapõe à lógica das DCN de enfermagem, tem um caráter emancipatório, uma vez que preconiza a formação de

² O termo aborígene é mantido, pois reflete a diversidade das pessoas e povos originários da Austrália, e porque entre a população aborígene o termo “indígena” representa cooptação pelo Capital. (115)

profissionais autônomos, críticos e reflexivos articulados ao saber conhecer, saber fazer, saber ser e o saber conviver(118).

No Brasil, o principal ordenador dos recursos humanos na área da saúde é o Sistema Único de Saúde (SUS) como estratégia para efetivação e solidificação dos seus princípios(119). E vinculado ao SUS está o subsistema de saúde indígena que foi criado pela Lei Arouca de nº 9836/99, estabelece a PNASPI (Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas) e orienta a assistência à saúde dos povos indígenas no Brasil há 20 anos, mas enfrenta dificuldades, pois percebe-se gestores, trabalhadores e usuários ainda se dedicam mais ao debate da organização e financiamento do SUS do que ao debate sobre a organização da atenção (120). A preocupação com a “preparação de recursos humanos para atuação no contexto intercultural” (p.13) existe na própria PNASPI, porém estudos apontam o pouco preparo de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e de membros das Equipes Multidisciplinares de atenção à Saúde Indígenas (EEMSI) para atuarem em contexto interétnico por desenvolver uma interculturalidade apenas funcional, o que compromete a integralidade da assistência à saúde dos povos indígenas (121)(122).

Além de que há dificuldades dos profissionais e serviços de saúde no manejo de uma assistência que considere as questões culturais dos povos indígenas, com enfermeiras(os) atuantes na atenção básica que desvalorizam e desconhecem práticas culturais de raízes e de cuidado indígenas (123). O que significa dizer que os profissionais atendem às especificidades epidemiológicas e operacionais, ou seja, as atividades técnico-assistenciais e burocrático-administrativas das ações programáticas do Ministério da Saúde (MS) (124)(106)(125) e pouco as culturais, especialmente porque a formação baseada em um paradigma biomédico a partir de uma epidemiologia que é empírico-analítica ou diretamente observável àquela que faz as associações diretas de causa-efeito (126).

E que os distancia da atenção diferenciada e mais ainda das competências culturais como essenciais para compreensão do contexto social e cultural dos povos indígenas e do que Breilh chama de epidemiologia crítica, ou seja, aquela que atenta para o realismo dialético e os processos e as condições das relações de determinação do processo saúde-doença-cuidado (126).

O debate sobre uma atenção à saúde ou de uma assistência de enfermagem que seja competente culturalmente é vista como um debate importante apenas para os profissionais de saúde que atuam na atenção primária que é o primeiro nível de atendimento ou de acesso pela população aos serviços no SUS (127)(17).

A atenção básica ou primária trata a competência cultural, ainda no singular, como uma habilidade do profissional e dos serviços de saúde em compreender as necessidades culturais

de um determinado grupo social, de forma a estabelecer um processo comunicativo e capaz de superar as diferenças culturais existentes (128)(129). Starfield conceitua competência cultural como o reconhecimento das necessidades especiais de subpopulações que podem não estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outra característica cultural especial. A autora classifica em dois grupos as características ou os critérios de avaliação da atenção primária, entre o grupo das características essenciais que são: acesso, longitudinalidade, integralidade da atenção, coordenação da atenção. O grupo secundário só é atingido em um alto nível quando as características essenciais forem alcançadas, o que a autora nomeia de aspectos derivados que são: centralidade na família, competência cultural e orientação para comunidade (130).

Isso quer dizer que a literatura sobre atenção básica ou primária ainda trata competência cultural como sinônimo de competência linguística e ainda a hierarquiza e pretere, ou seja, está imersa no paradigma funcionalista de competências e na contramão de estudos que já reconhecem as competências culturais como constructo importante para ampliar a sensibilização dos profissionais de saúde, melhorar o acesso aos cuidados de saúde e reduzir as barreiras organizacionais enquanto política pública.

No campo de atuação da saúde indígena, as competências precisam se dar em contexto intercultural e tem como objetivo a melhoria do quadro sanitário dos territórios indígenas e na efetivação de uma atenção diferenciada, que é uma atenção à saúde que considera as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais, sendo o princípio norteador da assistência à saúde dos povos indígenas (131).

Estudo sobre o trabalho da(o) enfermeira(o) na saúde indígena e as suas competências para atuação em contexto intercultural parte da concepção de que as competências são formadas pelos elementos do conhecimento (saber), habilidades (saber fazer) e atitudes (saber ser). E revelou que as demandas por conhecimento e as habilidades são para executar as tarefas técnico-assistenciais que extrapolam o campo de domínio do profissional enfermeiro e que o caráter de reprodução de tarefas é a principal estratégia para superar a deficiência do saber fazer. E ainda, que a atitude (saber ser) é o componente mais exigido para o trabalho na saúde indígena, por ser a capacidade de se relacionar de forma apropriada com o outro, seja indígena ou não indígena e suas distintas concepções sobre o mundo e sobre a saúde (132).

A autora traz a dimensão relacional como essencial para geração dos processos positivos entre indígenas, profissionais de saúde e os vários outros elementos que remetem à relação intercultural. É nessa dimensão que a interculturalidade se faz presente de forma mais expressiva e significando uma demanda essencial para os enfermeiros e profissionais de saúde.

Porém, o estudo mostrou que na saúde indígena as(os) enfermeiras(os) vivenciam essa experiência de maneira solitária, de aprendizagem pessoal e profissional forjadas pela vivência do trabalho na saúde indígena (ibid.).

Essa solidão na saúde indígena é ainda maior, porque muito vezes a(o) enfermeira(o) sente esse isolamento de várias formas, por se ver longe da família; distante dos centros urbanos onde vivenciou todo o seu processo de formação; num território completamente desconhecido pelos mistérios e segredos da floresta, das águas e toda a fauna amazônica; pelo desconhecido social por estar em uma sociedade com suas regras, costumes e valores próprios, por vezes pelo isolamento geográfico e em alguns casos sem comunicação.

Portanto, as competências são exigidas no cotidiano profissional apresentando-se como necessidades profissionais, pois o preparo ou a formação profissional é direcionada para atender às necessidades das pessoas, famílias, comunidades, grupos, serviços, instituições, mas poucos processos formativos se preocupam com as necessidades sentidas e vividas pelos profissionais durante o seu fazer profissional. Considera-se aqui um problema essa solitária aprendizagem que se dá sem uma escuta, diálogo e fala desses profissionais; que são cobrados por um produtivismo, em que se exige ferramentas que não foram ensinadas durante a graduação e durante a atuação profissional, mesmo com uma política de educação permanente que ainda é verticalizada e centrada na operacionalização dos serviços, onde as competências exigidas são fortemente de natureza técnico-assistencial.

O que significa dizer que é exigido das(os) enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena que desenvolvam uma interlocução entre a biomedicina e os saberes e práticas de saúde, doença e cuidado do universo indígena, colocando

a interculturalidade como uma proposta de atuação profissional que está expressa num ideal de relações, interlocuções, vínculos entre indígenas e não indígenas, e depende de um conjunto de ações com implicações para os profissionais de saúde, para os serviços e as instituições (p. 134)(132).

Mas que para estes profissionais “projeta-se de forma prescritiva e apoiada num ideário de atuação profissional ancorada em relações dialógicas harmoniosas com os indígenas, seus modos e suas práticas” (p.138), o que nem sempre acontece (ibid.).

A autora destaca que estas não são atitudes simples ou sequer fáceis de serem desenvolvidas e mobilizadas, pois requer revisitar e questionar paradigmas e convicções pessoais e profissionais. E quando elas acontecem se dão na esfera individual, influenciadas por valores e experiências prévias e na capacidade que cada profissional tem de desenvolver relações empáticas, respeitosas e dialógicas (ibid.). Os resultados apontam para uma clara

necessidade de estratégia que não privilegie apenas o técnico-assistencial que é a dimensão do saber conhecer e saber fazer, mas promova uma formação que se dê no contexto do trabalho da(o) enfermeira(o) centralizada na dimensão relacional/atitudinal/do saber ser e conviver das competências onde as questões interculturais emergem.

Outros estudos revelam o pouco preparo dos profissionais de saúde, especialmente os de enfermagem, para perceber, entender e aceitar concepções e práticas terapêuticas nativas, assim como são percebidos intolerância e preconceito quando práticas de cuidado não oficiais são postas diante do mundo do saber considerado científico, como as práticas de autocuidado domésticas da tradição indígena, que são elementos indissociáveis das formas de vida, de suas cosmovisões, sistemas de valores e de significações das culturas locais, mas que não são considerados pelo paradigma biomédico, o que gera dificuldade na relação interétnica (133)(125)(123).

Os estudos antropológicos sobre a situação de saúde dos povos indígenas amazônicos indicam a necessidade de se entender o contexto sociopolítico, isto é, a longa história de violência, genocídio, etnocídio, escravidão e discriminação que tem enfraquecido e diminuído as populações por séculos de colonialismo, como essenciais para construir uma assistência de saúde para além do funcionalismo dos serviços de saúde (134)

Tal aspecto nos remete à análise de Follér ao apontar que tanto a medicina científica quanto a educação ocidental e a religião cristã integram o discurso colonial; que o mundo social é construído por meio do discurso que usa a cultura, a identidade e o conhecimento como uma “barreira” para a melhoria das condições de saúde dos povos indígenas (op.Cit).

Nesse sentido, não surpreende que em estudo sobre os cuidados das(os) enfermeiras(os) que atendem diretamente indígenas da etnia Mura no Amazonas, na atenção básica ou na hospitalar, foram identificadas concepções equivocadas quanto à atenção diferenciada, como sinônimo de condições precárias de trabalho e de realização de tarefas que não são de sua competência técnica e legal (106). Mesmo estudos na saúde indígena no campo das representações sociais do cuidado em saúde, foi percebida tensão entre as concepções e práticas de cuidados tradicionais e biomédicos (135).

Todos estes resultados confirmam que a assistência de enfermagem ao indígena não se diferencia do não índio e dos centros urbanos; o que impossibilita atender às reais necessidades dos indígenas, uma vez que não são consideradas as práticas de autocuidado desses povos e, portanto, as demandas de saúde dos usuários indígenas são consideradas a partir da perspectiva de dar respostas a manifestações clínicas de um corpo fisiopatológico. E que se no cotidiano as(os) enfermeiras(os) privilegiam as atividades burocrático-administrativas das ações

programáticas do MS (124)(106)(125), elas(es) mantém a hegemonia do modelo biomédico (16).

Portanto, parece-nos indispensável ampliar a discussão sobre competências culturais no âmbito tanto da formação quanto do exercício profissional, de forma a promover o trabalho de enfermagem na perspectiva da interculturalidade, da equidade e da integridade dos cuidados. Esta realidade não é privilégio da assistência de saúde indígena, mas encontradas em muitos estabelecimentos de saúde, pois é

resultado de anos de exposição ao modelo biomédico, que por tempos foi considerado ideal e, assim, não questionado. Nos serviços de saúde oferecidos à população em geral é comum o descontentamento ocasionado pela prevalência de um modelo de atendimento que valoriza o saber fazer do profissional em detrimento das experiências do usuário que recebe atendimento à saúde. Se a situação já é crítica quando usuários e profissionais da saúde compartilham o mesmo arcabouço cultural, que dizer de usuários com sistemas culturais inteiramente diversos e que se deparam com um cuidado verticalizado e, por vezes, impositivo? (p. 48)(105).

O que implica dizer que enfermeiras(os) têm dificuldades em desenvolver o cuidado integral, déficit na formação durante a graduação para a atuação no campo da interculturalidade, e em criar estratégias de diálogos entre os saberes tradicionais e os do modelo biomédico (105).

A lacuna na formação foi verificada em estudo sobre os cursos de graduação em enfermagem na região, cujos resultados mostraram que apenas 20% das Instituições de Ensino Superior (IES) têm pelo menos uma disciplina voltada às populações tradicionais na Amazônia. Destaca-se nos estados de Rondônia, Roraima e Tocantins que os cursos de enfermagem não apresentam nenhuma disciplina nesta temática. No Amapá, apenas a IES pública das quatro IES existentes oferece. O estado do Pará é o que conta com maior número de IES (18), sendo duas são públicas e trabalham esse conteúdo. Das 16 privadas, apenas uma tem disciplinas voltadas para a população da região (136).

Certamente, a formação de enfermeiros não se restringe apenas aos conteúdos disciplinares, mas a ausência desses revela no mínimo certa inobservância às DCN do curso de enfermagem que orienta no primeiro inciso do art. 3º sobre o perfil do egresso que a(o) enfermeira(o) “deve ser capaz de intervir nas reais necessidades de saúde da população, especialmente na região de sua atuação” (p. 1)(137)(106). Essa ausência na formação inicial de enfermeiros pode significar que o foco da formação ainda é apenas na dimensão técnica e biológica, portanto não aproxima o estudante de enfermagem do universo das populações tradicionais da Amazônia e não exercita a interlocução de saberes e práticas.

A graduação de enfermagem ainda é voltada para uma prática profissional essencialmente prescritiva, especialmente de comportamentos enunciados por imperativos, tais como: não coma, não beba, não coma sal, não transe sem camisinha, faça exercícios físicos, dentre outros. Ou seja, a pseudoautonomia das pessoas está cercada de obrigações de origens institucionais e culturais, sem que neste cotidiano se fortaleça as relações interpessoais para que de fato preserve a saúde e previna doenças (138).

Ou seja, o cotidiano dos profissionais de saúde ainda é subsidiado pelo olhar reducionista e seguro do saber institucionalizado e tem grande dificuldade na mediação dos saberes. Na era do conhecimento torna-se indispensável a busca por novas competências nos modos de organizar o trabalho, nas atitudes profissionais integradas aos sistemas sociais de relações e interações múltiplas, em suas diversas dimensões e abrangências (117).

Por estas razões, acredita-se no desenvolvimento de competências culturais como um processo dinâmico e dialético, alicerçado nos princípios da educação permanente no mundo do trabalho que qualifica profissionais a partir de propostas educativas horizontalizadas, contextualizadas e com o compromisso de transformação pessoal, profissional e social.

A partir dessa problemática, o presente estudo busca responder às seguintes perguntas: Desenvolver e implementar uma atividade educativa mediada pelos círculos de cultura promoveria o desenvolvimento de competências culturais críticas de enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena? Qual a concepção de competência cultural de enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena? Quais concepções de competências culturais são desenvolvidas por enfermeiras(os) a partir da implementação de uma atividade educativa mediada pelos círculos de cultura? Um instrumento de autoavaliação construído e aplicado possibilitaria reflexão e avaliação de domínios e atributos de competências culturais de enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena? Com que frequência os atributos de competências culturais são utilizados pelas(os) enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena?

1.4 Tese de partida

Parte-se da seguinte tese: o cuidado da(o) enfermeira(o) na atenção à saúde indígena é centrado na dimensão técnica e biológica e que, da formação à assistência na saúde indígena, as(os) enfermeiras(os) não desenvolvem suficientemente competências culturais para o cuidado na perspectiva da diversidade e da interculturalidade crítica.

Portanto, acredita-se que desenvolver, implementar e avaliar uma atividade educativa mediada pelos Círculos de Cultura com enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena do DSEI Guatoc no estado do Pará possibilitará o desenvolvimento de competências culturais críticas.

1.5 Objetivos

1.5.1 Geral

Desenvolver, implementar e avaliar uma atividade educativa mediada pelos Círculos de Cultura para o desenvolvimento de competências culturais críticas com enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena do DSEI Guatoc no estado do Pará.

1.5.2 Específicos

- Conhecer a concepção de competências culturais, antes e após a implementação de uma atividade educativa mediada pelos círculos de cultura, de enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena do DSEI Guatoc no estado do Pará.
- Desenvolver e implementar uma atividade educativa mediada pelos Círculos de Cultura para o desenvolvimento de competências culturais críticas com enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena do DSEI Guatoc no estado do Pará;
- Desenvolver e aplicar um instrumento de autoavaliação sobre competências culturais de enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena do DSEI Guatoc no estado do Pará;
- Avaliar a frequência de atributos de competências culturais utilizados por enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena do DSEI Guatoc no estado do Pará por meio do instrumento de autoavaliação;
- Avaliar o desenvolvimento de competências culturais críticas após uma atividade educativa mediada pelos Círculos de Cultura com enfermeiras(os) que atuam no DSEI Guatoc no estado do Pará.

Fonte: Própria, 2018.

Revisão de literatura

2. REVISÃO DE LITERATURA

Na justificativa do estudo optou-se por apresentar parte da revisão de literatura, pois a intenção foi a de mostrar a importância do estudo e as lacunas teóricas identificadas que justificam a realização da pesquisa. Nesse capítulo, será abordada a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, os Cuidados de Enfermagem Culturalmente Competentes e modelo de atenção à saúde indígena.

2.1 A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural e os Cuidados de Enfermagem Culturalmente Competentes

Apresento aqui o estado da arte sobre Cuidados de Enfermagem Culturalmente Competentes (CECC) com os modelos e estudos que foram desenvolvidos a partir da Teoria de Leininger e deram continuidade à teoria e que estão em torno da qualidade do atendimento culturalmente congruente, competente e equitativo. Congruente, uma vez que assume a perspectiva do indivíduo cuidado pela enfermagem; competente, pois atende a necessidade do profissional e equitativo, pois orienta os cuidados no âmbito dos sistemas de saúde, portanto tem o objetivo de desenvolver um corpo de conhecimento científico e humanístico(139).

Os estudos de autores da área da enfermagem transcultural são apresentados aqui, mas não são usados como referencial teórico deste estudo, apenas compõem a revisão de literatura necessária a respeito do tema, e por este motivo mantem-se termos como paciente/clientes usados pelos respectivos autores, evidenciando o caráter funcionalista e etnocêntrico da área da saúde, mesmo compondo a Teoria transcultural.

Na perspectiva de que os CECC estão em construção, é necessária uma análise dos modelos de competências que existem hoje nas duas áreas de maior uso, que são a da gestão de empresas (paradigma funcionalista) e da educação (paradigma holístico), pois abrangem a área do trabalho e da formação e são associados ao conhecimento teórico e prático. Em ambas as áreas, há autores que são grandes colaboradores para esta reflexão, como Perrenoud que conceitua competência como sendo a capacidade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos (saberes, capacidades, informações e outros) para solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações (11)(140). Já Le Boterf enfatiza que, para desenvolver competências, é necessário uma dupla instrumentalização: instrumentalização de recursos pessoais e instrumentalização de recursos do meio; bem como usá-los de maneira pertinente (141). Para este último, a competência profissional não reside nos recursos (conhecimentos, capacidades cognitivas, capacidade relacional, etc.) a mobilizar, mas na própria mobilização

desses recursos. Portanto, os saberes-recursos não constituem competências, mas aumentam ou diminuem as chances de ser competente (142).

Os conceitos estão contextualizados nos sistemas de produção Taylorista, Fordista e Toyotista, usados pelas empresas; e o Funcionalista, Construtivista e o Comunicacional/Holístico, usados na educação (142). Este último está mais próximo do modelo utilizado na enfermagem, pois os primeiros estudos de Leininger também estão associados à superação de barreiras da comunicação, no atendimento de minorias étnicas e de estrangeiros. A dimensão da comunicação do CECC foi historicamente associada apenas à habilidade de comunicação.

Logo, a noção de competências holísticas, envolve os aspectos peculiares a cada indivíduo (pois as experiências, crenças, valores, conhecimento de mundo, etc., variam de sujeito para sujeito) e de ordem sociocultural, situacional (contextual-organizacional) e processual, descartando, assim, uma compreensão de competência com um enfoque apenas no desempenho (7). Portanto, competências são “historicamente definidas, individual e coletivamente constituídas e não podem ser somente técnicas, pois são construídas por meio de experiências coletivas. Assim, a estética, a ética e a reflexão são elementos que influem em sua construção” (p.60)(7).

Para Rios, trata-se de um contínuo que precisa ser construído cotidianamente, que existe no real e como possibilidade na prática profissional concreta, construída historicamente no contexto em que atuamos (143). Desta forma, a construção das competências parte de ação autônoma, emancipatória, capaz e igualmente voltadas para o desenvolvimento de princípios universais de igualdade de direitos, justiça social, solidariedade e ética no mundo do trabalho e da cidadania. Tais princípios se desenvolvem com uma formação integral e ampliada, articulando sua dimensão profissional com a dimensão sociopolítica (144).

Por ter um caráter sociopolítico, é importante reconhecer as principais características dos modelos de competências, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1- Modelos conceituais de competências na Gestão de Empresas e na Educação

Modelos de competências	Taylorista/ Fordista	Toyotista	Funcionalista	Construtivista	Comunicacional/ Holístico
Matriz	Estruturalista Condutivista Comportament alista	Estruturalista Condutivista Comportamentali sta.	Sócio- interacionista	Sócio- interacionista	Crítico-emancipatória
Papel	Operador- técnico	Colaborador	Coordenador Mediador Negociador Ator	Facilitador Interlocutor	Capacitador/ potencializador de contextos em que se possa fazer uso dialético e dialógico da linguagem humana.
Função	Executar o Prescrito	Ir além do prescrito mas sem considerar a emancipação do sujeito. Aumenta-se as atribuições, mas sem conferir autonomia.	Gerenciar, catalisar, potencializar, respeitando as individualidades dos sujeitos.	Intermediar/ promover Interações	Coordenar e promover a comunicação em sala de aula como instrumento de reflexão e transformação.
Saberes necessários	Saber-fazer	Saber fazer-agir (proatividade)	Fazer-ser-agir. Sócio-culturais Linguísticos/ afetivos.	Fazer-ser-agir	Fazer-ser-agir-analisar- Crítico-compreender. Ético/estético /político/afetivo.
Atividades	Reproduzir/ adotar um modelo de comportamento	Escolher uma conduta.	Manifestar empatia Respeitar diferenças	Aceitar/ respeitar diferenças	Uso crítico da linguagem
Avaliar as competências	De forma estreita, ênfase no produto. Busca medir o nível.	De forma ampla, considera-se o processo de desenvolvimento	De forma ampla, considera-se o nível de desenvolvimento da competência.	De forma ampla, considera-se o nível de desenvolvimen to da competência.	Visa a identificar o contínuo ou estágio de desenvolvimento da competência.
Formas de ação	Gerenciamento pelo controle.	Gerenciamento pela condução	Negociação de valores, sentidos, atitudes e ideais.	Diálogo	Resiliente/ dialética/ dialógica/ diálogo
Objetivo	Fiscalizar o Emprego (observar se o funcionário exerce a sua função da forma como foi prescrita).	Finalizar com a empregabilidade (deve objetivar criar condições para que o sujeito esteja empregado).	Usar a linguagem apropriada em diferentes contextos. Desenvolver/ ampliar o <i>Continuum</i> de competência dos sujeitos.	Oportunizar/ potencializar condições favoráveis para o desenvolvimen to humano de maneira inclusiva.	Comunicar/ dialogar de maneira apropriada, e fomentar o desenvolvimento do ser humano como cidadão crítico por meio da linguagem. Observar a realidade política, social e ética.

Fonte: Adaptado de Moura, 2005(7).

Mobilizar competências pressupõe o movimento de busca constante de instrumentos e de estratégias para desenvolvê-las, auxiliando os profissionais em suas necessidades (114).

Nestas perspectivas, as teorias de enfermagem, com enfoque nas competências culturais, articulam saberes e práticas para desenvolvimento do CECC.

O conceito de CECC considerado neste estudo é *“o processo contínuo e dinâmico que considera as dimensões afetivas, cognitivas e de habilidades/práticas/comportamentos, e tem como principais atributos a consciência, o conhecimento, a habilidade e a sensibilização cultural para o fornecimento de Cuidados de Enfermagem Culturalmente Competentes para populações culturalmente diversas”* (15).

Pesquisadores no Brasil e no mundo vêm publicando suas experiências sobre a influência dos aspectos culturais na assistência de enfermagem e a produção de CECC. E utilizam a Teoria da Leininger como base para continuar desenvolvendo outros aspectos que envolvem o CECC e as competências culturais na enfermagem.

As competências culturais têm como base o clássico conceito de competência, portanto trabalham com os atributos de consciência, conhecimento, habilidade e sensibilização cultural. Estes são incorporados na definição de competências culturais como elementos-chave e em três domínios: afetivo, com os atributos de sensibilização e desejo cultural; cognitivo, com os atributos de conhecimento e consciência/compreensão cultural; e de habilidades/práticas/comportamentos com os atributos de habilidade, diversidade cultural e interação/encontro culturais (15).

Alguns estudos colaboraram com a Teoria de enfermagem transcultural desenvolvendo modelos, instrumentos e estratégias que auxiliam a enfermagem na atuação no contexto interétnico. E a partir daqui serão apresentados os principais deles.

Começamos pelo Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar criado em 1988, em resposta à necessidade de estudantes de enfermagem, em um programa de graduação, de avaliar e cuidar de pacientes culturalmente diversos. O modelo inclui seis fenômenos culturais que fornecem uma estrutura para avaliar o paciente/cliente, a partir do qual o cuidado culturalmente sensível pode ser projetado (49), são eles: comunicação, tempo, espaço, organização social, controle ambiental e variações biológicas.

A Comunicação para as autoras envolve toda interação humana e o comportamento, através da qual a cultura é transmitida e preservada na maioria dos grupos étnicos. Comunicação essa que pode ser verbal e não-verbal. E a comunicação é o problema mais frequente no trabalho com diversidade cultural (49).

O Espaço é a distância mantida entre as pessoas quando elas interagem. E toda comunicação ocorre no contexto do espaço. Existem quatro zonas do espaço interpessoal:

íntimo, pessoal, social e consultivo e público; sendo que as regras relativas à distância pessoal variam com a cultura. A autora destaca o sentimento ou a atitude em relação à área pessoal, pois cada pessoa tem seu próprio comportamento dentro dessas zonas. E o sentimento de violação do espaço pessoal e íntimo pode causar desconforto e a recusa em um tratamento ou fazer o paciente/cliente não retornar para mais cuidados (49).

Já a Organização social, refere-se à forma como um grupo cultural se organiza em torno da família, assim como suas atribuições de papéis, seus valores e crenças religiosas. Quanto ao Tempo, é um aspecto importante da comunicação interpessoal, pois os grupos podem ser orientados pelo passado, presente ou futuro; e os cuidados preventivos requerem motivação por alguma recompensa futura. O Controle ambiental, refere-se à capacidade das pessoas de controlar a natureza, planejar e direcionar fatores no ambiente que os afetam. É necessário identificar as crenças dos grupos sobre controle interno e externo da natureza, perante a saúde e a doença (49).

As Variações biológicas são as diferenças biológicas, especialmente as genéticas, como a presença ou ausência de enzimas que podem interferir na absorção de drogas. A exemplo da anemia falciforme, mais prevalente na população negra. Entretanto, destaca-se que o aumento de incidência de doenças está, raríssimas vezes, relacionado à determinação genética, pois é sabido que, mesmo determinadas doenças terem incidência e prevalência maior em minorias étnicas, como foi exposto anteriormente a alta incidência de tuberculose entre os indígenas, entende-se que os fatores de determinação social têm um impacto muito maior colocando os fatores genéticos como condicionantes para a maioria das patologias (145).

Giger e Davidhizar consideram o desenvolvimento das competências culturais como uma prática centrada no indivíduo e um processo dinâmico, fluído e contínuo, em que os profissionais de saúde, agências e sistemas de saúde entregam cuidados significativos e úteis, com base no conhecimento do patrimônio cultural, crenças e comportamentos daqueles a quem se cuida. Para as autoras, desenvolver competência cultural é essencial para a elaboração de intervenções significativas que promovam a saúde entre indivíduos, independentes da raça, etnia, identidade de gênero, identidade sexual ou patrimônio cultural. Além disso, incentivam a flexibilidade e o envolvimento do paciente/cliente como parceiro no planejamento de cuidados que atendam suas necessidades.

Já o Modelo de Cuidados de Saúde Transculturais de Purnell conceitua o desenvolvimento de competências culturais ao longo de uma curva ascendente de aprendizagem e prática. Este nível crescente de conquista de competências caracteriza o modelo em que o praticante passa por quatro níveis (146)(52)(92):

- A) de um estágio de incompetência inconsciente, para;
- B) incompetência consciente, seguida de;
- C) competência consciente e, finalmente;
- d) competência inconsciente.

Purnell descreve dois conjuntos de fatores que são os aspectos macro e micro. Em uma representação diagramática do modelo, os círculos concêntricos são usados para localizar estes dois aspectos. Os aspectos macro formam os círculos exteriores mais largos; os micros são os aspectos do círculo interno, ambos constituindo segmentos do todo. Os círculos mais externos, os macros, são constituídos pela sociedade global, a comunidade, a família e a pessoa, que são:

Sociedade Global: são os sistemas mundiais de política, sistemas de comunicação, comércio e economia, tecnologias e eventos. E a forma como esses sistemas globais moldam a visão de mundo do indivíduo forma a sociedade global;

Comunidade: é um grupo de pessoas com interesses ou identidade comuns. Vai além do ambiente físico para incluir as características sociais e simbólicas, que fazem as pessoas se conectarem.

Família: duas ou mais pessoas envolvidas emocionalmente, vivendo juntos ou não, podem constituir uma família. A estrutura e os papéis das famílias variam.

A Pessoa: é conceituada como "um ser humano biopsico-humano e sociocultural que está constantemente se adaptando".

A saúde é vista como aspectos permanentes da cultura e definida em diferentes níveis (global, nacional, regional e local para o indivíduo). As concepções de saúde têm variação de acordo com a perspectiva etnocultural de um grupo e se relacionam aos estados físicos, mentais e espirituais no contexto das pessoas e suas interações com a família, a comunidade e o mundo em geral.

Purnell apresenta domínios comuns à cultura, que são os seguintes: visão geral/patrimônio (herança), comunicação, funções familiares e organização, questões de força de trabalho, ecologia biocultural, comportamentos de saúde de alto risco, nutrição, gravidez e práticas de gravidez, rituais de morte, espiritualidade, práticas de saúde e profissionais de saúde.

Em um artigo de 2016, Purnell traz uma importante reflexão sobre os vários métodos criados para avaliar as competências culturais nos últimos 20 e 25 anos. Para o autor, na verdade, são ferramentas para avaliar estudantes, professores ou profissionais de saúde e medir seus conhecimentos, habilidades e atitudes compatíveis com as competências culturais. No entanto, não foram desenvolvidas ferramentas para medir verdadeiramente a prática clínica

culturalmente congruente de enfermeiras(os) e profissionais de saúde. Por isso, o autor recomenda o desenvolvimento de ferramentas que mostrem evidências na prática clínica. Destaca, ainda, que os cuidados culturalmente congruentes são pré-requisitos em uma sociedade multicultural, pois pacientes/clientes têm direito a tais cuidados (92).

Outro modelo, é o de Tradição de Saúde de Spector que estuda o grau em que o estilo de vida de uma pessoa reflete sua cultura tradicional, seja qual for sua origem. Os valores que indicam a consistência do patrimônio existem em um *continuum*, e uma pessoa pode possuir características de valor tanto de herança consistente (tradicional) quanto de herança inconsistente (aculturada/moderno). A autora utiliza o conceito de consistência patrimonial como a determinação dos fundamentos culturais, étnicos e religiosos. A ideia é que quanto mais profundamente uma pessoa se identifica com uma herança tradicional, maior será a chance de seguir crenças e práticas tradicionais de saúde e doença derivadas de seu patrimônio etnocultural.

O modelo de Tradição de Saúde usa o conceito de saúde holística e explora o que as pessoas fazem de uma perspectiva tradicional para manter, proteger e/ou restaurar a saúde ou prevenir doença. O modelo entende como uma complexa e inter-relação equilibrada entre o corpo, a mente e o espírito. O *corpo* inclui todos os aspectos físicos, tais como herança, química do corpo, gênero, idade, nutrição e condição física; a *mente* inclui processos cognitivos, como pensamentos, memórias e conhecimento de processos emocionais como sentimentos, defesas e autoestima; e o *espíritual* inclui práticas e ensinamentos espirituais aprendidas, sonhos, símbolos e histórias presentes e intuição, graça, proteção e forças metafísicas ou inatas, positivas e negativas. Esses três elementos estão em constante fluxo e mudança ao longo do tempo, mas cada um está completamente relacionado ao outro e também relacionado ao contexto geral da pessoa.

O contexto inclui a família, a cultura, o trabalho, a comunidade, a história e o ambiente da pessoa. Saúde, neste contexto tradicional, tem nove características inter-relacionadas representadas pelos métodos tradicionais de manutenção, proteção e restauração da saúde, seja física, mental ou espiritual, conforme Quadro 2.

Quadro 2- A Inter-relação do corpo, mente e espírito e os métodos para manter, proteger e/ou restaurar a saúde.

SAÚDE	Corpo	Mente	Espírito
Manter	Vestuário tradicional, dieta e atividades	Suporte social e familiar; hobbies	Práticas religiosas; oração e/ou meditação
Proteger	Dietas especiais e tabus de comida; roupa simbólica	Atividades familiares e comunitárias	Superstições; amuletos e talismãs
Restaurar	Remédios homeopáticos	Relaxamento; exorcismo	Rituais religiosos; mudanças de nomes

Fonte: Spector, 2002(147).

A autora destaca a estrutura interna, composta por ligações existentes entre a saúde e as inúmeras tradições culturais, e os objetos, símbolos e/ou remédios utilizados para manter, proteger e/ou restaurar a saúde e na cura. Compõe também essa estrutura interna a premissa de que é possível analisar as crenças da saúde, determinando os laços de uma pessoa com sua herança e cultura tradicional e não como sinais de aculturação da cultura dominante, pois existe uma relação entre as pessoas e as identidades fortes, seja com a herança de alguém, com o nível de aculturação à cultura dominante e suas convicções e práticas de saúde.

A estrutura funcional é composta pela saúde, patrimônio consistente e inconsistente, o tradicional, o moderno, o paciente/cliente e o meio ambiente. A saúde é o estado de equilíbrio entre o corpo, a mente e o espírito, bem como um senso de harmonia com o meio ambiente. O patrimônio consistente significa identificação com uma tradicional herança etnocultural que leva à observância das crenças e práticas de saúde/doença do sistema de crença cultural tradicional. O patrimônio inconsistente é a identificação com a cultura dominante, que não é derivada do patrimônio etnocultural dado por uma pessoa que leva à observância das crenças e práticas do sistema de crenças aculturadas. O tradicional são as antigas convicções e práticas etnocultural-religiosas transmitidas através das gerações. O moderno são as crenças atuais de saúde e doença dos fornecedores no sistema de entrega de cuidados de saúde. O paciente é a pessoa, família, coorte ou comunidade em avaliação pelo profissional de saúde, e o meio ambiente é onde ocorrem todos estes eventos (147).

Os estudos apresentados até aqui deram continuidade à Teoria de Enfermagem Transcultural na perspectiva de produzir modelos que colaborassem com a teoria e com a atuação da(o) enfermeira(o) a partir da realidade norte-americana de interculturalidade. Todos eles apresentam-se como um padrão ou guia à(o) enfermeira(o) a partir da necessidade técnica-assistencial da(o) profissional que atua em contexto de diversidade sociocultural.

No sentido de contribuir para o avanço do CECC em 2015, a ANA (*American Nurse Association*) produziu um documento com orientações sobre o escopo e os CECC(43). E, em 2016, Douglas e colaboradores publicaram diretrizes, desenvolvidas por uma equipe de trabalho colaborativa de membros da *American Academy of Nursing Expert Panel* sobre Enfermagem Global e Saúde e da Sociedade Transcultural de Enfermagem, com contribuições de vários países e partes interessadas, construídas ao longo de um período de sete anos. As diretrizes começaram como padrões, mas foram alteradas para diretrizes, a fim de torná-las mais aplicáveis aos enfermeiros em todo o mundo, porque, em algumas configurações, os padrões podem ser interpretados como requisitos centrais para a prática. As diretrizes foram aprovadas

pelo Conselho Internacional de Enfermeiros. As dez diretrizes fornecem orientações para o cuidador, e para líderes e gerentes de organizações de saúde (44).

A Associação Americana de Faculdades de Enfermagem possui quatro documentos importantes que abordam competências culturais: (a) competência cultural em educação de enfermagem em bacharelado, (b) *kit* de ferramentas com recursos culturais para educação de enfermeiros no bacharelado, (c) estabelecimento de uma força de trabalho de enfermagem de mestrado e de preparo docente com competências culturais e (d) *kit* de ferramentas com recursos para estabelecimento de uma força de trabalho de enfermagem em nível de mestrado e para o preparo docente com competências culturais (99). Na publicação de 2015, a ANA adicionou o Padrão 8: prática culturalmente congruente ao âmbito de enfermagem e Normas de Prática de Enfermagem (43).

Esses estudos orientam que o CECC é a aplicação de práticas de enfermagem baseadas em evidências que estão de acordo com os valores culturais, crenças, visão de mundo e práticas do paciente/cliente. O que representa o processo pelo qual as(os) enfermeiras(os) demonstram práticas culturalmente congruentes, direcionadas a diversas pessoas, as quais cuidam para melhorar o acesso, promover resultados positivos e reduzir disparidades de saúde.

Para a ANA(43) e os especialistas(44) na área, as recomendações para implementação dos CECC são:

1. Demonstrar respeito, equidade e empatia em ações e interações com todas as pessoas que precisam de cuidados de saúde;
2. Participar da aprendizagem ao longo da vida para entender as preferências culturais, a visão do mundo, as escolhas e os processos de tomada de decisões de diversos pacientes/clientes;
3. Criar um inventário de seus próprios valores, crenças e patrimônio cultural;
4. Aplicar o conhecimento das variações de crenças, práticas e padrões de comunicação em saúde em todas as atividades de prática de enfermagem;
5. Identificar o estágio da aculturação dos indivíduos e os padrões de necessidades e compromissos que acompanham;
6. Considerar os efeitos e o impacto da discriminação e da opressão na prática dentro e entre grupos culturais vulneráveis;
7. Usar habilidades e ferramentas adequadamente examinadas para a cultura e linguagem da população atendida;
8. Comunicar com linguagem e comportamentos apropriados, incluindo o uso de intérpretes e tradutores de acordo com as preferências dos pacientes/clientes;

9. Identificar o significado cultural-específico de interações, termos e conteúdo;
10. Respeitar as decisões das pessoas com base na idade, tradição, crença e influência familiar e estágio de aculturação;
11. Defender políticas que promovam a saúde e evitem danos entre os pacientes/clientes culturalmente diversificados, sub-atendidos ou sub-representados;
12. Promover acesso igual a serviços, testes, intervenções, programas de promoção da saúde, inscrição em pesquisa, educação e outras oportunidades;
13. Educar colegas enfermeiras(os) e outros profissionais sobre semelhanças culturais e diferenças de pacientes/clientes de saúde, famílias, grupos, comunidades e populações.

Os CECC requerem um processo de autoconsciência em constante expansão, julgamento contínuo das competências desenvolvidas e de ações para crescimento pessoal e profissional e o uso periódico de ferramentas e métodos baseados em uma avaliação crítica. Trata-se de um elemento essencial para a profissão, pois requer aprendizagem ao longo da vida, desde a educação formal, treinamentos clínicos, estudos, observação autodirigida e educação permanente. Essa autoavaliação precisa ser realizada através de reflexão crítica para tomada de consciência dos vieses que podem inadvertidamente afetar decisões clínicas e práticas de cuidado. O pensamento reflexivo permite que as pessoas examinem as ações nas avaliações e investiguem criticamente sua visão de mundo e os pressupostos em situações específicas (44).

Quando as preferências e normas culturais são incompatíveis com as práticas baseadas em evidências, recomenda-se que as(os) enfermeiras(os) negociem uma solução baseada na tomada de decisão mútua. Nesse sentido, o CECC requer estratégias culturalmente relevantes e pesquisas de novas intervenções para pessoas culturalmente diversas, para melhorar os resultados e a experiência de saúde (op.Cit).

Na tentativa de desenvolver estratégias para tornar as competências culturais mais funcionais, alguns estudos trazem ferramentas de avaliação, quadros e acrósticos para auxiliar as(os) enfermeiras(os) na realização de uma avaliação cultural e implementação de CECC, conforme continuam a serem apresentadas a seguir.

Kleinman, em 1980, enfatizou a importância de obter as explicações dos indivíduos sobre sua doença. Referiu-se a isso como o modelo explicativo do paciente. Modelos Explicativos (EMs)³ são noções sobre doença e seu tratamento. Existem cinco aspectos

³ No original Kleinman chama de Explanatory Models (EMs) que são um conjunto de perguntas que os profissionais de saúde podem fazer durante uma avaliação de que fornece informações importantes sobre o que é mais importante para o cliente em termo de saúde, doença e assistência (148).

principais que os EMs pedem para explicar a percepção do paciente/cliente sobre a doença, que são: (a) etiologia, (b) tempo e modo de início dos sintomas, (c) fisiopatologia, (d) curso da doença (incluindo tanto a gravidade quanto o tipo de função doente), e (e) tratamento para um episódio de doença. Kleinman considera útil fazer as seguintes perguntas abertas ao obter os detalhes do modelo explicativo do paciente:

1. O que você chama de seu problema? Qual nome tem?
2. O que você acha que causou seu problema? Por que você acha que começou quando fez?
3. O que você acha que sua doença faz para você? Como funciona?
4. Quão grave é? Será que terá um curso curto ou longo?
5. O que você mais teme sobre sua doença?
6. Quais são os principais problemas que sua doença causou para você?
7. Que tipo de tratamento você acha que deveria receber? Quais são os resultados mais importantes que você espera receber deste tratamento? (p. 106)(148)

Já Berlin e Fowkes, em 1983, no estado da Califórnia, criaram o acróstico *LEARN*, conforme citado anteriormente.

Os primeiros estudos da área foram desenvolvidos nos EUA com. Em 1983, Berlin:

- L (*Listen*)- Escute com simpatia e compreensão para a percepção do problema;
- E (*Explain*) - Explique suas percepções do problema;
- A (*Acknowledge*) - Reconheça e discuta as diferenças e semelhanças;
- R (*Recommend*) - Recomenda um tratamento;
- N (*Negotiate*) - Negocie um acordo (p. 934).

O primeiro passo é *ouvir* a percepção do indivíduo sobre o problema de apresentação. Depois a(o) enfermeira(o) então *explica* sua percepção do problema do paciente, seja fisiológico, psicológico, espiritual e/ou cultural. O próximo passo é *reconhecer* as semelhanças e diferenças entre as duas percepções. Às vezes, é mais fácil para a(o) enfermeira(o) reconhecer as diferenças culturais, do que reconhecer e focar em semelhanças que a(o) enfermeira(o) e o paciente têm em comum. A fim de fornecer um regime de tratamento culturalmente relevante, é importante que os enfermeiros e todos os membros da equipe de cuidados de saúde reconheçam as diferenças, mas construam semelhanças. O quarto passo centra-se nas *recomendações*, o que deve envolver o paciente/cliente. O último momento é quando a(o) enfermeira(o) trabalha para *negociar* um plano de tratamento, reconhecendo que pode ser benéfico incorporar aspectos selecionados da cultura do paciente/cliente no plano

centrado no usuário. Os autores citam experiências exitosas, mas admitem que, com pessoas de diferentes crenças, o método não diminuía a resistência em discutir alguns problemas por medo de crítica ou ridicularização (73).

Em 2000, Narayan publica os seis passos para orientação clínica, a partir das competências culturais, que são:

1º Passo - Cultive atitudes associadas com clínicos que fornecem cuidados interculturais eficazes. Estas atitudes estão baseadas no cuidado, na empatia, na flexibilidade e na abertura. O cuidado é caracterizado pelo verdadeiro respeito e preocupação pelas pessoas, é marcado pela paciência, vontade de levar tempo suficiente para realmente entender os sentimentos e perspectiva cultural das pessoas a serem cuidadas;

2º Passo – Desenvolva uma consciência sobre o impacto cultural das crenças, valores e práticas das pessoas a serem cuidadas e dos profissionais. A autora compreende que são dois sistemas culturais que interagem, mas que são potencialmente conflitantes, como pode-se perceber nessas relações: os padrões de comunicação e etiqueta social (como contato visual permitido, toque, etc.); valores sociais como independência individual, autonomia, interdependência grupal e familiar; e as crenças e valores envolvidos na saúde e causas das doenças.

3º Passo – Obter informações sobre a cultura das pessoas que estão sob seus cuidados. A autora recomenda guias culturais e busca por informações sobre as variáveis culturais, tais como: padrões de etiquetas culturais; padrões de comunicação não-verbal; crenças e valores que se infundem na cultura; estruturas familiares e sociais; e problemas físicos mais frequentes no grupo;

4º Passo – Realizar uma avaliação cultural a partir dos seguintes itens: avaliação nutricional, avaliação de medicação, avaliação da dor e avaliação psicossocial;

5º Passo – Planejar o CECC usando a estrutura de Leininger de Preservar-Acomodar-Reestruturar. E usar o *LEARN* para mediar o atendimento mutualmente aceitável;

6º Passo – Evitar defensividade e recuperar-se de erros culturais. Orienta-se saber ouvir e evitar que as pessoas dependentes de cuidados precisem defender suas práticas culturais. Explicar as recomendações do ponto de vista cultural, e não do clínico. E, quando cometer erros, pedir desculpas (149).

Campinha-Bacote publica, em 2003, o acróstico *ASKED* é um dos modelos mais usado de competências culturais na enfermagem. *ASKED*, que em inglês significa “pergunte”, indica questões que os profissionais precisavam responder antes de atender pessoas multiculturais:

- **A** (*Awareness*, consciência) - Estou ciente de meus preconceitos e preconceitos pessoais em relação a grupos diferentes dos meus?

- **S** (*Skill*, habilidade) - Tenho habilidades para realizar uma avaliação cultural e realizar uma avaliação física baseada na cultura de forma sensível?
- **K** (*Knowledge*, conhecimento) - Tenho conhecimento da visão de mundo e do campo da ecologia biocultural?
- **E** (*Encounters*, encontro) - Quantos encontros pessoais, cara a cara, eu tive com pacientes de diversas origens culturais?
- **D** (*Desire*, desejo) - Qual é o meu desejo genuíno de “querer ser” culturalmente competente? (150).

Em 2015, Darnell e Hickson publicaram os quatro *A*'s (151), como um guia rápido para avaliação cultural centrada no paciente, para enfermeiras(os) na linha de frente do atendimento. Foi criado para desenvolver uma avaliação bem-sucedida, tanto a(o) enfermeira(o) como o indivíduo a ser cuidado devem ser mutuamente correspondentes e acessíveis às necessidades, conhecimentos e experiências de cuidados de saúde. O sucesso do CECC começa com a consciência das necessidades do paciente/cliente e a obrigação da(o) enfermeira(o) de linha de frente em reconhecer as diferenças e semelhanças no cuidado de saúde. Uma vez que as diversas necessidades são observadas, uma aplicação do cuidado de enfermagem e as habilidades devem ser aplicadas pelo provedor de cuidados e pelo paciente (152). Os quatro *A*'s são:

- *A* (*Awareness*) – Consciência;
- *A* (*Acceptance*) – Aceitação;
- *A* (*Application*) – Aplicação;
- *A* (*Attitude*) – Atitude.

Consolidar todas estas ferramentas contribui para o entendimento do corpo de conhecimento da Enfermagem Transcultural, seu percurso e suas perspectivas, mas também para a socialização destas ferramentas, pois acredita-se que estas não fazem parte do cotidiano da formação das(os) enfermeiras(os).

Não se trata de apontar todos estes modelos e estratégias como solução para implementação de CECC, mas torná-las conhecidas representa um avanço na prática de enfermagem para além da negociação e assim contribuir em tornar o cuidado de enfermagem mais crítico, reflexivo e mediador de saberes. E quebrar com o isolamento, afastar-se de posições irredutíveis a partir da reflexão e dialética do cuidado intercultural e num processo em curso no e pelo trabalho.

2.3 Modelo de atenção à saúde indígena no Brasil

A Política Nacional de Atenção a saúde dos Povos Indígenas, aprovada em 2002, preconiza a implantação de um “modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde” (p.6)(131). A PNASPI tem uma interface entre a política nacional de saúde, conduzida por órgãos de governo para a população brasileira como um todo e a política indigenista, dirigida aos grupos étnicos que vivem no território nacional brasileiro (153).

A operacionalização da PNASPI se dá através de 34 sistemas locais de saúde, denominados Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Os DSEI são unidades gestoras de um espaço territorial, definido a partir de critérios geográficos, populacionais e etnoculturais, dotadas de autonomia política e financeira. São responsáveis pelas atividades de promoção, prevenção e controle de agravos, com base no perfil epidemiológico e especificidades culturais locais. Existem critérios geográficos e técnicos-operacionais específicos que não coincidem com os limites territoriais dos estados e/ou cidades nas quais as terras indígenas estão localizadas (131).

É nos DSEI que o modelo de atenção em saúde indígena se caracteriza por ser um processo em construção, cuja especificidade é o resultado do cruzamento de fatores históricos e políticos. Desde a década de 80, a Constituição Brasileira de 1988 reconhece o caráter pluriétnico do país e as organizações indígenas, com a implantação do SUS (134).

Portanto, assim como o SUS, a PNASPI representa uma conquista do movimento de luta, sobrevivência e resistência dos povos indígenas. Oito meses depois da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorre a 1ª Conferência Nacional de Saúde Indígena em Brasília, entre os dias 26 a 29 de novembro de 1986. Configura-se como um marco histórico da política de saúde indígena atual em curso, que também representou o que Garnelo chama de lutas etnopolíticas, as quais buscam concretizar os direitos de provisão de ações e serviços de prevenção de doenças e promoção e recuperação da saúde (153).

O SUS foi criado em 1990 e o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) foi criado de acordo com os princípios do SUS (SASI-SUS) através da Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999 (154). Portanto, foram nove anos de lutas, mobilização e resistência dos povos indígenas, que culminou com a criação do SASI-SUS e, depois, com a conquista da PNASPI, em 2002, pela Portaria Ministerial Nº 254 (155). Foram grandes marcos históricos e legais de conquista para os povos indígenas e para saúde indígena no Brasil.

O maior desafio na atualidade para os povos indígenas e profissionais de saúde que fazem no seu cotidiano a política de atenção à saúde indígena é tornar possível o modelo de atenção diferenciada. Para compreender os desafios e dificuldades desse processo de implementação, precisamos compreender a história do serviço de saúde indígena no Brasil.

O Estado Brasileiro atuou diretamente na política indigenista pela primeira vez em 1910, com o Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILTN), cujo objetivo foi minimizar conflitos gerados pela ocupação de territórios indígenas. No mesmo ano, tornou-se apenas Serviço de Proteção ao Índio (SPI) e foi vinculado ao Ministério da Agricultura. O objetivo foi “proteger” os índios e integrá-los à sociedade não indígena, de forma a esvaziar as terras habitadas pelos indígenas, a fim de entregá-las para produção e exploração (156). Neste contexto, a assistência à saúde se limitava à distribuição de medicamentos, campanhas de vacinação e a situações de emergências que aconteciam durante a resistência indígena, chamada pelo Estado de “pacificação” (157).

O SPI funcionou desta forma até 1956, quando foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) que representou a primeira tentativa de sistematizar ações no campo da saúde e estava ligado ao Serviço Nacional de Tuberculose (SNT). No mesmo ano, é criado o Ministério da Saúde (156).

No SUSA, as ações de saúde se limitavam a vacinação, atendimento odontológico e controle de doenças infecciosas endêmicas, com ênfase para a tuberculose. As ações não tiveram impacto positivo nas situações de epidemia e não conseguiram modificar o quadro sanitário dos indígenas (158).

O Parque Nacional do Xingu foi criado em 1961 e em 1965 a Escola Paulista de Medicina passou a prestar assistência médica aos índios do Xingu através de convênios com o diretor do Parque na ocasião, Orlando Vilas Boas. Em 1964, o golpe militar interrompeu as atividades do SPI e criou uma comissão para estruturar um órgão que o substituísse. Essa comissão foi composta por indigenistas e antropólogos, incluindo também profissionais do SUSA. A partir dessa comissão, constituiu-se a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), em 1967 (158).

Quanto à assistência à saúde, os profissionais do SUSA propuseram a formação de Equipes Volantes de Saúde (EVS) em cada Delegacia Regional da FUNAI, que prestassem serviços aos grupos indígenas. Com isso, o SUSA passou a trabalhar apenas com tuberculose e foi rebatizado em 1968 com o nome de Unidade de Atendimento Especial (UAE), deixando as outras ações para a divisão de saúde da FUNAI (158).

Martins analisou os relatórios das EVS e identificou que o trabalho dentro das terras indígenas era desenvolvido pelos atendentes de enfermagem que, em algumas situações, contavam também com o auxílio de agentes de saúde e alguns indígenas. A assistência era caracterizada pela realização de atividades como curativos, assistência ao parto e dispensação de medicamentos básicos. A formação e a supervisão dos profissionais ocorriam durante as viagens das EVS a campo e por todos os profissionais integrantes da equipe. Ao profissional enfermeiro integrante das EVS cabia a participação nas viagens com a tarefa principal de realizar a imunização. Destacavam-se nos relatórios questões importantes do trabalho, como as relações entre as equipes e os indígenas e a necessidade de permanência dentro das áreas indígenas e de profissionais devidamente preparados (132).

Os profissionais de saúde das EVS viviam nas capitais, referidas às delegacias regionais da FUNAI, e realizavam viagens esporádicas, quando faziam atendimento médico simples e promoviam a remoção dos casos mais sérios para hospitais. Os recursos foram diminuídos e, com a falta de apoio institucional do Ministério da Saúde e da FUNAI, o trabalho desenvolvido a partir da década de 70 caracterizou-se por um processo lento de extinção (op.Cit). Os dois serviços, EVS e UEA, trabalhavam de forma independente com o modelo campanhista, caracterizado pelo curativismo e medicalização, pouco planejamento, infraestrutura e articulação com os demais serviços de atenção (156).

No ano de 1973, foi criado o Estatuto do Índio como resultado de mobilizações nacionais e internacionais de luta pelo reconhecimento dos direitos indígenas, por meio da Lei 6.001/73 que regulamentou os direitos dos indígenas no Brasil. Entretanto, cabe destacar as críticas e denúncias, tais como: a função de tutela do Estado em relação aos índios, cujo destino é externamente imposto e determinado pelo governo nacional; a instituição da "*renda indígena*" que justifica o uso das riquezas contidas nas terras indígenas para a manutenção da burocracia indígena; e o "direito" do governo deslocar fisicamente os grupos indígenas por motivos de "segurança nacional" ou de "desenvolvimento nacional" (158).

A FUNAI tornou-se agente dessa política, ligada ao Ministério do Interior, o que levou a uma crise política entre os anos 80 e 90, pois havia uma clara contradição entre os interesses da instituição do governo, a partir da concepção desenvolvimentista, e os interesses dos índios (158).

Em 1988, através da promulgação da Constituição Federal, o caráter multicultural da nação brasileira veio a ser oficialmente reconhecido. Portanto, instauraram-se as bases para a criação de políticas públicas voltadas para a efetivação dos direitos diferenciados dos povos indígenas. Com a Carta Magna, superou-se a tutela sobre a pessoa indígena, que passa a ser

reconhecida como cidadã brasileira, garantindo, assim, aos povos indígenas, o direito à sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, bem como sobre as terras que tradicionalmente ocupam. A partir de então, a retórica do Estado passou a operar com as ideias de diversidade cultural, interculturalidade e protagonismo indígena (159).

Em 1991, foi criada a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), órgão que ficou responsável pela saúde indígena a partir de então. A falta de experiência com as políticas e ações de saúde e a estrutura burocrática impediram que a FUNASA conseguisse atender as demandas da saúde indígena em sua totalidade naquele momento, o que justificou um convênio com a FUNAI, tornando a gestão a saúde indígena compartilhada entre os dois órgãos (160).

A FUNAI ficou responsável pela atenção à saúde indígena, remoção do indígena para tratamento de saúde fora da aldeia e pelas CASAI. A FUNASA ficou responsável pelo saneamento básico, controle de endemias, capacitação e remuneração dos profissionais (160). A FUNASA só assumiu a totalidade da responsabilidade pela saúde indígena em 1999, com o estabelecimento do SASI-SUS (161).

O SASI-SUS tem como diretriz fundamental a PNASPI. A PNASPI traz o modelo de atenção diferenciada de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, considerando as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais dos povos indígenas (131)(161).

É na diversidade dos 34 DSEI distribuídos em todo o território nacional (Mapa 1) que se dá a operacionalização da atenção diferenciada. A maioria dos DSEI está localizada na região amazônica, onde se concentra a maior parte das terras indígenas brasileiras. Geograficamente, os territórios dos DSEI não obedecem à organização político-administrativa do país, com limites que tangenciam mais de um município ou estado. Há, também, situações de povos que vivem nas regiões de fronteiras com a Venezuela, Guiana Francesa, Guiana, Suriname, Paraguai e Argentina, no entanto, estas fronteiras abrigam uma mesma etnia (160).

Mapa 1- Mapa do Brasil com a localização dos DSEIs

Nos DSEI, o modelo de atenção diferenciada deve ser operacionalizado pela atuação de uma EMSI, tendo como base o trabalho dos AIS nas aldeias. OS DSEI são responsáveis pelos Polo e CASAI's, sendo os Polos as sedes administrativas das EMSI's e as CASAI's estão localizadas nos municípios de referências dos distritos, a partir da readequação das Casas do Índio(131).

Fora das terras indígenas, delega-se para a CASAI a articulação com os demais serviços de saúde do SUS (Figura 2)(162), e devem ter condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes; prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia; marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar; providenciar o acompanhamento dos pacientes e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso (131).

No ano de 2010, através do decreto N° 7.336/MS, os DSEI passaram para a responsabilidade do governo federal, através da Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (SESAI). Com a SESAI, os DSEI passaram a ter autonomia política e financeira, pois passaram a atuar como unidades gestoras (161).

Figura 2: Organização dos DSEI e fluxo de atenção à saúde;

Fonte: Ministério da Saúde, 2001(162).

Neste contexto, o modelo de atenção diferenciada tem três princípios organizativos que se relacionam com a atenção diferenciada, que são: considerar as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais dos povos indígenas; considerar os sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e buscar tratamento dos povos indígenas, bem como seus próprios especialistas; e participação das lideranças e organizações indígenas e indigenista na formulação, gestão e execução do sistema de saúde indígena, por meio da estrutura de conselhos e conferências (163).

Garnelo e colaboradores, em 2015, apontam algumas características essenciais para pensar em atenção diferenciada: a articulação/coexistência de diferentes formas de atenção, superando as disputas simbólicas no campo da saúde; a adequação de tecnologias, de modo a favorecer o uso de tecnologias leves/relacionais; e a qualificação para os profissionais de saúde para o contexto intercultural e participação indígena (163).

Mesmo com os avanços que os dispositivos legais trouxeram à assistência à saúde e ao processo de implementação do modelo de atenção diferenciada, percebe-se ainda como é grande a influência das históricas políticas indigenistas de assimilação e paternalismo do Estado Brasileiro aos povos indígenas e do sistema de educação que não prepara os profissionais de saúde para o contexto interétnico.

A exemplo das formações para os AIS, cujo objetivo é de “capacitá-los”, esses são orientados a difundir noções de higiene para a sua comunidade e a ajudar a EMSI a vencer as resistências comunitárias para com as “condutas sanitárias requeridas e adequadas para cada

situação”, assim como na prevenção de doenças por meio da transformação dos hábitos de higiene e dos cuidados pessoais. Com isso, os AIS são transformados pelos cursos em “transmissores de conceitos biomédicos às aldeias onde atuam” (p. 136), cabendo a eles a tarefa de “traduzir em linguagem nativa os conhecimentos da medicina ocidental” (p.140). O termo ocidental é usado pela autora como sinônimo de biomedicina (122).

Portanto, as atividades de formação ou “capacitação” são exemplos das concepções ideológicas dos processos educativos para profissionais que atuam na saúde indígena, que em vez de contribuir para efetivar o direito indígena à atenção diferenciada, tem apenas a função de torná-los representantes da biomedicina, para que reproduzam em sua prática o “poder-saber da medicina hegemônica” (p.223)(164), afastando-os do processo de mediação de saberes no contexto intercultural.

Desta forma, os profissionais de saúde se vêm como “negociadores de terapias em um diálogo com uma pessoa doente que precisa de cuidados médicos” (p.115)(116). Para tal, Foller traz o conceito antropológico de intermedicalidade, que é “o espaço contextualizado de medicinas híbridas e agentes com consciência sociomédica, e aproximar visões de mundo diferentes, a biomedicina e a etnomedicina, para articular o que emerge em uma zona de contato” (p.117)(116).

Percebe-se que as discussões antropológicas e os documentos oficiais orientadores da saúde indígena trazem recomendações sobre a articulação com as práticas tradicionais de cura, mas pouco esclarece os caminhos pelos quais esta articulação pode ser efetivada e sob qual perspectiva ela é operacionalizada (153)(134)(159). E é por isso que se considera o modelo de atenção diferenciada em construção.

Fonte: Própria, 2018.

REFERÊNCIA TEÓRICA

3. REFERÊNCIAL TEÓRICO

O referencial teórico utilizado na tese para discutir os resultados são: Paulo Freire com a educação crítica emancipatória e também traz aos resultados lucidez sobre a consciência crítica desenvolvidas pelas(os) enfermeiras(os); Boaventura Santos com a Ecologia de saberes que parte da diversidade epistemológica do mundo e promove o diálogo entre os diversos saberes; Madeleine Leininger e Campinha-Bacote com a Enfermagem Transcultural; e Catherine Walsh com a Interculturalidade crítica como uma alternativa para superar a interculturalidade funcional.

3.1 Consciência crítica em Paulo Freire

Para Freire a educação é relação, a relação entre os homens⁴ e destes com o mundo e no mundo. Portanto, as pessoas integram-se as condições de seu contexto, responde aos desafios, pois discernem, transcendem e se lançam num domínio que é apenas delas, o da história e da cultura(69)(165).

Ser agente e protagonista da própria história requer consciência crítica, pois é ela que conduz à liberdade, à capacidade criadora e transformadora para realizar o que o autor chama de vocação natural que é de integrar-se, de forma a superar atitudes de simples ajustamento e acomodação. E essa consciência “emerge do mundo vivido, objetiva-o, problematiza-o, compreende-o como projeto humano”(p. 17)(69).

Para tal, as pessoas precisam ter consciência crescente de sua posição, contexto, inserção, integração e representação objetiva na e da realidade. E a educação aparece como pressuposto principal capaz da transformação centrada no desenvolvimento da consciência crítica, através da reflexão sobre a prática profissional e o compromisso com a sociedade.

O autor considera que todos vivemos em uma sociedade em transição e, por isso, entende que o desenvolvimento da consciência crítica se dá em um processo chamado de transitividade crítica que se caracteriza pela profundidade de interpretação de problemas mediada por uma educação dialogada e ativa voltada para a responsabilidade social e política. Por esse motivo, Freire tornou-se também um referencial teórico do nosso estudo.

O autor aprofunda esta discussão no seu livro “Educação como prática da liberdade” em que apresenta sua preocupação com a análise dos vários graus de compreensão da realidade nos respectivos condicionantes histórico-culturais.

⁴ Paulo Freire usa o termo “homem” nas suas obras para referir-se a homens e mulheres. Aqui opto por usar o termo “pessoas”, portanto diferentemente do autor, escolho não priorizar o termo homem por ter a compressão da diversidade e das relações desiguais sobre as questões de gênero.

Freire analisa três tipos de consciência que são: *Intransitividade da consciência*, *Consciência transitiva* e a *Transitividade crítica*. O autor considera “intransitividade da consciência” como aquela em que as preocupações das pessoas se restringem ao biológico, faltando-lhes um teor de vida em um plano mais histórico, o que lhes reduz a áreas de interesses e preocupações. O autor destaca que qualquer que seja o estado de consciência das pessoas, essas são sempre seres abertos. O que Freire considera “intransitivo” é a limitação da esfera de apreensão, o que representa um quase compromisso com a existência(165).

Essa consciência intransitiva decorre de uma obliteração no poder captar a autêntica causalidade dos problemas, daí o aspecto mágico que implica numa preponderância de alogicidade e mítico que se envolve com a consciência fanática e irracional (165).

Já a *consciência transitiva* é preponderantemente ingênua que se caracteriza pela simplicidade na interpretação dos problemas, há nela uma tendência a julgar que melhor tempo é o tempo passado, além da subestimação do homem comum, que tem forte inclinação pela massificação e explicações fabulosas, pela fragilidade na argumentação, pelo forte teor de emocionalidade; não pratica o diálogo, mas a polêmica e as explicações mágicas. Freire menciona que o teor mágico típico da intransitividade perdura em parte na transitividade (165).

A transitividade crítica, implica dizer que há uma criticidade que resulta de um trabalho pedagógico crítico, apoiado em condições históricas propícias, portanto de uma educação dialogal e ativa, voltada para a responsabilidade social. Portanto, nega a transferência de responsabilidade, pela recusa de posições quietistas, pela segurança na argumentação, pela prática do diálogo e não da polêmica, aceita o novo e velho por se inclinar sempre as arguições. Para Freire, esta é a característica dos autênticos regimes democráticos por corresponder as formas de vida que são inquietas, dialógicas e discursivas (165).

O autor menciona também a passagem da consciência transitivo-ingênua para a consciência transitivo-crítica que somente acontece por efeito de um trabalho educativo crítico que advirta dos perigos da massificação em íntima relação com a industrialização.

Podemos sintetizar os três níveis de consciência segundo Freire:

- 1- Consciência intransitiva: Caracterizada pela visão mítica ou mágica que capta e reconhece o poder superior dos fatos e submete-se com docilidade, por isso leva ao fanatismo.
- 2- Consciência transitiva: Caracteriza-se pela visão ingênua e se julga superior ou de fora dos fatos e problemas. Aqui ainda pode acontecer a visão mágica como distorções da transitividade ingênua.

-Destaca-se aqui que o autor menciona que pode haver transitividade da consciência que é a passagem na visão ingênua para a crítica, e depois da consciência crítica para a conscientização.

- 3- Transitividade crítica: Caracteriza-se pela postura dialógica voltada para a responsabilização social e política, e pela profundidade na interpretação dos problemas.

Essas consciências conduzem à conscientização que como Freire descreve “é o olhar mais crítico possível da realidade, que a “des-vela” para conhecê-la e para conhecer os mitos que enganam e que ajudam a manter a realidade da estrutura dominante” (p. 29)(166).

Portanto, trata-se de um processo que pela educação libertadora compreende os condicionantes históricos, sociais e culturais para transformar a estrutura de dominação. Mas, conscientizar-se é essencialmente comprometer-se com a permanente mobilização para a liberdade, no sentido de assumir uma postura política de compromisso radical de transformação da situação de opressão(167).

3.2 Ecologia de Saberes de Boaventura de Sousa Santos

A Ecologia de saberes nasce da crítica de uma racionalidade indolente produzida por uma ciência que promove um desperdício epistemológico. Nesse sentido, a proposta de Boaventura emerge como uma alternativa epistemológica que considera a diversidade no mundo. Para o autor, a ciência é indolente porque é preguiçosa, pois se considera única, exclusiva e desconsidera a riqueza inesgotável do mundo.

Essa indolência é manifestada pela razão metonímia e proléptica. Metonímia por tomar a parte pelo todo, numa totalidade feita de partes homogêneas, desperdiçando assim tudo o que fica de fora dessa totalidade. Desta forma, contrai, diminui e subtrai o presente; concebe o conhecimento como dicotômico e produz uma estrutura de pensamento binário, como homem/mulher, branco/preto, cultura/natureza. Essas dicotomias parecem simétricas, mas escondem diferenças e hierarquias. A crítica à razão metonímia tem o objetivo de dilatar ou expandir o presente e o domínio das experiências sociais já disponíveis. Para enfrentá-la o autor sugere a sociologia das ausências que substitui a monocultura pelas ecologias, que são as cinco seguintes: A ecologia dos saberes, das temporalidades, do reconhecimento, da “trasescala” e das produtividades(168).

Apenas a Ecologia dos saberes é tomada no estudo, pois como parâmetro propositivo epistemológico compreende que a ciência como está posta tem dificuldades de lidar com a diversidade e acaba desconsiderando e, por vezes, desqualificando muitos saberes e práticas. E

para análise do desenvolvimento das competências culturais de enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena, cujo cotidiano é regado pela diversidade de saberes, conhecimentos e práticas do universo indígena apresentam-se como alternativa capaz de contribuir para a reflexão sobre a atuação profissional de enfermeiras(os) na saúde dos povos tradicionais brasileiros.

Já a razão proléptica, que é uma figura de linguagem encontrada nos romances e sugestiona conhecer bem o fim, consiste em conhecer no presente o futuro a partir da monocultura do tempo linear. Portanto, a metonímia contrai e diminui o presente e a proléptica expande infinitamente o futuro. A crítica da razão proléptica tem o objetivo de contrair o futuro e é enfrentada pela sociologia das emergências que é a investigação das alternativas que cabem no horizonte das possibilidades concretas, ou seja, atua sobre a objetividade das possibilidades (potencialidades) e na subjetividade da “consciência antecipatória e do inconformismo diante do desperdício da experiência”(p. 118)(169).

Portanto, o autor valoriza o campo das expectativas sociais, da materialidade histórica, do conhecer os obstáculos e as condições da transformação. A sociologia das ausências expande o domínio das experiências já disponíveis e a sociologia das emergências expande o domínio das experiências sociais possíveis(61).

A ideia da ecologia dos saberes de Boaventura emerge da concepção de uma ciência moderna que não apenas propõe compreender ou explicar o mundo, mas também o transforma. Nesse sentido, a ciência caminha para a superação dos reducionismos e dualismos para aproximar as ciências naturais às ciências sociais, e essa aproximação só é possível se se estabelecer um vínculo entre os sistemas complexos e dialéticos com o reconhecimento da diversidade epistemológica e cultural.

Para conceber uma ecologia de saberes faz-se necessário o reconhecimento das formas nas quais se concebem o conhecimento na ciência moderna, que são: o conhecimento regulação e o conhecimento emancipador.

Para o autor no conhecimento regulação a ignorância é o caos e o saber é a ordem e ser ignorante é viver em um caos dentro de uma realidade que para esta forma de conhecimento é incontrolada e que, portanto, precisa de uma ordem. Este conhecimento põe ordem na realidade e na sociedade, além de promover a ideia de hegemonia como uma tentativa de criar consenso baseado na ideia de que o que produz é bom para todos, sem considerar a diversidade e a diferenciação. Os princípios deste conhecimento é o Estado, o mercado e a comunidade que o legitima (61)(170).

A contribuição que o autor traz nos permite compreender o modelo de produção de conhecimento que a enfermagem e a área da saúde estão inseridas como mecanismo de

regulação da vida a partir de três instituições, o Estado, o mercado e a comunidade, que ditam os processos de trabalho e políticas públicas de saúde. Sem apenas apontar criticamente, o autor propõe também a possibilidade de produção de um conhecimento emancipação que concebe a ignorância como colonialismo e o saber como autonomia solidária.

O modelo de racionalidade científica cujo conhecimento produzido é o regulador produziu o que o autor chama de sociologia das ausências, que são cinco modos de produção de ausências na racionalidade ocidental: a Monocultura do saber e do rigor que concebe como único saber rigoroso o saber científico; Monocultura do tempo linear que considera que a história tem um sentido, uma direção que os países desenvolvidos estão na dianteira; Monocultura da naturalização das diferenças ou da lógica da classificação social que cultuaram a hierarquia, a classificação racial, étnica, sexual e de castas na Índia; Monocultura da escala dominante ou da lógica da escala dominante que parte da racionalidade metonímica que avalia o todo pelo conjunto das partes gerando dicotomias, pois considera simetria com a hierarquia, criando universalismos; Monocultura na produtividade capitalista ou da lógica produtivista, cuja ideia é que o crescimento econômico e a produtividade mensurada em ciclos de produção determinam a produtividade do trabalho humano ou na natureza, e tudo o mais não conta(171).

Todas essas produções de monoculturas e lógicas podem ser vistas na produção do conhecimento da saúde e da enfermagem, quando condicionam os saberes, práticas e experiências à validação da ciência que está a serviço das instituições e da superestrutura social, que hierarquizam pessoas e saberes, promovem o desperdício epistemológico e reforçam a produção de um conhecimento que regula pessoas e sociedades para a manutenção do *status quo* e manutenção do poder estabelecido.

Como proposta de enfrentamento, o autor propõe a produção contra-hegemônica de cinco ecologias que são: a Ecologia de saberes que postula o diálogo entre o saber científico e outros saberes; Ecologia das temporalidades que considera diferentes e contraditórios tempos históricos; Ecologia das “transes-escala” que permite articular projetos locais, nacionais e globais; Ecologia das produtividades centrada na valorização dos sistemas alternativos de produção da economia solidária, popular e autogestionária(62).

A ecologia dos saberes é uma proposta de epistemologia do conhecimento a partir das experiências do sul⁵ e da eliminação do universalismo do início do século XX, dando assim uma consistência epidemiológica ao saber propositivo. O autor considera ecologia porque se assenta no reconhecimento da pluralidade dos saberes heterogêneos, da autonomia de cada um

⁵ Para Boaventura o Sul são os países separados por uma linha e experiência abissal, em que estão ao Sul são os países colonizados e Norte são os colonizadores, num processo de colonização que se perdura até hoje(171).

deles e da articulação sistemática, dinâmica e horizontal entre eles. Reconhece a independência complexa entre os diferentes saberes que constitui um sistema aberto de conhecimento em processo constante de criação e renovação e trata o conhecimento como interconhecimento, como reconhecimento e autoconhecimento (61)(62).

Esses aspectos estão em acordo com a nossa proposta, uma vez que promove um aprofundamento da reflexão das experiências sociais já disponíveis de enfermeiras(os), através do diálogo sobre a atuação na saúde indígena, promove uma autoavaliação e contrapõe-se à lógica das competências culturais funcionalistas estudadas pela enfermagem até aqui.

Assim, a ecologia dos saberes é uma contra-epistemologia que parte da diversidade epistemológica do mundo e que promove o diálogo entre os diversos saberes. É constitutiva de sujeitos desestabilizadores por empenhar-se em uma “crítica radical da política do possível sem ceder a política do impossível”(p. 64)(171).

Para isso, o autor propõe a renúncia de uma epistemologia geral e a ecologia dos saberes é proposta como uma alternativa que privilegia o pensamento pluralista e propositivo. Enquanto plural a Ecologia de saberes permite que os conhecimentos se cruzem, sem que a ciência seja um conhecimento monopolista e, paradoxalmente, se evidencia a pluralidade da ignorância num processo de aprendizagem recíproca pela busca do reconhecimento dos limites (internos e externos) da ciência, de modo a favorecer a busca de credibilidade aos conhecimentos tidos comumente como não científicos, trata-se do o que o autor chama de pluralismo epistêmico propositivo (61)(171).

É um processo que reconhece a existência de múltiplas visões que contribuem para a expansão dos horizontes da experiência humana no mundo, de experiências e práticas sociais alternativas. É também a busca por justiça cognitiva, pois busca o reconhecimento e credibilidade para o conhecimento não científico, o que não implica descrédito ao conhecimento científico, contudo promove interação e interdependência entre os saberes.

A ecologia de saberes altera a lógica da aprendizagem, por privilegiar “as formas de conhecimento que garantam a maior participação dos grupos sociais envolvidos na concepção, na execução, no controle e na fruição da intervenção”(p. 60), por validar a ignorância, que é nossa e não geral, e por atuar como interconhecimento, quando a compreensão do conhecimento aprendido acontece sem que seja anulado ou esquecido os próprios ou os anteriores, além de promover um profundo exercício de autorreflexão(171).

Assim, a ecologia de saberes favorece e privilegia a experiência tanto da enfermagem enquanto produtora de conhecimento que também é prática social, quanto do universo indígena

que tem seus saberes, práticas e experiências constituídas milenarmente na sua cosmologia e capacidade de existir e resistir aos processos de genocídio, integralização e aculturação.

Nesse sentido, o autor, por meio da Ecologia de saberes, propõe a interculturalidade pós-colonial e multicultural emancipatória que atua na articulação de uma “política de igualdade sempre que a diferença nos inferiorizar e na política de identidade sempre que a diferença nos descaracterizar”(p. 462)(172). Trata-se de uma interculturalidade que luta em duas frentes, a primeira contra a hegemonia e a segunda contra a identidade absoluta(169).

Para promover esta interculturalidade pós-colonial, Boaventura propõe um trabalho intelectual e político que incide simultaneamente entre os saberes e as culturas, e sobre práticas e agentes, de forma a criar uma intelegibilidade sem destruir a diversidade, porque ele reconhece haver muitas linguagens, saberes, experiências e práticas sobre a dignidade humana, um futuro melhor e que promova uma sociedade mais justa. E, para isso, o autor coloca na centralidade dessa produção as experiências do Sul para criar uma nova concepção de dignidade humana, de consciência humana e que parte de outro diálogo da humanidade (Op.cit).

A experiência de produzir uma interculturalidade pós-colonial produz zonas de contato e de poderes que agem exatamente nas relações políticas que envolvem a atuação na saúde indígena. Para o autor, as zonas de contato são zonas epistemológicas em que se confrontam a ciência moderna e os saberes leigos, tradicionais e dos camponeses. Já a zona de poderes que é também colonial, na qual se defrontam o colonizador e o colonizado, é recriada pelas relações de poder estabelecidas no colonialismo vigente no contexto da saúde, e mais especificamente na saúde indígena.

Essas zonas partem do princípio de que cabe a cada saber ou prática decidir o que é posto em contato e com quem é posto em contato. E nas zonas de contato intercultural, cabe a cada prática cultural decidir os aspectos que devem ser selecionados para confronto multicultural, pois para cada cultura há aspectos considerados demasiado centrais para serem postos em risco pelo confronto que a zona de contato pode representar. Esse diálogo intercultural pós-colonial parte da dupla constatação de que as culturas sempre foram interculturais e que as trocas e interpenetrações entre elas foram sempre muito desiguais e quase sempre hostis ao diálogo(169).

Na tentativa de promover e contribuir com a produção de zonas de contato não imperialistas e mais horizontais, usou-se este referencial teórico para auxiliar na produção de uma experiência contra-hegemônica mediada pelos círculos de cultura para o desenvolvimento de competências culturais críticas de enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena e para clarificar a análise dos resultados, uma vez que o “reconhecimento da diversidade sociocultural

do mundo favorece o reconhecimento da diversidade epistemológica de saberes no mundo”(p. 156)(61).

Logo, a escolha deste referencial teórico se deu pela possibilidade de não ser excludente e ao trabalhar com competências culturais estou buscando mostrar que a diversidade de saberes, de enfermeiras(os) e indígenas, esses saberes não precisam ser excludentes um do outro, mas pelo contrário eles precisam dialogar. Desse modo, usar a Ecologia de saberes proposta por Boaventura como um dos referenciais teóricos é para fazer a aproximação e promover o diálogo entre os saberes.

3.3 Enfermagem Transcultural

Madeleine Leininger, desde meados da década de 50, dedicou-se aos estudos da antropologia e aos cuidados de enfermagem, o que resultou na publicação da TDUCC, em 1991. Esta teoria destaca-se na ciência da enfermagem, por ser um marco nos estudos sobre o cuidado humano, por reconhecer as várias formas de cuidar que nem sempre são explicáveis em sua dimensão biológica. A teoria ficou conhecida por seu foco amplo, holístico e específico para descobrir cuidados significativos para diversas culturas (63)(173).

Para Leininger, o cuidado é a essência da enfermagem, é imprescindível para todo desenvolvimento e manutenção da saúde e da vida em todas as culturas do mundo. Por isso, considera que o cuidado tem uma base cultural na diversidade (diferenças e/ou variabilidades) e em características universais (comuns). O cuidado é uma ação individual e coletiva, uma atitude de preocupação, responsabilização e desenvolvimento afetivo com o outro. Segundo a teoria, o cuidado prestado pela enfermagem varia de acordo com a cultura humana do local, ou seja, varia transculturalmente. Por este motivo, a teoria ficou conhecida como Teoria de Enfermagem Transcultural.

A Teoria é da Diversidade, pois reconhece as diferenças nas formas de cuidado e de cuidar. É Universalidade, pois reconhece as semelhanças no cuidar e no cuidado cultural. O objetivo central da teoria é desenvolver um corpo de conhecimento científico e humanizado, capaz de viabilizar a prática do cuidado universal e que seja culturalmente específico (173). Além de descobrir e explicar fatores de cuidados diversos e universais de base cultural que influenciam a saúde, o bem-estar, a doença e a morte de indivíduos ou grupos. As concepções principais da teoria são: o cuidado é a essência, o foco dominante, central e unificador da enfermagem; o cuidado como base cultural é essencial para o bem-estar, a saúde, o crescimento, a sobrevivência e para enfrentar deficiências e/ou a morte; o cuidar como base cultural é o meio

mais abrangente, holístico e particular para conhecer, explicar, interpretar e prever práticas benéficas de cuidado congruente; e o cuidado cultural é essencial para cuidado e cura, pois não há cuidado sem se importar, embora o cuidado possa ocorrer sem cura. Segundo a autora, a(o) enfermeira(o) precisa estar preparada(o) para enfrentar as diferenças culturais e suas respectivas influências no cuidar, promovendo o cuidado de enfermagem coerente com a cultura do indivíduo (63).

Leininger apresenta os três metaparadigmas da teoria, o primeiro é: pessoa/ser humano/família/grupo/comunidade/instituição que apresentam um comportamento de cuidar/cuidado que variam conforme as culturas, porém é universalmente humano. E as pessoas expressam cuidados de acordo com seus valores, crenças e cultura; o segundo: Saúde, doença e bem-estar refletem a forma como as pessoas desempenham suas atividades e são culturais e baseados em valores, e o cuidado é um processo e cura não existe sem cuidado; e o terceiro: Meio ambiente, que influencia a forma de expressar cuidar/cuidado assim como a política, religião, parentesco e valores culturais. O cuidado é um constructo cultural. Portanto, o meio ambiente não é apenas o meio ambiente, mas todo o entorno do indivíduo, conforme apresentado no modelo *Sunrise* que não é uma representação da teoria, mas mostra todos os componentes que influenciam o cuidado cultural. Portanto, a(o) enfermeira(o) precisa conhecer todos estes fatores para elaborar cuidado de enfermagem coerentes com o meio onde as pessoas vivem (19).

A Teoria tem pertinência em relação à cultura de grupos étnicos, pois orienta que a atuação da enfermagem deve considerar a visão de mundo das pessoas e que as estruturas sociais influenciam o estado de saúde, bem-estar ou doença. Ao considerar os contextos sociais e culturais, suscita respostas diferenciadas para as necessidades, significados e expectativas de cuidados demandadas pelas pessoas aos cuidados da enfermagem (123).

Leininger destaca quatro princípios que foram formulados para examinar sistematicamente a teoria, que são: o cuidado de base cultural tem diversidade (diferenças e/ou variabilidades) e algumas características universais (comuns); fatores de estrutura da visão de mundo, cultural e social e outros estão no *Modelo Sunrise* e influenciam os resultados de cuidados culturalmente congruentes; práticas genéricas (leigos, populares e indígenas) e práticas profissionais de enfermagem influenciam os resultados da prática de cuidados e as formas de ações e decisões de cuidados transculturais (63).

Neste último princípio, estão as formas de realizar o cuidado considerando o modo de vida e crenças compartilhadas que são: *preservação/manutenção*, que é a manutenção de

cuidados culturais praticados pelo indivíduo, família ou grupo, considerados benéficos ou inócuos para a saúde; *acomodação/negociação*, que são ações e decisões para assistir, dar suporte, facilitar as pessoas de uma determinada cultura a adaptar-se ou negociar com os profissionais de saúde; e *repadronização/reestruturação*, são as ações e decisões para facilitar, dar suporte, que ajudam indivíduos e/ou grupos a reordenar, trocar ou, em grande parte, modificar seus modos de vida para um novo, diferente, considerados benéficos e congruentes pelos profissionais de saúde e o modelo biomédico (63)(21).

Mesmo não sendo o objeto de análise neste estudo, cabe destacar o método criado pela autora, intitulado etnoenfermagem. Esse enfatiza a importância de estudar um povo sob as perspectivas “emic” e “etic”, a fim de se investigar características universais e diversas da cultura em estudo. Para a autora, “emic” é a forma genérica ou pela qual os próprios membros da cultura percebem seu mundo. E a forma “etic” é a forma profissional ou a forma de interpretação das experiências de uma cultura a partir da ótica do pesquisador. Trata-se de um método que utiliza a etnografia e o método de observação-participante a serviço da ciência da enfermagem, que utiliza o método O-P-R (observar, participar e refletir) e como método de pesquisa qualitativa da enfermagem tem o foco na abordagem naturalista e amplamente indutiva para documentar, descrever, explicar e interpretar a visão de mundo, significados e experiências de vida dos informantes e como esses enfrentam o atual ou potencial fenômeno do cuidado de enfermagem, tem grande interesse por estudar o comportamento humano (63).

Leninger tem uma contribuição indiscutível para a enfermagem, especialmente pelo pioneirismo em considerar o cuidado como eficaz e culturalmente determinado, além de ser embasado nas necessidades do ser humano e pode ser culturalmente validado. Igualmente, considera que a essência da enfermagem é o cuidar e a essência da enfermagem transcultural é o cuidado a indivíduos com diferentes heranças culturais, estrutura social, sistema e história cultural (64).

Os conceitos fundamentais da sua teoria são: cultura, valor cultural, diversidade e universalidade cultural do cuidado, cuidado cultural, visão de mundo, contexto ambiental, saúde, sistema popular de saúde, sistema profissional de saúde, cuidar e cuidado (64).

A autora traz o conceito clássico de cultura como sendo os valores, crenças, ritos, normas e práticas de vida de um determinado grupo, apreendidos, compartilhados e transmitidos, que orientam o pensamento, as decisões e as ações de maneira padronizada. Os valores culturais derivam da cultura e são identificados como modos, formas, mecanismos, modos desejáveis de ação e conhecimento, que orientam as decisões dos grupos (op.Cit).

O reconhecimento da diversidade cultural de cuidado é outro ponto importante na teoria, pois indica as variações de significado, padrões, valores ou símbolos de cuidado, que são culturalmente originários das pessoas de um grupo para o seu bem-estar ou para aperfeiçoar sua condição ou modo de vida ou de morte. A universalidade cultural do cuidado é o ponto em comum de cuidados de base cultural que influenciam a saúde, o bem-estar, a doença ou a morte dos indivíduos ou grupos étnicos (19).

O cuidado cultural é o meio holístico e mais amplo para conhecer, explicar, interpretar e prever o fenômeno do atendimento de enfermagem, visando orientar as práticas de cuidados de enfermagem. Bem como os valores, crenças e expressões padronizadas, cognitivamente conhecidos que auxiliam, facilitam e capacitam outro indivíduo ou grupo a manter seu bem-estar, saúde, melhorar sua condição humana e seu modo de vida ou ao lidar com a doença, deficiência ou a morte. A visão de mundo é a maneira como as pessoas olham o mundo ou universo e formam seus valores acerca destes. O contexto ambiental é a totalidade de conhecimento, situação ou experiência particular, que confere sentido às expressões humanas, interações sociais em suas dimensões físicas, ecológicas, emocionais e culturais (19).

A autora destaca a saúde como sendo o estado de bem-estar culturalmente definido, valorizado e praticado e reflete a capacidade que os indivíduos ou grupos possuem para realizar suas atividades diárias, de maneira culturalmente satisfatória (op.Cit).

Tal fato está intimamente relacionado ao sistema de saúde popular ou *folk*, que tem saberes, conhecimentos e habilidades tradicionais e populares, que são culturalmente aprendidos e transmitidos e proporcionam práticas assistenciais e de apoio, as quais capacitam e facilitam indivíduos, grupos e instituições para melhorar o modo de vida humano, a condição de saúde ou para saber manejar situações de doenças, deficiência ou morte (19). Neste sistema, precisam ser analisados os rituais, pois, como Leninger destaca, são rituais de cuidado e de vida, que podem significar tanto uma passagem de um estado de natureza para um estado de cultura, quanto uma passagem de estado social para outro (64).

Quanto ao sistema de saúde profissional, Leninger diz que este tenta interpretar a vivência em culturas diferentes, na perspectiva de pessoas que não pertencem a elas. Além disso, descreve o cuidado do ponto de vista do profissional, mas que o mesmo precisa se atentar que este cuidado é ensinado, aprendido e transmitido por instituições educacionais, bem como suas concepções de saúde, doença, bem-estar e habilidades práticas (19).

A TDUCC é uma teoria abrangente e que procura responder aos desafios de como utilizar a visão antropológica na enfermagem e o significado cultural do cuidado (173). A autora

diz que, para alcançar cuidados de enfermagem culturalmente competentes, é necessário aproximar-se dos significados, práticas e fatores de cuidados culturais, os quais são influenciados pela religião, política, economia, visão de mundo, ambiente, valores culturais, história, idioma, gênero e outros. A autora alerta ainda para o uso do *Modelo Sunrise*, que não é a teoria em si, mas apenas descreve fatores que influenciam o cuidado (63).

A obra de Leininger foi, e ainda é, uma importante aproximação da enfermagem com a antropologia, mas há necessidade de estudar com profundidade o CECC, de forma que possibilite a aplicação de conceitos e reflexões teóricas, especialmente da antropologia da saúde, na prática da(o) enfermeira(o), de forma a “minimizar ações etnocêntricas” da(o) enfermeira(o) (p.141)(106). Ela cria a enfermagem transcultural que é a área de conhecimento da enfermagem que se centra num estudo comparativo e numa análise de culturas e subculturas diferentes em relação aos seus valores do cuidar, expressão, crenças de saúde-doença e de padrão de comportamento (63).

Para a teórica, o cuidado cultural deve ser coerente com valores, crenças e práticas culturais dos indivíduos, a fim de que a enfermagem possa ser um agente facilitador da saúde e do bem-estar dos indivíduos, das famílias e dos ambientes institucionais, proporcionando cuidados de enfermagem efetivos, satisfatórios e coerentes.

Uma assistência de enfermagem coerente do ponto de vista cultural só pode ser desempenhada quando os modelos de cuidados culturais da pessoa, do grupo, família ou comunidade são conhecidos e utilizados de maneira adequada pelo profissional de enfermagem, desenvolvendo assim competências culturais para uma assistência de enfermagem culturalmente congruente.

Assim, a(o) enfermeira(o) e os sujeitos das ações de enfermagem são envolvidos para a busca de cuidados culturalmente congruentes, desconstruindo o modelo hegemônico, que é tecnocrático e verticalizado. Nessa perspectiva, o trabalho de enfermagem deve ser centrado no cuidado baseado na cultura, nas crenças de saúde e doença, valores e práticas das pessoas para ajudá-las a manter ou recuperar sua saúde, enfrentar as suas incapacidades ou a morte. Para isso, é necessário que a(o) enfermeira(o) conheça a visão de mundo, linguagem, religião, contexto social, político, educacional, econômico e como estes fatores exercem influência sobre os valores, crenças e práticas do cuidado cultural.

Para Madeleine Leininger, o cuidado só será culturalmente congruente quando os valores, bem como os cuidados culturais dos grupos, família ou indivíduos forem conhecidos, o que pode ser realizado por meio das observações feitas, pela identificação das diferenças, e

assim poder relacionar o cuidar aos padrões culturais. O cuidar passa a ser desenvolvido e decidido sob a visão das pessoas, e não mais sob a visão da(o) enfermeira(o). Observa-se a importância do cuidado e da cultura caminharem sempre juntos no processo de avaliação e cuidado de enfermagem, assim a partir do cuidado popular, cultural é estabelecido o cuidado de enfermagem.

O cuidado se desenvolve entre pessoas que precisam compartilhar conhecimentos, sensibilidade, habilidades e crescimento mútuo, de modo que ao cuidar a(o) enfermeira(o) se desenvolve profissional e pessoalmente. Assim, considerando a cultura dos grupos sociais, a enfermagem, além de compor um grupo detentor de determinada cultura, interage com o outro - individual ou social - por meio de seu objeto de trabalho, que é o cuidar/cuidado. Dessa forma, o sentido transcultural do cuidar de enfermagem nos remete a uma visão e uma prática cultural e holística voltada para o ser humano.

Uma Teoria de Enfermagem deve levar em consideração o desenvolvimento criativo dos indivíduos, famílias, comunidades, com suas práticas, valores, impressões, crenças e ações baseadas na cultura, para procurar uma assistência de enfermagem eficaz, satisfatória e coerente do ponto de vista cultural.

A prática do cuidado sofre ininterruptamente a influência da cultura individual ou coletiva e repercute no cuidado prestado ou ensinado. A teoria de Leininger diz que as pessoas de culturas diferentes podem oferecer informações e orientar os profissionais a direcionar seus cuidados, pois a cultura determina estilos de vida e vice-versa. Desse modo, a(o) enfermeira(o) deve considerar a existência do ser humano, sua história de vida, visão de mundo, modelos populares de saúde e expressões de linguagem, ou seja, admitir a existência de um saber sociocultural que contribui para o direcionamento da prática de enfermagem e planejamento das ações de cuidar.

E se entendemos que cuidar é um ato social, a busca do equilíbrio dessa relação traz, também, um equilíbrio social, tendo assim, um potencial de transformação das realidades assistenciais vigentes.

Nesse sentido, Campinha-Bacote deu continuidade à teoria de Leininger e considera a sensibilização cultural como atributo fundamental para o cuidado culturalmente competente. E conforme mencionado na introdução desta tese, Campinha-Bacote é um dos referenciais teóricos, pois a autora considera que as pessoas que estão envolvidas no cuidar, seja na assistência direta, na gestão de instituições ou empresas, precisam iniciar a jornada para o desenvolvimento de competências culturais, primeiramente, motivadas para se envolverem no processo de sensibilização cultural.

Processo esse em que a(o) enfermeira(o) se esforça continuamente para alcançar a capacidade e a disponibilidade, para, efetivamente, trabalhar dentro de um contexto intercultural de indivíduo, família e comunidade. Trata-se de um processo que exige a integração dos seguintes atributos (65)(51)(174)(150)(66)(51):

Sensibilização cultural: sensibilização aos valores, crenças, estilo de vida e práticas do paciente/cliente, para explorar seus próprios valores, tendências e preconceitos. A menos que a(o) enfermeira(o) passe por este processo de forma consciente, deliberada e reflexiva, há sempre o risco de impor seus próprios valores culturais durante o encontro. Ou seja, é o necessário autoexame e a exploração aprofundada da própria formação cultural e profissional, em um processo que envolve o reconhecimento de que preconceitos, valores e pressuposições culturais influenciam as pessoas. Sem estar ciente da influência de seus próprios valores culturais ou profissionais, existe o risco de a(o) enfermeira(o) cometer imposição cultural.

Conhecimento cultural: é o processo em que a(o) enfermeira(o) descobre mais sobre outras culturas e as diferentes visões de mundo realizadas por pessoas dentro delas. Conhecer e compreender os valores, crenças, práticas e estratégias para resolução de problemas de grupos culturalmente/eticamente diversos, permite que a(o) enfermeira(o) ganhe confiança em seus encontros com eles;

Habilidade cultural: é a capacidade de coletar dados culturais relevantes sobre os problemas que apresentam os pacientes/clientes, bem como fazer um planejamento do cuidado baseado na cultura. Essa capacidade requer uma avaliação sistemática de indivíduos, grupos e comunidades quanto a suas convicções, valores e práticas culturais, para determinar necessidades explícitas e práticas de intervenção no contexto das pessoas atendidas. Conceito este que a autora traz da teoria de Leininger(19). É necessária para realizar uma avaliação física em clientes eticamente diversos, e, para isso, há na literatura várias ferramentas. Entretanto, a autora destaca que avaliação cultural é mais que escolher ferramentas e fazer perguntas ao paciente/cliente, mas a abordagem deve ser de maneira culturalmente sensível. É realizada com base no conhecimento cultural adquirido e em parceria com o paciente/cliente.

Encontro cultural: é o processo que proporciona a exposição primária e experiencial às interações interculturais, com pessoas que são culturalmente/eticamente diversas de si mesmas. É envolver-se diretamente e estar “*face to face*”, ou seja, “cara a cara” com pacientes/clientes de origens culturalmente diversas. A autora chama atenção para o fato de que, mesmo que a(o) enfermeira(o) já tenha interagido com um ou mais grupos eticamente

específicos, não a(o) faz especialista no grupo cultural. O encontro cultural envolve também a avaliação de necessidades linguísticas e de um intérprete.

Desejo cultural: é a motivação para “querer” engajar-se ou envolver-se no processo de tornar-se culturalmente consciente, experiente e habilidoso. Portanto, é o que evoca todo o processo de CECC, pois parte do importar-se com o outro. O desejo cultural é um elemento adicional do modelo de competências culturais. É visto como um aspecto automotivacional de indivíduos e organizações quererem se envolver no processo de competências culturais.

Campinha-Bacote enfatiza que é necessária uma avaliação cultural com cada usuário/cliente, pois cada um tem valores, crenças e práticas que devem ser considerados pelos profissionais e serviços de saúde. Portanto, as avaliações culturais não devem ser limitadas a grupos étnicos específicos, mas conduzidas com cada pessoa.

Para a tanto às competências culturais visam melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e tem como objetivo fornecer cuidados individualizados, restaurar a ênfase nas relações pessoais, aumentar a equidade em saúde e reduzir disparidades concentrando-se em minorias étnicas. E, para a autora, há uma sobreposição das abordagens, pois centralizam a pessoa como foco principal do cuidado(66).

3.4 Interculturalidade Crítica de Catherine Walsh

Walsh⁶ propõe a interculturalidade crítica de caráter descolonial como uma alternativa para superar a interculturalidade funcional. Para entender o conceito de interculturalidade crítica de caráter descolonial de Walsh é necessário entender colonialismo e colonialidade. Para Quijano o colonialismo é uma estrutura de dominação/exploração onde o controle da autoridade política, dos recursos de produção e do trabalho é dominado por uma população determinada sob outra de diferente identidade e cujas sedes centrais estão localizadas noutra jurisdição territorial. Portanto, o colonialismo é anterior à colonialidade, pois surge com as invasões europeias(79). A colonialidade é um conceito descolonial que tenta provar os efeitos mais profundos e duradouros do colonialismo(79)(175). O pensamento e a ação descoloniais surgiram e se desdobraram, do século XVI em diante, como respostas às inclinações opressivas e imperiais dos ideais europeus modernos projetados para o mundo não europeu(175).

⁶ Catherine Walsh é bacharel em Sociologia, mestre em educação bilíngue e doutora em educação, sociolinguística e psicologia cognitiva pela Universidade de Massachusetts Amherst. Atualmente, é professora e diretora do doutorado em Estudos Culturais da América Latina na Universidade Andina Simón Bolívar, sede do Equador, onde também dirige a Oficina Intercultural e a Cátedra de Estudos da Diáspora Afro-Andina(176).

Segundo Quijano, o primeiro eixo da colonialidade é a do poder que consistiu no uso de raça para classificar e hierarquizar pessoas. A racialização é usado como instrumento de dominação, controle e foi imposta a toda a população do planeta como parte da dominação colonial da Europa e que depois foi assumido pelas elites nacionais(79).

O segundo eixo da colonialidade é o da colonialidade do saber que é o posicionamento eurocêntrico como a única perspectiva de conhecimento, o que exclui a existência e viabilidade de outras racionalidades epistêmicas e conhecimentos além do homem branco europeu ou europeizado. Essa colonialidade é particularmente evidente no sistema educacional, da escola à universidades, onde o conhecimento e a ciência europeia são elevados como estrutura científica-acadêmica-intelectual(176).

Colonialidade do ser é o terceiro eixo exercido através da inferiorização, subalternização e desumanização, construída na racionalidade moderna e concebida a partir do indivíduo “civilizado”, o que gerou historicamente um conhecimento que consideram povos indígenas e africanos como bárbaros e não civilizados, ou por vezes animalizados e objetizados(177).

Compreende-se que os dois eixos da colonialidade são de significativa importância para este estudo, haja vista o Brasil ainda viver sobre os efeitos sociais e materiais da colonialidade do poder especialmente da população negra e indígena.

A autora menciona que esta matriz de colonialidade estruturou e continua estruturando as sociedades da América Latina do Sul ordenando para a vida em sociedade (capitalista, moderna e cristã) um modelo de exclusão que o Estado e a sociedade de natureza monocultural das estruturas e instituições sociais e políticas, produtos da cumplicidade modernidade-colonialidade e seu modelo “civilizadora” e universalizante assumida como propriedade de grupos dominantes nacionais e impostas ao “resto”(176).

Para a Wash, há uma estrutura fundacional e organizacional do Estado e da sociedade (condições de poder, conhecimento, ser e da própria vida), que precisa lidar com conflitos e problemas persistentes pela própria estrutura da colonialidade, assim surgem os projetos e propostas, que utiliza vários termos multi, pluri e intercultural. Os pluriculturais e multiculturais são termos descritivos que servem para caracterizar a situação diversidade e indicam a existência de múltiplas culturas em um determinado local, elevando assim seu reconhecimento, tolerância e respeito. O "multi" tem suas raízes nos países eurocêntricos ocidentais, em um relativismo cultural que elimina a dimensão relacional e oculta a permanência das desigualdades e desigualdades sociais(178).

O "pluri", por outro lado, é o termo mais usado na América do Sul, ele reflete a particularidade e a realidade da região onde povos indígenas e negros vivem juntos há séculos

com mestiços brancos e onde a mistura racial tem desempenhado um papel significativo. Enquanto o "multi" aponta uma coleção de culturas únicas não relacionadas entre elas e dentro de um quadro de uma cultura dominante, o "pluri" normalmente indica uma coexistência de culturas no mesmo território, mas sem espaço de interação equitativa de profundidade. No entanto, o uso de ambos os termos sem distingui-los é frequente, mas é a perspectiva multiculturalista que sustenta os interesses dominantes hegemônicos dos e mantém os centros do poder (Op.cit.).

Para a autora, a interculturalidade, ainda não existe e é algo a se construir. Vai além do reconhecimento, da tolerância e do respeito à diversidade, mas indica e estimula um processo político e um projeto social voltado para a construção de novas e diferentes sociedades, relações e condições de vida. Walsh coloca a interculturalidade com uma necessidade de transformação radical de estruturas, instituições e relações na sociedade, e por esta razão é o eixo central de um projeto histórico alternativo. Sem essa transformação radical, a interculturalidade é mantida como apenas funcional e individual, sem afetar em maior medida a colonialidade da estrutura social que é o caráter monocultural, hegemônico e colonial do Estado(176)(178).

A proposta de interculturalidade é ativa, permanente de conciliação e inter-relação onde o próprio e o particular não perdem sua diferença, mas tem a oportunidade e a capacidade de contribuir com essa diferença para a criação de novos entendimentos, coexistência, colaboração e solidariedade. É um caminho permanente, insurgente e em construção, portanto existe um interculturalismo e a interculturalidade crítica de caráter descolonial, que centra em seu papel central e esforços em descolonizar o Estado. A interculturalidade crítica enlaça-se a uma pedagogia e *práxis* orientadas ao questionamento, transformação, intervenção e criação de condições radicalmente distintas de sociedade, humanidade, conhecimento e vida, pois assume a perspectiva da decolonialidade (177).

Fonte: Própria, 2018.

Referencial Pedagógico

4. REFERENCIAL PEDAGÓGICO

O referencial pedagógico deste estudo parte de uma concepção Freiriana de educação que a entende como relação entre mulheres/homens e destes com o mundo e no mundo. Portanto, mulheres e homens integram as condições de seu contexto, respondem aos desafios, pois discernem, transcendem e se lançam num domínio que é apenas deles, o da história e da cultura. São agentes e protagonistas de suas histórias, o que requer consciência crítica, pois é ela que conduz à liberdade, à capacidade criadora e transformadora para realizar a vocação natural de integrar-se, de forma a superar atitudes de simples ajustamento e acomodação(165).

O que implica na apropriação crescente das pessoas sobre a posição, contexto, inserção, integração e representação objetiva na e da realidade. Este processo é chamado por Freire de transitividade crítica, que se caracteriza pela profundidade de interpretação de problemas, numa educação dialogada e ativa, voltada para a responsabilidade social e política (165).

Para Freire, as pessoas necessitam de uma educação que possibilite a discussão e a inserção corajosa e íntima com seus problemas, para que, consciente deles, ganhem forças e coragem para lutar, ao invés de ser submetido à perdição de seu próprio eu. Tal educação deve estabelecer um diálogo constate com o outro, predispor-se a constantes revisões e críticas e identificar-se como método e processo (op.Cit).

Nesse sentido, Freire centraliza o diálogo como elemento capaz de dar condições de uma educação autêntica, pois o diálogo é uma exigência existencial, é o encontro entre pessoas que mediatizadas pelo mundo para pronunciá-lo não se esgotar apenas nas relações do eu-tu. Portanto, ele quebra com a ideia de que a educação é um ato de depositar ideias de um sujeito no outro, “que não se faz de A para B, mas de A com B”(p. 97)(69).

Para o autor a(o) educadora(or) precisa desenvolver um diálogo crítico e libertador como ação, uma ação política que se constitui em ação cultural para a liberdade que se dá pela reflexão coletiva, pois “ninguém liberta ninguém, ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho, os homens se libertam em comunhão”(p. 58)(op.Cit).

E assim, produzir cultura, cultura como resultado do trabalho no mundo, de seu esforço criador e recriador, do sentido transcendental das relações e do humano com a cultura, por ser uma “aquisição sistemática da experiência humana”, isto é, “como toda criação humana”(p.109), como uma incorporação, por isso, crítica e criadora(op.Cit).

Portanto, é necessário entender que a estrutura intencional e agenciada da educação constitui uma entre várias modalidades de articulação de processos de realização de uma cultura. Cultura que pensa, que põe em ação as suas alternativas e estratégias de pensamento,

de poder e de ação interativa, por meio das quais o seu mundo social cria, diferencia, consagra e transforma boa parte do que ela própria é em um dado momento de sua trajetória (179) .

A cultura é a possibilidade da unificação entre a ação (no sentido de relações sociais) e a representação, de forma que, tanto os padrões culturais quanto as suas instituições não são nem atuam como valores sobre, mas como esquemas simbólicos que ordenam a ação social. Tornando-a possível, recobrindo-a de significados, tornando-a compreensível e comunicável.

A educação no ensino superior precisa aproximar-se da dimensão cultural das relações, uma vez que esta “está nos sistemas ativos de codificações e significados que os fazem fazer o que fazem e serem o que são” (p.118)(180).

Uma vez que esta compreensão vai além do reconhecimento apenas de objetos materiais produzidos nela ou de valores com que os participantes os representam na consciência. Portanto, compreender a dimensão cultural permite fazer saúde a partir da percepção do significado das ações, pois tornam possíveis e dinâmicas o modo, as relações e a vida social.

Nessa perspectiva, os Círculos de Cultura foram desenvolvidos por Paulo Freire e tratam da operacionalização mais metodológica do pensamento do autor, pois, como o próprio Freire menciona, trata-se de um modo de ser no mundo (69). Os Círculos de Cultura foram desenvolvidos para alfabetizar adultos e se multiplicou como um método utilizado/adaptado em várias áreas, além da educação, como na área da saúde (181).

Os Círculos de Cultura buscam uma ação-reflexão-ação, por meio do diálogo e da horizontalidade das relações, pois nestes os temas são mais problematizados, elaborados coletivamente e capazes de sugerir propostas para uma intervenção social (182).

Trata-se de uma perspectiva dialética, pois existe uma intencionalidade clara de sensibilizar as(os) participantes para atuarem na realidade e transformá-la, “de uma forma ativa capaz de criticizar o homem através do debate de situações desafiadoras, postas diante do grupo, estas situações teriam de ser existenciais para os grupos. Fora disso, estaríamos repetindo os erros de uma educação alienada, por isso instrumental” (p. 106)(165).

Freire, em seu livro “Educação como Prática da Liberdade”, estabelece as fases e os alicerces para a educação que liberta e transforma. O autor parte do

...papel ativo do homem *em* sua e *com* sua realidade. O sentido de mediação que tem a natureza para as relações e comunicação dos homens. A cultura como o acrescentamento que o homem faz ao mundo que não fez. A cultura como o resultado de seu trabalho. Do seu esforço criador e recriador. O sentido transcendental de suas relações. A dimensão humanista da cultura. A cultura como aquisição sistemática da experiência humana. Como uma incorporação, por isso crítica e criadora, e não como uma justaposição de informes ou prescrições “doadas”. A democratização da cultura — dimensão da democratização fundamental. O aprendizado da escrita e da

leitura como uma chave com que o analfabeto iniciaria a sua introdução no mundo da comunicação escrita. O homem, afinal, *no* mundo e *com* o mundo. O seu papel de sujeito e não de mero e permanente objeto (p. 108)(165).

Por colocar a cultura como central, o Método Paulo Freire aproxima-se muito dos objetivos deste estudo. Os círculos de cultura são um processo de educação coletiva que ensina a pensar, problematiza a realidade e produz conhecimento através do diálogo, do compartilhamento de conhecimentos e experiências da realidade de ambos, o mediador e os participantes(181). E tem como objetivo a superação da consciência real pela consciência máxima possível(69). Como itinerário de pesquisa ensina, empodera e valoriza os saberes prévios dos participantes(183).

Os Círculos de Cultura sobre competências culturais desenvolvidas com enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena foram cuidadosamente pensados, teorizados, planejados, desejados e realizados como uma estratégia de educação permanente emancipatória com as seguintes etapas:

- 1- Investigação temática: é uma investigação do universo vocabular dos participantes(165). Quando se faz necessário fazer a leitura das “escritas” do mundo e do “universo vocabular” (p. 111)(165) das(os) participantes. Quando, nas palavras de Freire, se conhece as “situações existenciais típicas do grupo”(p. 113), que são as “situações-limites que se apresentam nas dimensões concretas e históricas de uma dada realidade” (165)(110).
- 2- Tematização: se dá primeiro pela codificação, que é a sistematização das situações mais significativas ditas pelos participantes e depois pela decodificação, que é a busca pelo significado social dos temas. Nesta etapa, Brandão(184) diz que a densidade programática do sentido é o maior ou o menor teor de conscientização que a palavra traz em potencial ou o conjunto de reações socioculturais que a palavra gera na pessoa ou no grupo que a utiliza;
- 3- Problematização ou desvelamento crítico: ocorre quando os participantes a partir da reflexão buscam superar a visão mágica pela visão crítica. Visão mágica é para Freire a naturalização das desigualdades, visão esta que precisa ser superada pela visão crítica, que é o entender que estas desigualdades são os resultados de uma ordem social injusta. A partir desta superação Freire nos convida à mudança, mas não nos obriga a mudar, ele nos convida a nos revermos e talvez nos redescobriremos (185)(167). É o momento de problematização e compreensão da realidade a partir

das vidas e experiências dos participantes, quando os esses descobrem seus limites e potencialidades. É o momento da ação-reflexão-ação, pois os participantes percebem a necessidade de uma ação concreta para a transformação da realidade desvelada(181)(186).

Os pressupostos dos Círculos de Cultura são o diálogo, a participação e a autonomia. O diálogo, por ser um meio em que o homem se torna aberto para o seu crescimento, torna-se um ser consciente, crítico e reflexivo, pois o diálogo não é produto histórico, é a própria historicização. É nesse exercício e união que se buscam novos saberes, nos quais todos ensinam e aprendem, buscando conhecer problemas comuns que surgem no dia a dia e, juntos, constroem uma nova realidade a ser superada (165).

A participação é compreendida pela horizontalização das relações como uma prática que supera a educação bancária e constrói a educação libertadora, pois “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua própria produção ou sua construção” (p. 22)(110). Desta forma, Freire reconhece o saber do educando e o centraliza no processo educativo.

É no diálogo e na participação que emerge a palavra, e é a palavra que diz e transforma o mundo. Palavra entendida como palavra e ação, pois “não assinala arbitrariamente um pensamento que, por sua vez, discorre separado da existência. É significação produzida pela *práxis*, palavra cuja discursividade flui da historicidade – palavra viva e dinâmica, não categoria inerte, exânime” (p. 21)(69).

Para Freire, a autonomia, enquanto amadurecimento do ser para si, é preciso, é vir a ser, não ocorre em data marcada e é centrada na experiência estimuladora da decisão e da responsabilidade; vale dizer, é uma experiência respeitosa da liberdade (110). Freire acredita que o essencial nas relações entre educador e educando, entre autoridade e liberdade, entre pais, mães, filhos e filhas é a reinvenção do ser humano no aprendizado de sua autonomia. “É com ela, a autonomia, penosamente construindo-se, que a liberdade vai preenchendo o ‘espaço’ antes ‘habitado’ por sua *dependência*. Sua autonomia que se funda na *responsabilidade* vai sendo assumida” (p. 94)(op.Cit).

Para fins de produção de evidências científicas para a orientação de atividades educativas sobre competências culturais na área da saúde observou-se as recomendações da Cochrane, pois embora seja uma organização cuja “missão consiste em elaborar, manter e divulgar revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizadas que orientam para a tomada de

decisões em saúde” foi possível afinar com a nossa proposta, por isso as principais orientações foram sintetizadas no Quadro 3.

Quadro 3- Etapas de uma atividade educativa para o desenvolvimento de competências culturais de enfermeiras(os) na saúde indígena no DSEI Guatoc, estado do Pará, 2018.

Atividade Educativa	1. Conteúdo educacional	2. Abordagem pedagógica	3. Estrutura da intervenção	4. Características do participante
	<i>a. Tipos de conhecimento b. Aplicação c. Habilidades</i>	<i>a. Método de ensino e aprendizagem b. Construções teóricas e princípios</i>	<i>a. Entrega e formato b. Frequência e tempo c. Avaliação e evolução da intervenção d. Suporte organizacional</i>	<i>a. Quem é o professor ou facilitador da intervenção b. Participantes da intervenção (público-alvo)</i>
Desenvolvimento de competências culturais de enfermeiras(os) na saúde indígena	a. Enfermagem Transcultural-Competências Culturais de Leininger e Campinha-bacote. Ecologia de saberes de Boaventura; Interculturalidade crítica de Catherine Walsh. b. Nos serviços de saúde que atendem povos indígenas. c. Os mesmo critérios utilizados por Campina-Bacote em seus estudos, entre 1995-2011 (vide p. 70).	a. Método participativo e dialogado; b. Círculos de Cultura de Paulo Freire.	a. Construção coletiva. b. Mínimo de três encontros formativos com duração de 2 a 4 horas durante cinco dias c. A cada Círculo de Cultura. d. Coordenação do DSEI.	a. Pesquisadora e enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena. b. Enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena.

Fonte: Adaptado de Horvat, Horey e Romios. Cochrane Database, 2014.

Fonte: Própria, 2018.

Trajetória Metodológica

5. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Conduzir a pesquisa por um ano, vivenciando a experiência de produção de dados com as(os) enfermeiras(os) na saúde indígena foi uma caminhada longa, uma imersão exigente e cansativa, mas de muito aprendizado e reconhecimento dos limites, das potencialidades, dos conflitos e também de emoções, confidências, solidariedade e partilha. Atribuo as oportunidades e a intensidade das experiências ao tipo de estudo que por sua natureza participativa, dialogada e colaborativa proporcionou vivências, encontros e desencontros dos planejados aos improváveis.

5.1 Delineamento de estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de intervenção, do tipo participante que articulou o referencial teórico e metodológico de Paulo Freire como itinerário de pesquisa, por ser um método sustentado pelo diálogo, cujo rigor epistemológico foi assegurado por meio de uma reflexão profunda da realidade, de forma a desenvolver a autonomia das pessoas envolvidas no processo (187).

Como método de pesquisa, Paulo Freire ocupa na área da educação uma posição sólida e encontra-se em expansão como uma alternativa metodológica importante (186)(188)(187)(183), pois implica uma desconstrução social que rompe com a relação de dominação e subordinação na pesquisa entre pesquisador e participante, pois o conhecimento é produzido por um processo coletivo de produção científica entre todos os participantes do estudo (189).

Freire propõe um “itinerário de pesquisa em que pesquisar e educar se identificam em um permanente e dinâmico movimento” (p. 36)(190). Isto é, trata-se de uma modalidade de investigação crítica e reflexiva que implica envolvimento em um nível profundamente empático e político, de tal forma que não se separa pesquisa e prática, pois por vezes questionam-se práticas e instigava-se a criação de novas possibilidades, de forma que lideranças estabelecidas e estruturas de poder fossem exploradas, até mesmo as noções de identidade profissional (191)(192).

Desta forma, este itinerário de pesquisa assenta-se no âmbito da pesquisa participante, pois os pressupostos se alinham ao paradigma compreensivo que dá voz aos participantes da pesquisa (193), bem como ao paradigma crítico-dialético que tem a intencionalidade do desvelamento crítico da realidade a partir da reflexão sobre a *práxis* dos envolvidos e seus significados no cotidiano, sobre as limitações do modelo médico hegemônico, a necessidade de

construção de uma atenção integral e diferenciada de cuidado de enfermagem aos povos originários e o desenvolvimento de competências culturais dos enfermeiros que atuam na saúde indígena.

O estudo se deu através do diálogo, da participação de todos, da escuta, da valorização dos saberes, do compartilhamento de experiências, da reflexão crítica sobre as condições socioculturais da saúde indígena, do desenvolvimento de uma visão crítica e reflexiva, da contextualização do conteúdo, do respeito à autonomia dos sujeitos históricos, das possibilidades de caminhos e de transformação da realidade (182).

Portanto, o estudo teve um caráter social, em que foram destacados os seguintes aspectos no desenvolvimento da pesquisa, sendo alguns deles descritos por Thiollent (p. 22-23)(194):

- 1- Ampla e explícita interação entre pesquisador e participantes, tornando todos os envolvidos participantes;
- 2- Desta interação resultaram a ordem de prioridade dos problemas a serem pesquisados e das soluções a serem caminhadas sob forma de ação concreta;
- 3- O objetivo do estudo participante consistiu em resolver ou, pelo menos, em esclarecer as situações-problemas observadas e apontadas durante os círculos de cultura;
- 4- Durante o processo, foram acompanhadas as decisões, as ações e todas as atividades intencionais dos participantes;
- 5- A pesquisa não se limitou a uma forma de ação (não se trata de ativismo), pois o cerne do estudo é a produção de conhecimento e de consciência dos envolvidos.

Nesse sentido, se desenvolveu os Círculos de Cultura sobre competências culturais de enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena. Logo, não foi o objetivo deste estudo classificar o estágio de mudanças, mas o reconhecimento que essas ocorrem e que são sinais próprios da dinâmica social e coletiva da saúde indígena.

O não classificar ou quantificar a mudança foi intencional, pois a concepção de competências do estudo não tem suas bases teóricas nas abordagens comportamental e funcionalista, mas na abordagem holística de competências. Essa é também conhecida como multidimensional ou multimétodo orientado que não é reducionista, mas tem uma estrutura humanística e combina elementos de desempenho, como os atributos conhecidos que são: conhecimentos, atitudes e habilidades e agrega a capacidade relacional, valores éticos, necessidade de uma prática reflexiva e capacidade de percepção das particularidades do contexto. Ou seja, as competências culturais assentam-se na abordagem holística de competências que integra os atributos profissionais e a prática da educação e formação que são:

planejamento, aprendizado em equipe, autonomia, aprendizado baseado em problemas e estratégia de avaliação formativa(5).

5.2 Procedimento de coleta de dados

O encontro de Responsáveis Técnicos (RTs), descrito a seguir, aproximou-me dos gestores locais de cada um dos cenários e conforme combinado previamente fiz as visitas locais e já reuni com os possíveis participantes. Na ocasião convidei-as(os) a participar dos Círculos de Cultura, esclareci os objetivos, as condições e critérios de participação, os desafios, as perspectivas do estudo, todas as suas etapas e elucidadas todas as questões éticas do estudo. Mediante o interesse das(os) enfermeiras(os), foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1) e em seguida buscou-se o consenso para a melhor semana, turno, local e lanche dos encontros.

O procedimento de coleta de dados consistiu na implementação de uma atividade educativa por meio dos Círculos de Cultura, cujas etapas foram descritas no referencial pedagógico. Em cada etapa, apresentadas a seguir, foram incluídas dinâmicas, técnicas e estratégias que possibilitassem a mobilização e reflexão das(os) participantes.

A primeira etapa foi a da Investigação temática que teve como objetivos: 1) Criar uma ambientação de escuta e diálogo; 2) Aproximar as pessoas; 3) Identificar partes de cada um no outro; 4) Propor uma atividade de educação coletiva e emancipatória, em que o conhecimento não seria informado mas construído coletivamente; 5) Revelar o universo das falas, do trabalho, os modos de ver o mundo e os pensamentos-linguagem das pessoas; 6) Explorar os antecedentes culturais do participante; 7) Refletir sobre quanto a cultura profissional, assim como a trajetória histórica das(os) enfermeiras(os) influenciavam e atuavam na assistência na saúde indígena; 8) Buscar os temas geradores a partir das palavras geradoras das situações-problemas apresentadas pelas(os) participantes.

A investigação temática deu-se em dois ou três encontros conforme a disponibilidade dos participantes e o ritmo de cada grupo na condução das reflexões. Esta etapa se iniciou com uma avaliação sobre a concepção de competência e competências culturais das(os) participantes, por meio aplicação da técnica da associação livre de palavras. Foi realizado primeiro um teste em que as(os) participantes foram orientadas(os) a colocarem em um pedaço de papel as três primeiras palavras que viessem à mente quando ouvissem o comando “Saúde indígena”. E em seguida foi repetido com o comando: Como é ser uma(um) enfermeira(o) competente na saúde indígena? E depois que as palavras foram colocadas em uma cartolina fixada na parede iniciou-se uma conversa sobre as repostas. E assim foi se encaminhando para

a temática que constava no convite para a atividade para a qual todos estavam ali, sobre competências culturais, e o clima de diálogo e escuta foi sendo construído.

Em seguida foi aplicada a dinâmica “Dos três desejos”, que permitiu a apresentação, identificação e ambiência de pessoalidade. A intencionalidade da dinâmica foi abordar a questão do desejo de cuidar de populações culturalmente diversas que é uma dimensão importante para o desenvolvimento de competências culturais, segundo Campina-Bacote (195)(139).

Durante a atividade foi orientado as(os) participantes que escolhessem três desejos ou sonhos, sendo o primeiro de caráter pessoal, o segundo profissional e o terceiro relacional. Durante a partilha, questionava-se sobre possíveis critérios de escolha, se houve hesitação na escolha. Na esfera do trabalho, os desejos de caráter profissional já revelavam as situações-limites. Nesta primeira etapa foi fundamental propiciar um clima em que os participantes se sentissem numa atmosfera de solidariedade, respeito e confiança, onde as pessoas pudessem partilhar sonhos e desejos de caráter pessoal, coletivo, familiar e profissional, em que pudessem ser ouvidas e que a fala fosse acolhida.

Outra dinâmica aplicada foi a “Árvore da Vida”, que foi pensada para ser um momento de reflexão sobre a cultura e os valores individuais e como estes poderiam influenciar o cuidado de enfermagem. Inicialmente, os participantes registravam em uma folha de papel com a imagem de uma árvore genealógica as informações com os nomes, origem étnica dos pais, avós(avôs) e os bisavós(bisavôs) maternos e paternos e em seguida compartilhado dialogicamente as histórias.

Ao final da dinâmica “Árvore da Vida” foram utilizadas algumas das perguntas da estratégia ASKED adaptada de Campinha-Bacote (51)(150), mas que nem sempre foram respondidas e para alguns participantes apenas o silêncio foi a resposta. As perguntas mobilizadoras foram: *Estou ciente das minhas tendências e preconceitos pessoais em relação a grupos culturais diferentes dos meus? Tenho habilidades para realizar uma avaliação cultural e realizar uma avaliação física baseada na cultura de forma sensível? Tenho conhecimento da visão de mundo do indígena? Quantos encontros ou contato direto eu tive com pacientes de diversas origens culturais? Tenho desejo genuíno de querer ser culturalmente competente? ”.*

A segunda etapa foi a de Tematização, quando os temas foram mais bem analisados pelos participantes e sistematizados. Os objetivos foram: 1) Aprofundar na análise das situações-problema que se revela na concretude do cotidiano até a identificação dos temas geradores; 2) Buscar o significado social através da codificação e decodificação das situações-problema;

Nesta etapa, desenvolveu-se a codificação das situações-limites. Para isso, Freire sugere o uso de desenhos ou fotos. Optou-se pelas fotos, pois os participantes estão habituados a esse tipo de recurso e o registro fotográfico é uma realidade muito comum para registro de situações profissionais. Este recurso trouxe alguns dos elementos constitutivos da dimensão significativa-existencial, o que possibilitou as(os) participantes reflexão e postura crítica em face das situações-limites (p.112)(69), sendo utilizada a técnica *Photovoice*.

A técnica do *Photovoice* tem como premissa teórica os pilares da fotografia documental baseada na comunidade, na teoria feminista, na teoria da educação para a consciência crítica (69)(196)(182)(197). Permitiu dar voz e participação voluntária das(dos) participantes da pesquisa e foi utilizada como uma estratégia de motivação das (os) enfermeiras para aflorar a criatividade, a partir da captação de imagens que retratavam suas respectivas realidades.

Conforme orienta a literatura na área(197), a técnica do *Photovoice* foi aplicada em três etapas. A primeira deu-se no primeiro círculo de cultura, quando foram apreendidos os interesses dos grupos e quando foram orientados sobre os princípios da fotografia documental (como representação da realidade pelo olhar de quem captura e registra a imagem, ser criativo e conectar pessoas) e sobre os princípios da ética na fotografia (Termos de consentimento e de uso da imagem). A segunda fase de ação corresponde ao desenvolvimento de discussão de grupo sobre o uso da fotografia participante como ferramenta de comunicação, autoexpressão e defesa de direitos. A terceira fase consistiu na escolha das fotografias que representassem o grupo e em seguida promoveu-se o diálogo crítico de fotografias específicas.

Após a codificação, foi feita a decodificação nas palavras de Freire(69) ou decodificação nas palavras de Brandão sobre o método Paulo Freire(184), que é a análise crítica das situações codificadas. Este momento, foi desenvolvido na segunda e terceira etapa da técnica do *Photovoice* quando o grupo debateu em um diálogo crítico sobre a escolha das imagens e o que os participantes queriam que elas representassem e expressassem.

Foi necessária a autorização para o uso das imagens dos participantes durante o estudo, por meio da assinatura do Termo de Autorização do Uso de Imagem (Anexo 2). Os Termos foram elaborados segundo os direitos autorais regidos no Brasil, pela Lei Federal nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998 (198), e as cessões de uso de imagem também se aplicam ao Código Civil, Lei Federal nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, especialmente seus dispositivos sobre os Direitos de Personalidade (199).

A terceira etapa, do desvelamento crítico, foi desenvolvida a partir da discussão de grupo, após decodificação dos temas até chegar ao pensar coletivo, sendo realizado através da estratégia Fofa (Fortalezas, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças) sobre o trabalho da(o)

enfermeira(o) na saúde indígena e da problematização sistemática dos temas geradores até esta etapa. A estratégia também conhecida por matriz *Swot*, assim como o termo competência, nasceu à luz do pensamento estratégico e organizacional de empresas e serviços. *Swot* é um acrônimo das palavras em inglês *Strengths* (Forças ou Fortalezas), *Weaknesses* (Fraquezas), *Oportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças). Os pontos fortes são fortalezas e oportunidades e as fragilidades são as fraquezas e ameaças(200). Os aspectos próprios ou internos são fortalezas e fraquezas e as questões externas são as oportunidades e ameaças.

A estratégia Fofa foi exitosa desde o encontro de RTs, pois motivou o diálogo de grupos menores e auxiliou na sistematização e apresentação da análise crítica do coletivo sobre o processo de trabalho, possibilitou sistematizar e tornar visíveis as situações-limites e os temas geradores. Por este motivo, ela foi mantida durante os Círculos de Cultura desenvolvidos em campo.

A problematização foi realizada por meio de perguntas mobilizadoras sempre que se percebia ser possível aprofundar o debate. Esse último momento se deu de forma sistematizada e com uso de outros recursos como textos e vídeos e teve como objetivos: 1) Buscar o significado e o sentido social dos temas geradores; 2) Questionar de forma ampla até chegar ao conhecimento mais elaborado e global, mas que atingia a realidade local.

Para facilitar e contextualizar os diálogos foram usados textos selecionados a partir de artigos, capítulos de livros ou teses, defendidos ou publicados nos últimos 10 anos, período da vigência do SASI-SUS e que problematizavam o modelo biomédico de assistência à saúde dos povos indígenas, a interculturalidade, a enfermagem transcultural e a atenção diferenciada. Todo esse material foi disponibilizado aos participantes com antecedência. Entretanto, em nenhum dos locais de coleta de dados foi lido previamente.

Por este motivo, foram usados também vídeo⁷ e trechos dos textos indicados que suscitavam o debate em torno das situações-problemas apontadas nas etapas anteriores, correlacionando-as de forma a motivar o debate coletivo e o despertar para uma visão crítica e reflexão dos temas discutidos, na perspectiva de lutar por ideais para transformar o contexto vivido. As leituras foram necessárias para promover aproximação teórico-prática e para subsidiar o aprofundamento das discussões e formulação coletiva de possíveis respostas para o contexto vivido.

É nesse momento que os participantes percebem, ou pelo menos deveriam perceber, sua capacidade de transformar sua realidade. Uso o futuro do pretérito, pois perceberam em parte

⁷ Ver vídeo no link: <https://www.youtube.com/watch?v=sZwB2NaPHRI&t=4s>

seu potencial de sujeitos do presente e da história, mas também sua vulnerabilidade profissional e social, que será apresentada nos resultados deste estudo.

A estratégia Fofa e o Instrumento de autoavaliação, descrito a seguir, podem ser considerados estratégia/instrumento hegemônicos, porém conforme propõe Boaventura foram usados de maneira contra-hegemônica, na tentativa de encontrar embriões, sementes e indícios de superação das relações sociais vigentes (62). Assim como se usa de forma contra-hegemônica a ideia de competências culturais, haja vista que toda competência humana é usada como fator de produção do sistema econômico vigente(170), que rege também a produção de saúde.

Todos os encontros foram gravados com auxílio de um gravador no celular. Sempre que os participantes pediam, se interrompia a gravação para comentar situações que julgavam não serem pertinentes ao estudo ou por ser de alguma forma comprometedor para a equipe.

Cabe lembrar que inicialmente previu-se a filmagem de todos os encontros com uso de uma câmera profissional de captura de áudio e vídeo, porém em nenhum dos locais do estudo foi aceito pelos participantes, mesmo diante dos argumentos de que o material seria de uso exclusivo para análise deste estudo e de acesso único pela pesquisadora. Os argumentos usados para negativa dos participantes foram: o equipamento geraria desconforto e inibição dos participantes durante os encontros; a instabilidade profissional da saúde indígena promovida pela interferência de grupos políticos e partidários nas contratações e demissões dos profissionais de saúde, dos assistenciais aos gestores.

Cabe lembrar que ao final de cada encontro realizou-se uma avaliação do dia com o uso de uma ou três palavras, ou uma frase que descrevesse aquele círculo para cada participante. Todas as palavras e frases foram coladas em cartazes na sala onde aconteciam as atividades que ficaram fixados nas paredes até o final de toda a atividade.

O Quadro 4 descreve cada uma das etapas e atividades realizadas em cada uma delas de forma mais visual e clara.

Quadro 4- Etapas, objetivos, questões norteadoras e estratégias da atividade educativa mediada pelos Círculos de Cultura sobre competências culturais de enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena do DSEI Guatoc no estado do Pará, 2018.

Etapas	Objetivos	Questões norteadoras	Estratégias
Investigação temática	<ul style="list-style-type: none"> - Aproximar as pessoas. - Identificar partes de cada um no outro. - Propor uma atividade de educação permanente coletiva e emancipatória, em que o conhecimento não seria informado, mas construído coletivamente. - Revelar o universo das falas, do trabalho, os modos de ver o mundo e os pensamentos-linguagem das pessoas. - Buscar os temas geradores a partir das palavras geradoras. - Conhecer no universo da(o) enfermeira(o) na saúde indígena e na assistência de enfermagem na saúde indígena. - Explorar e refletir sobre como a cultura, valores profissionais e pessoais influenciam na assistência de enfermagem na saúde indígena. 	<ul style="list-style-type: none"> - Como é ser uma(um) enfermeira(o) competente na saúde indígena? - Como os meus valores profissionais e pessoais influenciam a minha assistência de enfermagem na saúde indígena? 	<ul style="list-style-type: none"> - Dinâmica de grupo: “Três desejos” - Árvore da vida - Questões provocativas
Tematização	<ul style="list-style-type: none"> - Aprofundar na análise das situações-problema que se revela na concretude do cotidiano até a identificação dos temas geradores. - Buscar o significado social através da codificação e decodificação das situações-problema. 	<ul style="list-style-type: none"> - Como atuar na saúde indígena de forma culturalmente competente? - Como cuidar de indígenas sem que o saber tradicional dele não seja desvalorizado em detrimento do saber científico? 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica <i>Photovoice</i> - Questões provocativas
Problematização/ Desvelamento crítico	<ul style="list-style-type: none"> - Buscar o significado e o sentido social dos temas geradores. - Questionar de forma ampla até chegar ao conhecimento mais elaborado e global, mas que atinge a realidade local. 	<ul style="list-style-type: none"> - Como desenvolver cuidados de enfermagem culturalmente competentes na minha prática assistencial na saúde indígena? - O que eu posso fazer para transformar essa realidade? - Como avalio a experiência dos círculos de cultura? 	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégia Fofa ou <i>Swot</i> - Problematização sistematizada através de textos e vídeo

Fonte: Elaboração da autora (2019).

5.3 Instrumentos de coleta de dados

Foram usados dois instrumentos para coleta de dados da pesquisa. O primeiro instrumento foi aplicado para obter informações sobre o perfil de cada participante. Nesse instrumento foram coletados os seguintes dados:

- Sociodemográficas: gênero, nacionalidade, naturalidade por região, cor da pele e estado civil;
- Formação profissional: ano de graduação, tipo de instituição de ensino superior, estado onde graduou, área de pós-graduação;
- Experiência profissional: tempo de trabalho na saúde indígena, anos de experiência anterior à atuação na saúde indígena;
- Emprego: características de contratação e vínculo empregatício atual na saúde indígena, outro vínculo empregatício e regime de trabalho na saúde indígena.

Esses dados foram selecionados, pois percebeu-se a necessidade de conhecer e reconhecer algumas características específicas dos participantes que poderiam influenciar na atuação e no desenvolvimento das competências culturais na *práxis* do trabalho na saúde indígena.

O segundo instrumento foi o de autoavaliação aplicado imediatamente após o último encontro. Conforme mencionado, grande parte dos estudos que sucederam à TDUCC de Leininger que abordam as competências culturais dedicaram-se a testar instrumentos que avaliam, mensuram e classificam os níveis destas competências entre enfermeiras(os) e estudantes de enfermagem.

Entretanto, o paradigma que norteia este estudo não é o do funcionalismo da eficiência, mas o paradigma crítico que compreende o desenvolvimento das competências culturais não como um esforço individual, mas como processo educativo emancipatório sustentado na *práxis* do trabalho e pelo trabalho(69).

Entende-se que todo processo educativo precisa de um momento de avaliação e o método de avaliação que está em consonância com toda a construção deste estudo é o da avaliação formativa e da autoavaliação, haja vista que impulsiona um pensar sobre si e sobre o outro, prima por construções coletivas em que se enxerga o protagonismo de cada um no processo e por ser este modelo uma estratégia de resistência à avaliação ranqueada(201).

Por estes motivos elaborou-se um instrumento de autoavaliação das competências culturais (Apêndice I) a partir de estudos de Campinha-Bacote (1995-2011), com os atributos indicados pelas atuais revisões sistemáticas sobre o tema(24)(15)(44) e organizados nos

seguintes domínios: *afetivo*, que abrange o desejo cultural; *cognitivo*, abrange a sensibilização cultural e o conhecimento cultural; *de comportamentos*, que incluem as habilidades culturais e os encontros/interação cultural(51). As dimensões foram distribuídas no instrumento como atributos das competências culturais e para avaliá-los foi usada uma escala do tipo *Likert*, que varia entre: Nunca, Às vezes, Quase sempre e Sempre. Além de ter um espaço para observações e sugestões ao final do instrumento.

Depois de elaborado, o instrumento foi submetido à validação pela técnica de *Delphi*. O termo validação ou validade é utilizado para denominar uma espécie de acurácia ou uma medida de representação do fenômeno de interesse(202)(203). A validação por Delphi é uma construção participativa e uma validação de conteúdo que se faz por juízes ou especialistas da área, pois são capazes de avaliar adequadamente a representatividade ou a relevância do conteúdo dos itens submetidos à análise(204).

Neste tipo de validade, um grupo estruturado de especialistas se debruça sobre questões ou assuntos específicos com a tarefa de julgar se os itens se referem ou não à questão de interesse, de forma que se expressam numa construção coletiva até que se alcance o consenso, ou seja, uma concordância de 100% entre eles(205)(206)(207).

O número necessário para compor este grupo de especialistas não é um consenso desde os primeiros estudos de Lynn que sugeriu o mínimo de três especialistas(202), depois Pasquali que recomendou seis juízes para o processo de validação(203). Parece não haver um consenso quanto ao número ideal ou recomendado de juízes na técnica de Delphi, especialmente por se tratar de uma técnica qualitativa, entretanto indica-se que seja considerada a representatividade, pois acredita-se que o critério da qualidade dos especialistas seja mais significativo que o da quantidade(207).

Estudo que construiu e validou uma escala de autoeficácia materna na prevenção de diarreia infantil também não encontrou como se seleciona os especialistas para participar da técnica e utilizou os seguintes critérios de seleção de juízes para validade de conteúdo: doutor com tese na área de interesse; mestre com dissertação na área de interesse; ter artigo publicado em periódico indexado sobre a área de interesse e prática profissional (clínica, ensino ou pesquisa) recente, de, no mínimo, cinco anos na área de interesse e ser especialista em área de interesse(208).

Os especialistas selecionados para nosso estudo foram localizados pela opção de buscar currículo por assunto na Plataforma lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (CNPq). Por meio dessa Plataforma contatou-se os cinco primeiros pesquisadores por endereço eletrônico (*e-mail*) com o título do assunto “Convite para validação por Delphi”.

O conteúdo do convite consistia na apresentação da pesquisadora e da orientadora, dos objetivos da tese, um resumo da metodologia do trabalho e em anexos os TCLE para juízes-especialistas (Anexo 3).

Após o retorno por e-mail com o aceite para participar e o TCLE assinado foi enviada a versão original do instrumento de autoavaliação e um questionário para juízes-especialistas (Anexo 4) dividido em três partes. Na primeira parte, solicitava-se informações sobre o perfil do juiz: idade, sexo, área e tempo de formação, área e tempo de atuação, local de trabalho e titulação. A segunda parte continha instruções sobre como avaliar e fazer sugestões de modificações no instrumento. A terceira parte continha os critérios de avaliação: objetivo, com cinco itens e sugestão; estrutura e apresentação com doze itens e sugestão; relevância, com cinco itens e sugestão geral.

Dos cinco pesquisadores identificados pela plataforma, apenas três aceitaram participar e demonstraram grande interesse em contribuir, dois justificaram sua negativa pela indisponibilidade naquele momento de férias acadêmicas.

A partir das respostas e sugestões iniciais elaborou-se um segundo instrumento que foi novamente enviado por e-mail para cada um dos juízes para novamente se pronunciar quanto ao seu grau de concordância com as mudanças sugeridas. E assim se procedeu sucessivamente, até que em quatro rodadas e versões do instrumento com cada avaliador se alcançou o consenso (Apêndice I). Os juízes-especialistas não se conheciam pessoalmente e não tiveram o menor contato entre si durante esse processo que ocorreu entre os meses de junho a setembro de 2018.

O estudo incluía a aplicação de instrumento de autoavaliação das competências culturais de enfermeiras(os) em dois momentos: imediatamente após a atividade educativa e 60 dias após, o que não foi possível, pois houve mudanças de cargos, demissões, contratações e nova distribuição da maioria dos profissionais que participou dos círculos de cultura. Por este motivo, foi realizado apenas imediatamente após a intervenção com o instrumento já validado.

O Quadro 5 sintetiza as etapas, as ferramentas, estratégias e instrumentos utilizados na pesquisa de campo.

Quadro 5- Síntese das fases e estratégias da pesquisa de campo, na CASAI Icoaraci, e nas CASAI e Polos de Paragominas e Marabá entre os meses de agosto a outubro de 2018.

1ª Momento	1º Momento APROXIMAÇÃO COM A REALIDADE	ESTRATÉGIAS
	- Encontro de RTs (Responsáveis Técnicos)	- Círculo de Cultura (Dinâmica de grupo e Estratégia Fofa ou <i>Swot</i>)
	- Visita às CASAIs de Santarém e Oriximiná	- Observação Participante
	- Visita à aldeia Mapuera	- Registro em Caderno de Campo
	- 6ª Conferência de Saúde Indígena etapa distrital	- Entrevista com RTs
2ª Momento	2º Momento ATIVIDADE EDUCATIVA	ESTRATÉGIAS
	- CASAI Icoaraci	- Círculos de Cultura (Dinâmicas de grupo, Árvore da vida, Estratégia Fofa ou matriz <i>Swot</i> e Técnica <i>Photovoice</i>)
	- CASAI e Polo Paragominas	- Questionário Sociodemográfico
	- CASAI e Polo Marabá	- Instrumento de autoavaliação

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

5.4 Cenários do estudo

No Pará estão localizados quatro DSEI: Altamira, Guamá-Tocantins (Guatoc), Kaiapó Pará e Rio Tapajós. Dada à peculiaridade histórico-cultural da população indígena e a situação de marginalidade dos saberes e práticas tradicionais destes povos, optou-se pelo DSEI com a maior diversidade étnica, o Guatoc, pois esta característica se apresentou como um *locus* ideal para um estudo sobre competências culturais.

Segundo a última cartografia no ano de 2017, o DSEI Guatoc tem a extensão Territorial de 7.715.080,8 ha, com sede no município de Belém do Pará e abrange 20 municípios, sendo 19 no estado do Pará (Santa Luzia, Tomé Açu, Aurora do Pará, Paragominas, Baião, Mojú, Tucuruí, Goianésia, Itupiranga, Jacundá, Bom Jesus do Tocantins, São Geraldo do Araguaia, São Domingos do Araguaia, Parauapebas, Canaã dos Carajás, Oriximiná, Belterra, Santarém e Óbidos e um no estado do Maranhão: Centro Novo do Maranhão (Figura 2). Segundo o Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena (SIASI), a população indígena assistida é de 13.697 habitantes, distribuídas conforme Tabela 1. Os deslocamentos são realizados por meio de transporte aéreo, terrestre e fluvial(209).

O DSEI Guatoc é mais próximo da região metropolitana e com sede na capital paraense, Belém. Está organizada em nove polos nos seguintes municípios: Capitão Poço, Marabá, Oriximiná, Santa Luzia, Santarém, Tomé-Açu, Paragominas, Parauapebas e Tucuruí. Tem cinco CASAIs, localizadas em Marabá, Oriximiná, Paragominas, Belém (distrito de Icoaraci) e Santarém. Atende a 93 aldeias e 40 etnias (Atikun, Assurini, Anambé, Amanayé, Apiaká, Arara Vermelha, Arapium, Borari, Chiquitano, Cumaruara, Gavião, Guajajara, Guarani, Hyxkaryana, Jaraqui, Katuena, Kaapor, Karajá, Kaxuyana, Kayapó, Krikati, Kuruaia, Munduruku, Parakanã,

Suruí, Tapajó, Tembé, Timbira, Tiryó, Tunayana, Tupaiu, Tupinambá, Wai-Wai, Waiãpi, Wapixana, Wayana, Xeréw, Xerente, Xikrin e Zoé)(209).

Gráfico 01- Distribuição da população do DSEI Guatoc por Polo Base

Fonte: DSEI Guatoc, 2017.

Em função das dimensões continentais do estado do Pará, por suas condições de rodovias precárias e a onerosidade do deslocamento pelas hidrovias, o estudo ocorreu apenas na CASAI Icoaraci e em dois polos mais estratégicos para o deslocamento de pessoas por rodovias e indicados pelo DSEI Guatoc como estratégicos para a formação de multiplicadores que são os Polos e CASAIs do municípios de Paragominas e de Marabá (Figura 3). Os Polos foram escolhidos por serem sede administrativa e terem certa infraestrutura para educação permanente e condições de acolhimento dos profissionais entre o período de retorno das aldeias.

Figura 3- Polos Base do DSEI Guatoc, 2017.

Fonte: DSEI Guatoc 2017.

5.4.1 CASAI Icoaraci

A CASAI Icoaraci é parte integrante do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. É uma unidade de caráter regional e de atendimento aos indígenas aldeados referenciados de 05 DSEIs que são: DSEI Guamá-Tocantins, DSEI Altamira, DSEI Kaiapó do Pará, DSEI Tapajós e DSEI Amapá e norte do Pará. Tem por finalidade prestar assistência e apoio aos indígenas referenciados aos serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Belém, capital Paraense.

O que hoje é a CASAI Icoaraci, funcionava como casa de apoio à saúde indígena no mesmo endereço desde 1967 e foi reestruturada em 14 de dezembro de 2010, por meio da portaria n 3.965 do MS e estabelecidas suas atribuições atuais em 09 de novembro de 2015, através da Portaria n 1.801 do MS. Está localizada na Passagem Brasília nº135 Distrito de Icoaraci, a 25km do centro de Belém, em espaço de propriedade da Fundação Nacional de

Saúde (FUNASA) e cedido para a Secretária Especial de Saúde Indígena (SESAI), Ministério da Saúde, e disponibiliza os serviços de serviço social, farmácia, nutrição e enfermagem. Possui 33 alojamentos e tem capacidade para receber 60 indígenas em tratamento e seus acompanhantes. Entretanto, é comum receber até 120 indígenas de 45 etnias dos 05 DSEIs, que falam pelo menos nove idiomas distintos, dos troncos linguísticos: Jê, Tupi e Karibena(209).

A equipe de enfermagem que atuava na CASAI no momento da coleta de dados era de cinco enfermeiras (os) e 19 técnicos de enfermagem, sendo sete servidores concursados pela FUNASA e 12 contratados com vínculo celetista⁸. Durante a coleta de dados uma(um) enfermeira(o) estava de férias e foi excluída do estudo mesmo demonstrando interesse em participar, pois sua participação implicaria em questões legais. Participaram também duas enfermeiras(os) que atuavam no DSEI Guatoc, pois o convite foi estendido para todos as(os) enfermeiras(os) que atuavam também na gestão do DSEI e após a autorização da Diasi participaram dos encontros.

5.4.2 Polo e CASAI Paragominas

O Polo e a CASAI Paragominas localizam-se no noroeste do Pará, no município de Paragominas (Figura 4). O censo do IBGE, em 2010, mostrou que tem uma população de 97.819 pessoas, em um território de 19.342,562 Km², com uma densidade demográfica de 5,06 Hab/Km². O município tem 12,4% dos domicílios com esgotamento sanitário adequado, 12,4% dos domicílios com esgotamento sanitário, 12,9% dos domicílios urbanos em vias públicas arborizadas e 5,1% de domicílios urbanos em vias públicas urbanizadas e consideradas adequadas por terem bueiros, calçadas, pavimentação e meio-fio⁹ (210).

Quanto à população indígena, o IBGE disponibiliza poucas informações por municípios. Segundo esse Instituto, o município de Paragominas tem um total de 927 habitantes, destes 170 são moradores na zona urbana e 757 na zona Rural¹⁰ (72). Cabe destacar que a CASAI e o Polo Paragominas atendem o município de Centro Novo do Maranhão, localizado no estado do Maranhão que tem o total de 281 indígenas e todos moradores da zona rural.

⁸ Celetista é um termo usado no Brasil para identificar trabalhadores cujo vínculo empregatício é regido conforme a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT);

⁹ Ver também: <https://cidades.ibge.gov.br> ;

¹⁰ Disponível também: <https://indigenas.ibge.gov.br/mapas-indigenas-2.html> ;

Figura 4- Localização geográfica das aldeias atendidas pelo Polo e CASAI Paragominas – Pará, 2017.

Fonte: DSEI Guatoc, 2017.

A CASAI Paragominas funciona com quatro enfermeiras(os), cinco técnicos de enfermagem, uma assistente social e uma nutricionista. No início do ano de 2018, o DSEI Guatoc foi notificado pelo Ministério Público (MP) do estado do Pará pelas péssimas condições da CASAI Paragominas e pediu providências. Em virtude desta notificação, a gestão do DSEI e o Condisi decidiram alugar um espaço para atender à demanda do MP. Esse espaço era um antigo hotel no município, com grande área física e muitos quartos. Assim, em 10 de agosto do mesmo ano ocorreu a mudança da CASAI Paragominas para o hotel desativado (Imagem 2).

Na ocasião, houve protesto em virtude da insatisfação dos indígenas com o valor do aluguel e que na concepção deles poderia ser revertido para a reforma do prédio da antiga CASAI que de fato é deles. A coordenação do DSEI justificou que a reforma precisava de regulamentação do terreno e de possível obra junto à prefeitura o que não poderia acontecer em tempo hábil. Mesmo insatisfeitos, os indígenas aceitaram a condição da “Nova” CASAI.

Imagem 2- CASAI Paragominas desde agosto de 2018.

Fonte: Própria, 2018.

O Polo base de Paragominas é do tipo II¹¹, funciona com quatro enfermeiras(os) sendo uma(um) gestora local e os demais atuam em área. Além de 12 técnicos de enfermagem, um dentista e um auxiliar de saúde bucal (ASB), uma farmacêutica, um técnico de segurança do trabalho, 23 AISs e 11 AISANs.

Nos dois estabelecimentos são atendidas seis etnias que são: Tembé, Timbira, Munduruku, Kaapor, Guajajara e Amanayé, distribuídas em 25 aldeias, sendo que quatro dessas aldeias estão localizadas no município do estado do Maranhão (Quadro 5)(209).

¹¹ Polo tipo II, é aquele que se localiza no município de referência. A sua estrutura física é de apoio técnico e administrativo à Equipe Multidisciplinar, não devendo executar atividades de assistência à saúde. Estas atividades assistenciais serão realizadas em um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de referência. As atividades do Polo Base Tipo II são as seguintes: armazenamento de medicamentos e materiais de deslocamento para outras áreas indígenas; comunicação via rádio; investigação epidemiológica; informação de doenças; elaborar relatórios de campo e sistema de informação; coleta, análise e sistematização de dados; planejamento das ações das equipes na área de abrangência; organização do processo de vacinação na área de abrangência e administração(157).

Quadro 5- Distribuição dos Povos atendidos no Polo e CASAI Paragominas-PA;

<i>Aldeia</i>	<i>Município</i>	<i>Etnias</i>	<i>Pop alde</i>	<i>Língua falada</i>	<i>% comunicação em português</i>
<i>Araçatiwa</i>	<i>Centro Novo/MA</i>	<i>Timbira/ Tembê</i>	<i>25</i>	<i>Jê Timbira</i>	<i>100%</i>
<i>Barreirinha</i>	<i>Paragominas</i>	<i>Munduruku/Amanayé/ Tembê e Timbira</i>	<i>167</i>	<i>Tupi Guarani</i>	<i>100%</i>
<i>Cajueiro</i>	<i>Paragominas</i>	<i>Guajajara/ Kaapor/ Tembê/ Timbira/ Munduruku</i>	<i>265</i>	<i>Tupi Guarani</i>	<i>100%</i>
<i>Canindé</i>	<i>Paragominas</i>	<i>Tembê/ Timbira/ Kaapor/ Amanaye/ Kuruáia</i>	<i>91</i>	<i>Tupi Guarani</i>	<i>100%</i>
<i>Paracuirená</i>	<i>Centro Novo/MA</i>	<i>Kaapor/ Tembê</i>	<i>107</i>	<i>Tupi Guarani</i>	<i>30%</i>
<i>Sítio Novo</i>	<i>Centro Novo/MA</i>	<i>Kaapor/ Tembê/ Guajajara/ Timbira/</i>	<i>76</i>	<i>Tupi Guarani</i>	<i>100%</i>
<i>Teko-Haw</i>	<i>Paragominas</i>	<i>Tembê/ Guajajara/ Munduruku/Kayapó</i>	<i>278</i>	<i>Tupi Guarani</i>	<i>100%</i>
<i>Xiepyhurená</i>	<i>Centro Novo/MA</i>	<i>Kaapor/ Tembê/ Timbira</i>	<i>106</i>	<i>Tupi Guarani</i>	<i>30%</i>
<i>Sussuarana</i>	<i>Paragominas</i>	<i>Timbira /Tembê</i>	<i>32</i>	<i>Tupi Guarani</i>	<i>100%</i>
<i>Mangueira</i>	<i>Paragominas</i>	<i>Tembê/ Kaapor</i>	<i>20</i>	<i>Tupi Guarani</i>	<i>100%</i>
<i>Ikatu</i>	<i>Paragominas</i>	<i>Timbira/ Tembê</i>	<i>15</i>	<i>Tupi Guarani</i>	<i>100%</i>
<i>Cocalzinho</i>	<i>Paragominas</i>	<i>Tembê</i>	<i>27</i>	<i>Tupi Guarani</i>	<i>100%</i>
<i>Faveira</i>	<i>Paragominas</i>	<i>Tembê</i>	<i>27</i>	<i>Tupi Guarani</i>	<i>100%</i>
<i>Anoirá</i>	<i>Paragominas</i>	<i>Tembê/ Guajajara</i>	<i>16</i>	<i>Tupi Guarani</i>	<i>100%</i>
<i>Bate Vento</i>	<i>Paragominas</i>	<i>Tembê</i>	<i>11</i>	<i>Tupi Guarani</i>	<i>100%</i>
<i>Pia-Hu</i>	<i>Paragominas</i>	<i>Tembê/ Guajajara/ Timbira</i>	<i>50</i>	<i>Tupi Guarani</i>	<i>100%</i>
<i>Floriano</i>	<i>Paragominas</i>	<i>Tembê</i>	<i>13</i>	<i>Jê Timbira</i>	<i>100%</i>
<i>Arahú</i>	<i>Paragominas</i>	<i>Amanayé/ Tembê</i>	<i>13</i>	<i>Tupi Guarani</i>	<i>100%</i>
<i>Araruna</i>	<i>Paragominas</i>	<i>Tembê</i>	<i>05</i>	<i>Tupi Guarani</i>	<i>100%</i>
<i>Wahu-Tyw</i>	<i>Paragominas</i>	<i>Tembê/ Kaapor Munduruku</i>	<i>26</i>	<i>Tupi Guarani</i>	<i>100%</i>
<i>Kaaakyr</i>	<i>Paragominas</i>	<i>Tembê</i>	<i>31</i>	<i>Tupi Guarani</i>	<i>100%</i>
<i>Kaaapytep-Peahar</i>	<i>Paragominas</i>	<i>Tembê/ Munuduruku</i>	<i>08</i>	<i>Tupi Guarani</i>	<i>100%</i>
<i>Três Furos</i>	<i>Paragominas</i>	<i>Tembê/ Guajajara</i>	<i>39</i>	<i>Tupi Guarani</i>	<i>100%</i>
<i>Ywy-Tyng</i>	<i>Paragominas</i>	<i>Tembê/ Timbira</i>	<i>02</i>	<i>Tupi Guarani</i>	<i>100%</i>
<i>Igarapé Grande</i>	<i>Paragominas</i>	<i>Tembê</i>	<i>34</i>	<i>Tupi Guarani</i>	<i>100%</i>

Fonte: DSEI Guatoc, 2017.

5.4.3 Polo e CASAI Marabá

O Polo e a CASAI Marabá localizam-se no sudoeste do estado do Pará, no município Marabá (Figura 5) que no último censo do IBGE, em 2010, mostrou que tem uma população de 233.669 pessoas, em um território de 15.128,058Km², com uma densidade demográfica de 15,45 hab/Km². Marabá tem 31,8% dos domicílios com esgotamento sanitário adequado, 10,8% dos domicílios em vias públicas com arborização e 11% de domicílios urbanos em vias públicas urbanizadas consideradas adequadas por terem bueiros, calçadas, pavimentação e meio-fio¹² (210).

Figura 5- Localização geográfica das aldeias atendidas pelo Polo e CASAI Marabá;
Fonte: DSEI Guatoc, 2017.

Segundo o IBGE, Marabá tem um total de 473 indígenas, destes 388 residem em área urbana e 85 em área rural(72). Destaca-se que, segundo o DSEI Guatoc, o município não contém terras indígenas (Figura 5) e por este motivo não atendem os indígenas dos municípios que são atendidos pela rede de atenção básica municipal do SUS.

As terras indígenas e aldeias encontram-se em seis municípios no entorno de Marabá que são, segundo o IBGE (2010): Jacundá, com total de 69 indígenas e todos moradores em área urbana; Bom Jesus do Tocantins, com total de 769 indígenas, sendo que apenas 6 moram em área urbana e 763 moram em área rural; Itupiranga, com total de 347 indígenas, sendo 38 moradores na zona urbana e 309 na zona rural; Parauapebas, com total de 1181 indígenas, sendo apenas 122 moradores em área urbana e 1059 moradores na área rural; Canaã dos Carajás, com 69 indígenas, sendo 52 moradores na zona urbana e 17 na zona rural e São Geraldo do Araguaia, com total de 305 indígenas, sendo apenas 12 moradores em zona urbana e 293 na zona rural.

¹² Ver também: <https://cidades.ibge.gov.br> ;

A CASAI Marabá funciona com quatro enfermeiras, sendo uma na gestão local da CASAI e Polo e as demais atuam em regime de plantão 12h/36h, além de nove técnicos de enfermagem, uma assistente social e uma nutricionista. O Polo base Marabá é do tipo II e atua com duas enfermeiras, 14 técnicos de enfermagem, 12 AIS's, 12 AISAN, uma médica, um odontólogo, um ASB e uma farmacêutica.

O Polo e CASAI Marabá atendem 16 etnias que são: Aparahy, Anambé, Atikum, Gavião, Guarani, Guajajara, Guarani, Tembê, Parakanã, Karajá, Kayapó Xikrin, Suruí, Tembê, Xerente, Xikhiquitano e Waiapi (Quadro 6), distribuídas em 17 aldeias (Figura 4)(209).

O Polo Base Parauapebas funcionava na mesma estrutura física que o Polo Marabá, mas desde 2015 a separação dos Polos ocorreu a nível de gestão e na atualidade os dois possuem referências técnicas e gestão local dos referidos Polos de forma distintas(209). Até o momento da coleta de dados, no Polo Parauapebas não havia estrutura física e mesmo com gestores locais diferentes funcionava no Polo Marabá. O Polo Parauapebas atua com duas enfermeiras, uma gestora local e outra em área, três técnicos de enfermagem, um dentista e um ASB. No momento da coleta de dados, uma(um) enfermeira(o) manifestou o interesse em participar do estudo e compareceu em todos os encontros.

Quadro 6- Distribuição dos Povos atendidos no Polo e CASAI Marabá;

Aldeia	Município	Etnia	Pop. Total	Língua Indígena	% de Comunicação em português
<i>Mãe Maria</i>	<i>Bom Jesus do Tocantins</i>	Aparahy, Anambé, Gavião, Guajajara, Guarani, Suruí, Tembê e Waiapi	214	Jê Timbira	80%
<i>Kyikatejê</i>	Bom Jesus do Tocantins	Xikhiquitano, Gavião, Guajajara, Guarani, Karajá, Waiapi e Xerente	162	Jê Timbira	80%
<i>Akrâtikatejê</i>	Bom Jesus do Tocantins	Gavião, Karajá e Tembê	50	Jê Timbira	100%
<i>Sororó</i>	<i>São Geraldo do Araguaia</i>	Surui, Gavião, Parakanã e Tembê	359	Tupi Guarani	90%
<i>Itahy</i>	<i>São Geraldo do Araguaia</i>	Surui	47	Tupi Guarani	100%
<i>Nova Jacundá</i>	<i>Jacundá</i>	Guarani, Guajajara e Xerente	54	Tupi Guarani	100%
<i>Guajanaíra</i>	<i>Itupiranga</i>	Guajajara e Suruí	54	Tupi Guarani	100%
<i>Ororobá</i>	<i>Itupiranga</i>	Atikum	61	Sem Identificação	100%
<i>Kanaí</i>	<i>Canaã dos Carajás</i>	Atikum	17	Sem Identificação	100%
<i>Akrâkaprêkti</i>	<i>Bom Jesus do Tocantins</i>	Anambé, Gavião, Guarani, Karajá, Tembê e Xerente	118	Jê Timbira	90%
<i>Akrâti</i>	<i>Bom Jesus do Tocantins</i>	Gavião e Guarani	11	Jê Timbira	90%
<i>Akrôntikatejê</i>	<i>Bom Jesus do Tocantins</i>	Gavião, Karajá e Tembê	28	Jê Timbira	90%
<i>Awussehê</i>	<i>São Geraldo do Araguaia</i>	Gavião e Suruí	5	Jê Timbira	90%
<i>Ipirahy</i>	<i>São Geraldo do Araguaia</i>	Suruí	41	Jê Timbira	90%
<i>Koyakati</i>	<i>Bom Jesus do Tocantins</i>	Gavião, Karajá e Xerente	59	Jê Timbira	90%
<i>Krâpeiti-je</i>	<i>Bom Jesus do Tocantins</i>	Gavião e Xikrin	23	Jê Timbira	90%
<i>Krijameretijê</i>	<i>Bom Jesus do Tocantins</i>	Gavião, Guarani e Karajá	93	Jê Timbira	90%

Fonte: DSEI Guatoc, 2017.

5.5 Participantes

Participaram do estudo 19 enfermeiras(os) que atuavam na CASAI Icoaraci localizada no município de Belém, nas CASAI e Polos de Paragominas e Marabá. Da CASAI Icoaraci

participaram seis enfermeiras(os), uma nutricionista e duas Assistentes Sociais como ouvintes. Dos Polos e CASAI de Paragominas e Marabá participaram seis e sete enfermeiras(os), respectivamente.

Essas(es) enfermeiras(os) foram mobilizadas(os) para participarem dos Círculos de Cultura e a pensarem sobre suas realidades, desvelá-las e revelar o conhecimento que delas derivavam e, assim, valorizar a produção coletiva de conhecimento através da ação-reflexão-ação (183).

Os critérios de inclusão para a participação no estudo foram: atuar, no mínimo, há um ano no atendimento aos indígenas, período necessário para a reflexão da *práxis* assistencial durante a participação na intervenção proposta. O convite foi feito a todas(os) enfermeiras(os) que atuavam na assistência à saúde da população indígena e às(aos) enfermeiras(os) que atuam na gestão como responsáveis técnicos, pois foi aplicado o critério de “amostra intencional”, um número reduzido de pessoas escolhidas intencionalmente em função da relevância que apresentam em relação a um determinado assunto (p. 71) (194), desde que a participação seja espontânea e consciente, haja vista ser essencial para o desenvolvimento dos Círculos de Cultura, pois a dialogicidade e conscientização constituem alicerces fundamentais ao método (211).

Os critérios de exclusão foram: enfermeiras(os) que estivessem de licença médica, de férias ou afastadas das suas funções assistenciais por quaisquer outros motivos alheios ao estudo e enfermeiras(os) com disponibilidade de participação inferior a três encontros.

Cabe destacar o respeito à homogeneidade (o que é comum a todos os participantes, atuar na atenção e gestão da saúde indígena) e à heterogeneidade (o que é particular a cada participante) do grupo, assim como o respeito à autonomia de participar apenas quem estivesse comprometido com o pensar coletivo, o pensar com o outro e não pelo outro (189) e a liberdade de sair do estudo a qualquer momento conforme resolução nº 466/12 que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil.

5.6 Organização, análise e interpretação dos resultados

A organização, análise e interpretação dos resultados são aspectos complexos da metodologia e estão intimamente articulados às etapas anteriores do processo de trabalho e da perspectiva analítica adotada (212)(213).

O primeiro momento de organização é o de análise interna ou organização interna, cujo princípio organizador do material é adotar uma classificação a partir das formas como foram

construídos ou recolhidos por etapa dos círculos de cultura. Desta forma, foram organizados os resultados em três grupos: Aproximação com a realidade; Perfil das(os) participantes e Círculos de Cultura com a realização da Autoavaliação das Competências Culturais.

O segundo momento de organização consistiu em preparar e reunir o material em uma classificação inicial para avaliação da qualidade e elaboração de estrutura de análise, assim foi analisado primeiro os dados dos instrumentos cujas informações eram quantitativas e em seguida foi realizada a organização do material transcrito e dos registros de observação dos Círculos de cultura.

Após esta organização, iniciou-se o tratamento dos resultados. Os dados sobre o perfil dos participantes e do instrumento de autoavaliação foram lançados no programa Microsoft Excel, versão 2007, sendo apresentados e analisados pela estatística descritiva.

Os áudios dos Círculos de Cultura foram transcritos integralmente com as informações das falas dos participantes ordenadas segundo narração, sendo complementadas pelas anotações, palavras-chave e observações significativas anotadas no diário de campo.

Os dados dos Círculos de cultura foram transcritos respeitando o anonimato dos participantes que receberam pseudônimos inspirados nos nomes de etnias assistidas pelo DSEI Guatoc, tanto os falantes quanto os citados nas falas. Foram utilizados colchetes nas falas para ressaltar ideias que vinham à mente acerca do que se ouviu e o negrito quando havia mudanças no volume e/ou na entonação de voz em relação a determinados temas ou o uso de termos, ênfase em palavras e expressões, assim como foi descrito e contabilizado o tempo de silêncio, pois foi percebido que quanto maior o tempo de silêncio, maior o desconforto diante das situações-limites apresentadas ou de questões reflexivas.

Em seguida, foram organizados por etapa em documentos por grupo de participantes e posteriormente importados ao Software Atlas ti de análise qualitativa e iniciou-se a codificação e categorização conforme o referencial teórico da Enfermagem Transcultural de Competências culturais. Após aproximações sucessivas, foram elaboradas as primeiras propostas de categorização, que se deu pelo conjunto de depoimentos, feita a exportação das categorias e das correspondências de códigos pelo software.

O material dos Círculos de Cultura exportado do software foi analisado a partir da Hermenêutica-Dialética proposta por Minayo(214). A autora se refere a este tipo de análise como o “caminho do conhecimento” e como “o mais capaz de dar conta de uma interpretação aproximada da realidade” (p.231)(214).

A autora explica que se trata de uma análise cuja base teórica de hermenêutica é de Habermas e de Gadamer(212) e a dialética de Habermas e Stein(215). Trata-se de duas

concepções desenvolvidos por movimentos filosóficos diferentes e são uma combinação de oposições complementares, haja vista que ambas: 1) Tem em seu núcleo a ideia das condições históricas de qualquer manifestação simbólica, de linguagem e de trabalho do pensamento; 2) Partem do princípio que não há observador imparcial e que não há ponto de vista fora da realidade do ser humano e da história; 3) Superam a tarefa de serem ferramenta do pensamento, pois consideram o investigador parte da realidade investigada; 4) Questionam o tecnicismo como caminho capaz de compreender e criticar os processos sociais; 5) Referem-se a *práxis* e desvelam os condicionantes da produção intelectual, impregnada de tradição, de “pré-juízos”, de poder, interesses e de limitações do desenvolvimento histórico (p.104).

A análise hermenêutica-dialética preserva a interpretação dos sentidos que os participantes elaboram em seus discursos e combina com a compreensão destes sentidos face às contradições que lhe constituem por meio da dialética (216). É uma união que conduz o pesquisador ou o intérprete, como chama a autora, a entender

[...] o texto, a fala, o depoimento como resultado de processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem) ambos frutos de múltiplas determinações, mas com significados específicos(214) (p.227).

Desta forma, a hermenêutica procura o sentido do texto e a dialética dá ênfase às contradições, o que possibilita a crítica social no presente. Minayo explica que a proposta transcende os aspectos apenas procedimentais ligados a técnicas usuais em pesquisa qualitativa e propõe um caminho do pensamento, para além de mecanismos metodológicos não reflexivos(215). A autora fundamenta-se em dois movimentos de estreita conexão que é o pensamento e a linguagem, mencionando que

A Hermenêutica é a busca de compreensão de sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos, “se que pode ser compreendido é linguagem”. Portanto, a linguagem constitui o nível central da comunicação: a linguagem ordinária do homem comum no seu dia-a-dia. Seus pressupostos são que o homem como ser histórico é finito e se complementa na comunicação. E ainda quando podemos ampliar os horizontes da comunicação e da compreensão, nunca escapamos da história, fazemos parte dela e sofremos os preconceitos do nosso tempo (p. 220)(214).

Minayo e seus colaboradores(212), esclarecem que as bases da interpretação são a descrição e análise. A descrição é relatar, reproduzir, caracterizar de maneira mais fiel possível. A análise é ir além do que foi descrito e localizar os termos-chave, sejam eles explícitos ou não nos depoimentos. Portanto, é um processo de decomposição de um conjunto de dados, de forma a buscar as partes que o compõe para expandir a descrição. A interpretação é a busca pelo sentido das falas e das ações, a fim de alcançar a compreensão ou explicação para além do que

foi descrito e analisado, tornando-se o ponto de partida com a interpretação dos participantes e ponto de chegada porque é a interpretação da interpretação.

Outro conceito importante à prática da interpretação é a inferência, que se aproxima da mediação, que é “a operação pela qual se aceita uma proposição em virtude de sua relação com outras anteriormente aceitas como verdadeiras” (p. 203)(212).

A autora enfatiza que o método não tem etapas muito rígidas, na tentativa de contribuir com os pesquisadores que tenham a intenção de usar a Hermenêutica-Dialética como estratégia para análise de resultados. Sugerimos três etapas que foram organizadas a partir das publicações de experiências da aplicação do método(215)(212).

A primeira consistiu na leitura compreensiva do material selecionado, que ocorreu antes e depois da montagem da estrutura de análise. Essa etapa tem como objetivos: impregnar o pesquisador pelo conteúdo do material, ter uma visão de conjunto e apreender as particularidades presentes nessa totalidade parcial. Nessa etapa, não basta ter compreensão do material, é preciso ancorar a leitura em conceitos ou referenciais teóricos e as contextualizações que orientam o olhar sobre os resultados (op.Cit).

A segunda etapa consistiu na da construção de inferências em que se buscou ideias que estavam implícitas nos textos. Pode ser organizada em um quadro com as ideias e os respectivos depoimentos devidamente identificados. Nessa etapa podem ser feitas perguntas para aprofundamento da questão, tais como: *As ideias se diferenciam por fatores como gênero, município ou área de atuação? Se houver diferença, quais seriam os pontos comuns entre as falas? Há contradições entre os participantes? Há categoria classificatória que poderia conter outras ideias identificadas? Há resultados que permitem comparar os argumentos destes participantes com os de outra categoria? Há informações provenientes de outros estudos que reforçam ou contrariam as ideias emitidas ou parte delas?* Estas indagações permitiram formar eixos orientadores da interpretação.

A terceira etapa consistiu no ápice da interpretação, propriamente dita, quando se fez a reinterpretar ou uma interpretação das interpretações, com elaboração da síntese por meio da construção criativa de possíveis significados. Para a construção desta síntese é fundamental o diálogo entre a dimensão teórica (conceitos e referenciais) e os resultados empíricos, o texto e os seus contextos e as questões, os pressupostos, os objetivos e os dados com as informações trazidas do campo e os indicadores previamente estabelecidos (op.Cit). O quadro 7 sintetiza as etapas da análise de dados segundo a Hermenêutica-Dialética.

Quadro 7- Etapas da Interpretação da Hermenêutica-Dialética

Etapas	O que consiste
1ª - Leitura compreensiva	Leitura compreensiva do material ancorado nos conceitos e referenciais teóricos.
2ª - Construção de Inferências	Construção de inferências e identificação de ideias implícitas nos textos.
3ª - Construção de síntese	Reinterpretação e construção de síntese por meio da construção criativa de possíveis significados.

Fonte: Adaptado de Minayo et al, 2005 (212).

5.7 Aspectos Éticos, Riscos e benefícios

Conforme preconiza a Resolução 466/12 que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), sob número CAAE 90618618.9.0000.5392 e aprovado sob número 2.759.160 (Anexo 5). Em seguida, foi submetido à anuência do DSEI Guamá-Tocantins, vinculado à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).

Os riscos da pesquisa estavam relacionados ao possível constrangimento em qualquer fase da pesquisa, tanto para os pesquisadores quanto para os participantes. Esse risco pôde ser minimizado pela abordagem participativa dos Círculos de Cultura e nos momentos de observação em campo, além de estar atento para às reações e quaisquer impressões de dúvidas.

Em relação aos riscos para a comunidade científica, há possibilidade de serem coletados dados errôneos sobre o assunto, uma vez que a aplicação do instrumento de autoavaliação inclui o risco de respostas que sejam socialmente aceitas, o que pode diminuir a confiabilidade dos resultados (40) gerados pelo instrumento desenvolvido neste estudo e podem ocorrer erros de interpretação das questões. Na tentativa de tentar minimizar este aspecto, utilizou-se a combinação de outros métodos de coleta de dados a serem considerados na análise dos resultados, tendo em vista não ter sido possível a aplicação e avaliação do instrumento de autoavaliação imediatamente após a atividade e depois de 60 dias conforme estava previsto.

Os benefícios do estudo foram assentados na reflexão do desenvolvimento de competências culturais a partir dos Círculos de Cultura com enfermeiras(os) que atuam em municípios estratégicos para o DSEI Guamá-Tocantins e para saúde indígena do estado do Pará, o que implicará em benefícios na assistência aos indígenas e para a categoria profissional da região. Além de proporcionar reflexão sobre a assistência de enfermagem aos povos indígenas e a conduta das(os) enfermeiras(os) diante de questões transculturais e interculturais, tanto no estado do Pará quanto em outros estados da Federação.

Durante toda a pesquisa de campo houve o cuidado quanto às questões éticas, de forma que foram respeitados os princípios éticos na autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, que envolvem as pesquisas com seres humanos.

Os direitos de autonomia e de ausentar-se a qualquer momento do estudo foi formalizado na apresentação oral do projeto em todos os cenários do estudo e mediante a assinatura do TCLE, em duas vias (Anexo 1).

O uso dos registros fotográficos que foram produtos e resultados do estudo, foram autorizados por meio da assinatura do Termo de Autorização de Uso de Imagem (Anexo 2), assim como do Termo de Cessão de Direitos para Uso de Imagem (Anexo 3).

Fonte: Própria, 2018.

Resultados

6. RESULTADOS

Os resultados são apresentados em três etapas, a primeira consiste na aproximação com a realidade, que traz a contextualização e apresentação da conjuntura que deu o tom de toda a coleta de dados que aconteceu no período de julho a novembro de 2018. Na segunda etapa apresenta-se o perfil dos participantes. Na terceira é feita a análise dos resultados obtidos nos Círculos de Cultura.

6.1 Aproximação com a realidade

O percurso da investigação promoveu o exercício e a ambiência dialógica e democrática, o que proporcionou não apenas a coleta de dados da tese, mas a participação da pesquisadora em vários outros momentos. O primeiro deles consistiu no Encontro com RTs de Polos e CASAIs do DSEI Guatoc que aconteceu no auditório do Ministério da Saúde, em Belém, no período de 18 a 22 de junho de 2018. O evento que emergiu da necessidade percebida pela Divisão de Atenção à Saúde Indígena (Diasi) do DSEI Guatoc de uma educação permanente que fosse dinâmica e abordasse a temática do processo de trabalho de forma transversal a todos os programas e que fomentasse uma reflexão para além da fragmentação cotidiana das ações programáticas. Portanto, havia um terreno fértil para o desenvolvimento da pesquisa.

A minha participação no evento só foi possível e solicitada após a aprovação do projeto de pesquisa por todas as instâncias do DSEI, desde a coordenação de educação permanente, coordenador indígena até coordenador geral. O grupo de profissionais que coordenava as atividades educativas na Diasi naquele momento já planejava um evento que quebrasse com a lógica de atuação e organização das atividades baseada nos programas de saúde, pois compreendiam que essa fôrma ou forma os segregava e os fragmentava. Assim, o evento objetivava também repensar e quiçá reelaborar coletivamente a lógica de atuação nas CASAIs e Polos.

O encontro com os RTs contou com 28 participantes, entre eles: o presidente, vice-presidente e secretário geral do Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi); dois RTs indígenas; um farmacêutico e 22 RTs enfermeira(os) não indígenas. Esse encontro permitiu conhecer todos os 28 RTs participantes e as principais lideranças indígenas do DSEI; promover a aproximação da pesquisadora com os gestores locais das CASAI e Polos onde foi feita a coleta de dados e compreender a complexidade do trabalho do enfermeiro na saúde indígena.

O evento foi extremamente produtivo no sentido de promover uma reflexão para repensar a atuação dos profissionais que participaram, tendo sido acordado entre todos os presentes que os RTs teriam até 60 dias para desenvolver atividades de educação permanente com a sua

equipe que não fosse na lógica biologicista ou apenas direcionadas pelos programas de saúde. (Anexo 5).

A condução de todo o processo naquela semana foi bem avaliada, o que proporcionou aproximação da pesquisadora com todos os gestores do DSEI (locais, distritais, indígenas e não indígenas), além de ter sido convidada para acompanhar a equipe do DSEI aos Polos e CASAIs dos municípios de Santarém e Oriximiná e visita à aldeia de Mapuera, em Oriximiná, cujo objetivo foi aproximar a gestão do DSEI com as equipes de base e gestores locais e, ainda, acompanhar e colaborar para o planejamento das atividades de educação permanente após o encontro de RTs.

O encontro de RTs teve duração de cinco dias, cuja programação compreendeu momentos reflexivos sobre o processo de trabalho na saúde indígena nos Polos e CASAI do DSEI, compartilhamento de experiências exitosas em educação em saúde e continuada, orientações sobre as planilhas de monitoramento dos Programas do MS, capacitação sobre sistemas de informações como Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) e Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica *online* (Sistema Horus).

Participei de todo o evento, pois o grupo à frente da Diasi naquele momento compreendia que o compromisso de um pesquisador deve ir além da já conhecida e obrigatória devolutiva dos resultados da tese, mas também reconheciam a importante colaboração que o pesquisador pode proporcionar em outros espaços, eventos e demandas do DSEI. A concepção do grupo não representava uma maioria ou homogeneidade entre todos os servidores e gestores do DSEI, mas claramente tínhamos um grupo de evidente interesse e visão crítica disposto a construir a partir da base, da gestão local dos serviços de saúde indígena e das EMSI, uma outra experiência de atenção a saúde indígena¹³.

O encontro de RTs foi a primeira oportunidade de realizar os círculos de cultura. Conseguimos desenvolver as três etapas dos círculos de cultura que foram: Investigação temática, através de dinâmicas de grupo; Tematização, através da codificação e decodificação com o uso da estratégia Fofa ou *Swot* e, por último, o desvelamento crítico pela problematização e discussão de grupo.

¹³ Vale descrever que durante o ano de 2018 houve mudança de conveniada que gerenciava os recursos humanos no DSEI Guatoc, pois o contrato foi encerrado por falta de interesse na continuidade e o processo de transição se iniciou em junho e se estendeu até dezembro do ano de 2018. O trabalho foi influenciado, e por vezes interrompido, por este processo de transição. O trabalho junto à gestão do DSEI não teve continuidade, além de que grande parte dos profissionais assistenciais terem sido demitidos ou deslocados de local de trabalho onde participaram dos Círculos de Cultura. De acordo com a Portaria nº 69 de 25 de outubro de 2018, a conveniada administra os recursos federais para atuação nos seguintes eixos da saúde indígena: atenção a saúde indígena, saneamento ambiental, edificações de saúde indígena e controle social.

Na ocasião, apliquei a dinâmica de apresentação e integração do grupo chamada “Eu objeto”, cuja orientação para a dinâmica foi que cada participante escolhesse um objeto que se identificasse e o descrevesse a partir de suas três principais características. Naquele momento, o objetivo era conhecer as pessoas e fazer com que o grupo se conhecesse a partir das suas subjetividades e características. Durante a apresentação de cada participante a partir do objeto questionou-se maiores detalhes do objeto, de forma que mais características fossem reveladas.

Desta forma, as subjetividades e algumas características pessoais e profissionais foram reveladas, o que propiciou a problematização sobre o processo de trabalho na saúde indígena, nas aldeias, nos Polos e CASAIs.

O ambiente do evento foi conduzido para dar a fala aos que fazem a saúde indígena no cotidiano das aldeias, dos Polos e CASAIs. Os participantes ao perceberam que o encontro daquele ano seria diferente, pois não se iniciaria pelas cobranças de metas não alcançadas, documentos e planilhas a serem entregues demonstraram grande interesse por serem ouvidos. Nas falas/palavras foram trazidas como principais temas gerados: 1) As frustrações cotidianas de apenas serem cobrados e pouca valorização profissional; Cobrança intensa para o alcance das metas dos Programas; 2) A excessiva burocratização para controle do combustível; 3) Os conflitos pessoais por não conseguirem mudar a saúde e as condições de vida dos povos indígenas atendidos; 4) A não responsabilização da Gestão do DSEI pela gestão local dos serviços de saúde; 5) Condições de trabalho insuficientes e 6) Excesso de planilhas e documentos a serem enviados a cada mês.

Cabe destacar que quinze dias antes do evento todos os participantes receberam artigos sobre processo de trabalho em saúde, da enfermagem e na saúde indígena. Entretanto, ao iniciar a atividade foi identificado que poucos participantes leram e destes apenas os profissionais que atuavam na Diasi. No entanto, seguiu-se a uma dinâmica dialogada para apresentar a base teórica sobre processo de trabalho na saúde, com destaque para a concepção de Mehry de “trabalho vivo e trabalho morto”(217) e em seguida foi feito o debate sobre o processo de trabalho, de acordo com a realidade de cada um dos Polos e CASAIs.

A programação do Evento no qual fui inserida, alternava momentos de diálogo e reflexão crítica e o paradoxo de momentos meramente informativos sobre as novas planilhas que precisariam ser enviadas com o título de “Novo fluxo de informação”, sobre o funcionamento do SIASI e HORUS, além das orientações de como deveriam ser as ações de alguns Programas do MS.

Durante o planejamento do Evento percebi a forte necessidade das demandas técnicas e administrativas e que minha participação e condução eram importantes sim, mas que não

poderia fazer do evento a minha coleta de dados. Portanto, eu precisaria adequar as etapas dos Círculos de Cultura no tempo que eu teria. Foi quando a estratégia Fofa ou matriz Swot surgiu como uma “participação criativa”, como diz Brandão (p. 25)(184), como uma das alternativas que não estivesse em desacordo com as concepções teórica e metodológica da pesquisa e que conseguisse sistematizar os temas apontados e, partir daí, fosse conduzido à reflexão crítica e profunda sobre o processo de trabalho na saúde indígena pelos participantes.

A estratégia Fofa ou *Swot* codificou os pontos positivos e negativos em três grupos menores, onde foi possível promover o exercício de escuta e da fala de todos. A decodificação foi realizada pelo grupo maior quando lhes foi solicitado que colocassem suas percepções e análises sobre cada tema, até que uma análise mais crítica foi sendo conduzida pelo coletivo e completou assim a terceira etapa dos Círculos de Cultura, o desvelamento crítico.

A minha participação no Evento foi um marco para a inserção no DSEI, pois oportunizou testar a metodologia de pesquisa, acolher sugestões, apresentar-me como pesquisadora e alguém que poderia colaborar em momentos de educação permanente como foi o encontro de RTs. Após o evento fui convidada a acompanhar a equipe técnica do DSEI na visita técnica à CASAI e aos Polos dos municípios de Santarém e Oriximiná, na visita à aldeia Mapuera da etnia Wai-Wai localizados na região do oeste do Pará (Figura7), conforme mencionado.

Figura 6- Localização geográfica das aldeias atendidas pelo Polo e CASAI Oriximiná.
Fonte: DSEI Guatoc, 2017.

Essas foram, portanto, as atividades que compõem a Primeira Etapa da pesquisa que chamei de Aproximação com a realidade. Essa imersão no universo da saúde indígena aproximou-me também dos indígenas estudantes no cenário da universidade em cursos de

graduação e de pós-graduação, o que me proporcionou outras atividades como a participação em um Seminário de Medicina Tradicional indígena entre as etnias Assurini e Araweté, além de outros eventos acadêmicos.

Todas essas atividades reverberaram e despertaram o interesse na participação das(os) enfermeiras(os) que não puderam estar no Encontro de RTs e de outros profissionais de saúde que atuavam nas CASAs e Polos onde foram desenvolvidos os círculos de cultura. E, assim, se iniciava a Segunda Etapa da pesquisa que consistiu no desenvolvimento dos Círculos de Cultura sobre as competências culturais de enfermeiras(os) na saúde indígena nos Polos e CASAs de Icoaraci, Paragominas e Marabá, estado do Pará, que chamei de Atividade educativa.

Outro importante e significativo momento a registrar, pelos fatos históricos que sucederam na tentativa de impedir a realização descritos a seguir, da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (6 CNSI), foi a profunda experiência em participar da etapa distrital realizada entre os dias 18 a 20 de dezembro de 2018, em Ananindeua no Pará, onde se reuniu cerca de 200 indígenas de todas as regiões e aldeias que o DSEI Guatoc atua (Imagem 3).

Imagem 3- 6ª Conferência Distrital de Saúde Indígena, Ananindeua-Pará, dezembro de 2018.

Fonte: Própria, 2018.

A etapa distrital seguiu o cronograma da Portaria nº 1.730, de 13 de junho de 2018, na qual convocava o evento para ser realizado entre os dias 27 a 31 de maio de 2019. Entretanto, a consultoria jurídica do MS assumida em 1º de janeiro de 2019, indicada pelo Governo do Presidente Bolsonaro, recomendou o encerramento do processo de contratação da empresa responsável pela realização do evento, não sendo dados, pelo governo federal, esclarecimentos a respeito, mas apenas comunicou que até outubro de 2019 seria realizada a Conferência. Tais fatos impediram a realização a 6ª Conferência de Saúde Indígena prevista para acontecer entre os dias 27 a 31 de maio de 2019 e não foi dada nova data para o evento. Até a entrega desta tese o evento não aconteceu e nenhuma previsão de data foi estabelecida pelo governo federal.

6.1.1 Contextualização e conjuntura anterior aos Círculos de Cultura

Os Círculos de Cultura mais que espaços de encontro, reflexões e trocas de experiências, representaram a viabilização de construções coletivas, quando se ouvia de forma respeitosa, o que muitas vezes não é escutado e muito menos dito no cotidiano do trabalho, por falta de tempo, espaço, recursos, demandas e complexidade do serviço dos enfermeiros na saúde indígena.

Foram encontros muito fecundos e também desafiadores. E os desafios foram de natureza político-administrativa e metodológica. Metodológica por ser uma coleta de dados dialogada em grupo cuja mediação envolveu a mobilização para a participação, a escuta, a fala, a compreensão do dito e da leitura do mundo das(os) participantes. E político-administrativas que ainda eram sentidas mesmo em 2018, mas que se iniciaram após o golpe parlamentar que tirou a presidenta eleita Dilma Rousseff, em 2016, quando o então gestor do DSEI Guatoc colocou seu cargo à disposição, em outubro de 2016, e o DSEI ficou até fevereiro de 2017 sem gestor. Durante os meses de novembro e dezembro, houve uma gestão interina vinda de Brasília, mas que não conseguiu dar andamento aos processos licitatórios e de contratos de transporte que eram fundamentais para manutenção dos serviços de saúde indígena. Tal aspecto teve impacto consequente na atenção à saúde dos povos neste período e reforçava a sensação de insegurança entre os profissionais que trabalhavam na gestão ao atendimento nas aldeias, Polos e CASAIs.

Em fevereiro de 2017, assumiu novo gestor que conseguiu retomar os processos de licitação, dar andamento à assistência à saúde e prosseguir as atividades de educação permanente. Em 2018, com a assistência nos Polos e CASAI em andamento, a equipe se prepara para a transição de conveniada, pois findou o contrato da conveniada da época que não teve mais interesse em manter o convênio. Após o processo de licitação, a nova conveniada elaborou seu plano de trabalho e recontratou os profissionais de saúde. Durante essa transição alguns participantes não foram recontratados. Durante a coleta de dados no ano de 2018, algumas questões desse processo de transição como assinatura de aviso prévio¹⁴, insegurança e incertezas de nova admissão foram citadas nos encontros.

A Conveniada é a empresa responsável pela contratação dos profissionais de saúde que trabalham no DSEI, conforme necessidade de vagas, formação, perfil profissional e técnicos deliberados por cada Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi). Esse processo de mudança começou em julho de 2018 e, em outubro do mesmo ano, a nova conveniada assumiu

¹⁴ Aviso prévio é a comunicação antecipada e obrigatória, com prazo mínimo de trinta dias, de que a relação empregatícia foi interrompida.

a gestão. Durante os meses de outubro e novembro de 2018, período de transição de uma empresa para outra, os profissionais ficaram 20 dias sem receber pagamento pelos dias trabalhados. Um dos impactos desta mudança foi que do total de 19(100%) enfermeiras(os) participantes, sete(37%) foram desligados e cinco(26%) foram mudados de função e/ou de Polo ou CASAI de atuação. Isso significa que 12(63%) dos participantes ou foram demitidos ou não continuaram nos locais que atuavam durante o desenvolvimento dos Círculos de Cultura em virtude das mudanças ocorridas.

Durante o desenvolvimento dos círculos de cultura, ocorriam em paralelo ações administrativas desse processo de transição que tiveram impacto direto no desenvolvimento dos círculos de cultura, haja vista ser um espaço essencialmente de diálogo, acolhimento e escuta. Assim, muitos dos sentimentos de angústias, medos e insegurança dos profissionais de saúde foram compartilhados naquele momento.

Na CASAI Icoaraci, o último dia do encontro ocorreu em uma sexta-feira e os profissionais se encontravam muito tensos, pois na segunda-feira seguinte iniciaria aviso-prévio sem a garantia de recontração. Em Paragominas, durante a semana do Encontro, foi anunciado que os profissionais trabalhariam 20 dias sem pagamento, com a justificativa de que os trâmites de uma conveniada para outra não permitiriam o ajuste de datas de pagamento. Em Marabá, a tensão pairava sobre a especulação de demissões.

Todo o clima de assinar aviso prévio, as mudanças anteriores na gestão do DSEI e as mudanças com a nova contratante fizeram com que os participantes ficassem apreensivos durante todo o ano de 2018. Esse ano foi ainda mais tenso por ser um ano de eleições presidenciais e, assim como em todo o Brasil, o clima foi de antagonismo e divisão entre gestores, profissionais de saúde e povos indígenas. Numa clara expressão histórica e social que a política de saúde indígena é frágil e vulnerável.

Todas estas questões que a pesquisa de campo traz foram valorizadas, pois trata-se uma pesquisa comprometida com a riqueza e a complexidade da realidade e em desenvolver uma pesquisa que para Santos

em vez de priorizar a busca pela relação causa-efeito, a prioridade da investigação dos meios para atingir objetivos; em vez que a separação entre sujeito e objeto, o objeto é sujeito; em vez da separação entre observador e observado, observador na observação; em vez da separação entre pensar e agir, a interatividade entre ambos no processo de investigação (pg 141)(61).

Portanto, a atenção ao contexto em que se deu a pesquisa colabora com a compreensão dos resultados, mas também com o desenvolvimento de uma ciência que valoriza o processo e não apenas os resultados, assumindo assim o caráter antirreducionista.

6.2 Perfil das(os) participantes

O perfil das(os) participantes será apresentado pelas informações sociodemográficas, formação acadêmica, vínculo empregatício e experiência profissional, respectivamente.

A caracterização sociodemográfica das(os) participantes do estudo é apresentado na Tabela 1.

Tabela 1- Caracterização do perfil Sociodemográfico de Enfermeiras(os) da CASAI Icoaraci, CASAI e Polo Paragominas e Marabá, DSEI Guatoc, 2018.

Variável	n = 19	%
Sexo		
Feminino	16	84,2
Masculino	3	15,8
Faixa etária		
Até 25 anos	0	0,0
26 a 30 anos	3	15,8
31 a 35 anos	3	15,8
36 a 40 anos	3	15,8
41 a 45 anos	6	31,5
46 a 50 anos	3	15,8
51 a 55 anos	1	5,3
Nacionalidade		
Brasileira	19	100,0
Naturalidade por região		
Norte	15	78,9
Nordeste	2	10,5
Sudeste	1	5,3
Centro-Oeste	0	0,0
Sul	1	5,3
Cor da Pele		
Amarela	0	0,0
Branca	6	31,6
Negra	3	15,8
Parda	8	42,1
Indígena	2	10,5
Estado Civil		
Casada(o)/União estável	11	57,8
Divorciada(o)/Separada(o)	0	0,0
Solteira(o)	8	42,2

Todas(os) participantes são brasileiras(os), na sua maioria mulheres (16- 84,2%), natural na região norte (15- 78,9%), negras(os) e/ou pardas(os)a (11- 57,9%), casadas(os) (11- 57,8%) e com faixa etária entre 41 a 45 anos (6- 32%).

Quanto à formação acadêmica, a Tabela 2 mostra que a maior parte das(os) participantes tem de 6 a 11 anos de formação (11-57,9%), foi graduada em IES privada (15-78,9%), na região norte do país (15- 78,9%) e tem pós-graduação em saúde indígena ou em saúde da família (14- 73,7%).

Tabela 2 – Formação acadêmica de Enfermeiras(os) da CASAI Icoaraci, CASAI e Polo Paragominas e Marabá, DSEI Guatoc, 2018.

Variável	n = 19	%
Anos de Formação		
1 a 5 anos	2	10,5
6 a 10 anos	11	57,9
11 a 15 anos	5	26,3
16 a 20 anos	1	5,3
IES		
Pública	4	21,1
Privada	15	78,9
Região da IES		
Norte	15	79,0
Nordeste	2	10,6
Sudeste	1	5,2
Centro-Oeste	0	0,0
Sul	1	5,2
Pós-Graduação Concluída*		
Saúde Indígena	8	42.1
Saúde da Família	6	31.6
Enfermagem do Trabalho	4	21.1
Uti** Adulto e Neonatal	2	10.5
Urgência e Emergência	1	5.3
CME e Central de Esterilização	1	5.3
Enfermagem em Nefrologia	1	5.3
Enfermagem em Oncológica	1	5.3
Administração Hospitalar	1	5.3

*Nota: Mais de uma especialização poderia ser informada. Seis participantes informaram duas especializações concluídas. ** Uti=Unidade de terapia intensiva.

O vínculo empregatício é apresentado na Tabela 3. Todas(os) são celetistas, a maioria tem apenas um vínculo empregatício (17-89,5%) e trabalha em regime de 40 horas semanais (10- 52,6%), sendo o segundo principal regime de trabalho os plantões de 12/36h (6- 31,6%).

Tabela 3- Vínculo empregatício de Enfermeiras(os) da CASAI Icoaraci, CASAI e Polo Paragominas e Marabá, DSEI Guatoc, 2018.

Variável	n=19	%
Tipo de Vínculo empregatício		
Celetista	19	100,0
Tem outro vínculo		
Sim	2	10,5
Não	17	89,5
Regime de Trabalho		
40h semanais	10	52,6
Plantões 12/36h	6	31,6
20 dias em área e 10 de folga	3	15,8

Quanto à experiência profissional na saúde indígena, mostrada na Tabela 4, a maioria não teve nenhuma experiência anterior (12- 63,2%) e a experiência atual de grande parte é de 6 a 10 anos (11- 57,9%).

Tabela 4- Tempo de trabalho e de experiência profissional na saúde indígena de Enfermeiras(os) da CASAI Icoaraci, CASAI e Polo Paragominas e Marabá, DSEI Guatoc, 2018.

Variável	n	%
Tempo de trabalho na saúde indígena*		
De 1 a 5 anos	2	10,5
De 6 a 10 anos	11	57,9
11 a 15 anos	5	26,3
16 a 20 anos	1	5,3
Tempo de experiência anterior na saúde indígena**		
Nenhum	12	63,2
1 ano	4	21,0
2 anos como enfermeira	1	5,3
3 a 6 anos como AIS**	2	10,5

Nota: *Tempo em anos completos. **AIS: Agente Indígena de Saúde

O perfil das(os) participantes da pesquisa é de brasileiras(os) (19-100%), maioria mulheres (16-84,2%), nortistas (15- 78,9%), negras e pardas (11-57,8%), casadas (11- 57,8%), com a faixa etária entre 31 a 50 anos (15- 78,9%). Formadas(os) de 6 a 11 anos (11- 57,8%) em IES (Instituição de Ensino Superior) privada e do norte do país (15-79,8%), tem especialização (14-73,7%) em Saúde Indígena pela UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo) e/ou em Saúde da Família por outra IES.

Todas(os) têm vínculo empregatício do tipo celetista (19-100%). A maioria não tem outro vínculo (17- 89,5%), trabalha no regime de 40 horas semanais (10- 52,6%), e se somarmos aos que trabalhavam em regime de plantões de 12/36h (6- 31,6%) mesmo a saúde indígena sendo um serviço da atenção básica no SUS isso representa um funcionamento em regime de atenção hospitalar (16- 84,2%). A experiência atual na saúde indígena é de 6 a 11 anos (11- 57,9%), sendo que a maioria (12-63,2%) não teve experiência anterior de trabalho com indígenas. Dentre as(os) sete (36,8%) que tinham experiência anterior na saúde indígena, duas(dois) (10,5%) atuaram como AIS de 3 a 6 anos.

Destaca-se que em decorrência do processo de transição de conveniada e do resultado das eleições de 2018, das(os) 19(100%) participantes, 12(63%) foram demitidos (7-36%) ou foram remanejados (5-26%) dos locais de atuação durante a coleta de dados.

6.3 Atividade educativa mediada pelos Círculos de Cultura

Os resultados apresentados aqui foram organizados conforme os domínios das competências culturais segundo Campinha-Bacote, e em cada domínio seus respectivos atributos do instrumento de autoavaliação e dos que emergiram nos Círculos de Cultura.

Cada uma destas etapas foi planejada previamente, mas ciente da sua flexibilidade e capacidade de adaptar-se ao ritmo de trabalho de cada grupo, na CASAI Icoaraci e em Marabá foram realizados cinco encontros e em Paragominas sete. Essa flexibilidade parte da compreensão de que se busca como resultado o desenvolvimento do conhecimento coletivo, do desejo de fazer parte e de mudar (218). E a partir do diálogo e da promoção de um espaço democrático acolheram-se as dificuldades relatadas da grande demanda de trabalho no cotidiano das(os) participantes e também o compromisso em participar de pelo menos três dos encontros propostos inicialmente.

Na etapa de investigação temática, primeiro se buscou compreender o que é ser uma(um) enfermeira(o) competente na saúde indígenas e a concepção inicial de competências culturais para as(os) participantes. Em seguida, são apresentados os seguintes domínios e seus respectivos atributos: Domínio Afetivo, atributo Desejo cultural; Domínio Cognitivo, atributo Sensibilização ou Consciência cultural reveladas nas histórias de vida pessoal e profissional das(os) participantes e com elas as dificuldades de natureza financeira e educacional, a valorização da ancestralidade europeia, o conhecimento do indígena da sua origem, a influência das crenças pessoais relacionadas à religiosidade e ao reconhecimento de preconceitos.

Na etapa de tematização, as discussões e reflexões caminharam para os domínios: Comportamental e o Cognitivo. No domínio Comportamental o atributo da habilidade cultural

é discutido questões do processo de trabalho, da comunicação com o DSEI e da comunicação linguística e não-verbal com o indígena, emergiu ainda a questão das condições de trabalho das(os) enfermeiras(os). No domínio cognitivo o atributo do conhecimento cultural emergiu a interculturalidade e a necessidade de “despir-se” para atuar na saúde indígena.

A etapa de problematização revelou que no domínio comportamental o atributo encontros culturais aconteceram durante a graduação com a diversidade dos povos amazônicos, depois já na saúde indígena e este último é fortemente marcado pela metáfora da expressão “Cair de paraquedas”. Destes encontros emergiram também conflitos com o universo indígena, que se manifestam em forma de intolerância e preconceito, mas também em mobilização de criticidade.

O diagrama a seguir sintetiza os principais resultados encontrados.

Diagrama 1- Síntese dos resultados dos Círculos de cultura, 2019.

6.3.1 Fase de investigação temática

A seguir são apresentados os resultados que nos revela as concepções iniciais de competências culturais, elementos que nos aproxima do universo das(os) participantes a partir dos domínios afetivos, cognitivo e comportamental, além de apresentar as primeiras reflexões sobre as competências culturais a partir tema gerador: dificuldades de comunicação na atuação de enfermeiras(os) na saúde indígena.

a) Ser competente na saúde indígena

Significado	Círculos de Cultura
Ser polivalente	Ser polivalente, despir-se, reinventar-se, precisa de conhecimento e de criatividade, fazer sem prometer, organizado, humano e mutável, ético, resolutivo, acolhimento, várias culturas, interagir, respeito, amor, ação e agilidade. (Associação livre de palavras consolidada de todos os participantes) - <i>É ter jogo de cintura.</i> (Anembé) - <i>É lidar com todo dia um desafio diferente.</i> (Gavião)

b) Concepção inicial de competências culturais

Significado	Círculos de Cultura	Matriz FOFA
Competência linguística	- <i>O médico pergunta: O senhor entendeu, e ele diz: Sim, sim! Obviamente que ele não entendeu absolutamente nada que quando a gente chega depois e ele diz: Enfermeira o que foi que ele falou, mesmo ele falando português! E a gente vai falar, da nossa maneira, e fazer ele entender o que foi que o médico disse (...).</i> (Guarani) - <i>Eu trabalho assim, tem gente que vai ficar horrorizado com uma palestra que eu tiver dando, porque eu uso as palavras “cagar, mijar” Eu falo o português claro com eles, e eles entendem por que no final eles retribuem. Porque eles não têm a linguagem técnica pra conhecer; o público geral não tem, mas a população brasileira em geral tem uma maior facilidade, eles escutam mais ou convivem mais com alguns termos que um indígena, e o indígena não tem! Eu não falo com eles assim: “já fez xixi?” Primeiro que xixi, na língua dos Waiãpi, é mamar. Eu falo já mijou? E gesticulo, se for homem eu faço como se fosse um pinto, eles riem, mas eles entendem. E seja franco, explique pra eles, mas sem mentira, eles não suportam mentira.</i> (Yanomami)	Identificado como fraqueza a dificuldade de comunicação com o indígena

c) Domínio Afetivo atributo desejo cultural

Atributo Desejo	Círculos de Cultura	Matriz FOFA
Desejos familiares e Pessoais	- Formação acadêmica dos filhos, formar o filho em medicina, criar os filhos e dar o melhor a eles, saúde dos filhos, oferecer aos filhos todo conforto e amor, ter um filho, recuperar a metade do tempo perdido que perdeu com filho devido ao trabalho, adotar um filho. - Casar-se, casamento, formar família, construir família e ter um relacionamento estável.	Nada encontrado
Desejo Profissional	- Estabilidade profissional, estabilidade financeira, garantir um futuro para os filhos e da família com aprovação em um concurso público. - Reconhecimento, alcançar melhorias profissionais, que a saúde indígena melhore. - Continuar trabalhando. - <i>Passar num concurso público para não ter que passar pela apreensão de a cada dois anos não saber se vão renovar o contrato ou não. E todo mundo fica [apreensivo].</i> (Parakanã) - <i>Ainda tem a mudança da empresa que a gente nem sabe se vai voltar e tem tudo isso.</i> (Gavião) - <i>Que a contratação seja renovada porque está todo mundo apreensivo, todos os colegas preocupados.</i> (Tirió)	Identificado como fraqueza o sentimento de insatisfação com o trabalho na saúde indígena (Falta de paciência. Raiva, aborrecimentos) que geram adoecimento profissional.

	<p>- Reconhecimento, alcançar melhorias profissionais.</p> <p>- <i>E eu acho que se o salário da indígena fosse igual ao salário da Unimed, dificilmente eu estaria aqui, sério! A gente tem que ser realista. Dificilmente eu estaria na indígena se fosse pra ganhar 2 mil reais por exemplo, acho que a questão salarial ela também te incentiva a ficar, eu gosto muito de trabalhar e de aprender, e é muito bacana trabalhar com eles, mas pra mim é uma necessidade mesmo.</i> (Guarani)</p>	
Mobilização de criticidade	<p>- <i>Esse exercício é muito bacana, porque a gente descobre que a gente não conhece nosso colega de trabalho, não conhecemos nossas histórias, e agente se sensibiliza não só pros nosso pacientes ou usuários, mas para o nosso colega de trabalho de trabalho porque as vezes a gente critica olhando de uma forma muito rasa assim, esse cara é chato, mas tu não conheces a história dele.</i> (Yanomami)</p> <p>- <i>E assim a gente vai se formando, é interessante isso, a minha história é uma história muito normal né, não tem muito essa coisa de, não tenho muitos traumas na vida, mas a gente percebe que tinham pessoas aqui pra ser uma pessoa muito pessimista, pra começar a contar a sua história e está chorando aqui, mas vocês conseguiram extrair da história de vocês o melhor que vocês tinham, se isso foi um problema lá atrás mas hoje não é mais, pelo menos não pareceu.</i> (Tembé)</p> <p>- <i>É muito interessante perceber como isso influencia na nossa vida.</i> (Gavião)</p> <p>- <i>São questões que eu ainda não tinha parado pra pensar. Muito bacana isso, visitar nosso passado, porque as vezes a gente está aqui e não se dá conta que muito parentes nossos passaram por situações muito parecidas.</i> (Timbira)</p>	

Este domínio afetivo também foi avaliado pelos participantes por meio do instrumento de autoavaliação que identificou com que frequência as(os) participantes demonstraram o desejo cultural de atuar como enfermeiras(os) na saúde indígena, cujo resultado é apresentado na Tabela 5.

Tabela 5 –Domínio afetivo, atributo desejo cultural, das competências culturais de enfermeiras(os) que atuavam na CASAI Icoaraci, CASAI e Polo Paragominas e Marabá, DSEI Guatoc, 2018.

Desejo Cultural	Nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Total
Disponibilizo tempo suficiente para atendimento ao indígena	2	6	9	2	19
%	10.5	31.6	47.4	10.5	100.0
Escuto sensivelmente e atenciosamente às queixas e demandas	1	4	10	4	19
%	5.3	21.1	52.6	21.1	100.0

Reconheço as diferenças das percepções dos problemas de saúde entre um indígena e um não indígena	0	9	6	4	19
%	0.0	47.4	31.6	21.1	100.0
Reconheço as semelhanças das percepções dos problemas de saúde entre indígenas e não indígenas	1	11	7	0	19
%	5.3	57.9	36.8	0.0	100.0
Acolho os sentimentos dos indígenas	2	8	5	4	19
%	10.5	42.1	26.3	21.1	100.0

d) Domínio Cognitivo atributo Sensibilização/ Consciência cultural

Atributo Sensibilização/ Consciência cultural	Círculos de Cultura
Resgate histórico pessoal e familiar. Emergem as dificuldades financeiras e educacional	<p>- A gente era muito pobre, não tinha muita oportunidade de estudo. Eu mesmo só consegui me formar com cinquenta anos de idade, porque com vinte e dois anos eu só tinha o ensino fundamental e vim morar em Belém pra terminar os meus estudos. (Guarani)</p> <p>- E uma coisa que a gente aprendeu muito foi viver na pobreza, pobreza mesmo, e a minha família passou fome, eu e junto com a minha família passamos fome mesmo, eu não tenho vergonha de falar. Aprendi que é dentro dos problemas que nascem as soluções. (Atikun)</p> <p>- E eu agradeço a Deus a oportunidade que eu tive e estou tendo hoje, eu vim de uma família carente de pai e de mãe, de uma família pobre e devido a sérias situações passamos fome também, e as vezes é como as pessoas falam “vender o almoço pra comprar a janta” [risos]. E nós somos muitas vezes obrigados, por conta das situações de terras e muitas vezes nós somos obrigados a trabalhar pra terceiros pra termos o pão de cada dia na mesa, e até hoje nós não temos e nós estamos na luta pra conseguir nossa terra. Mas apesar de todas as dificuldades foram momentos bons, que aprendi a ter caráter e respeito pelo outro, de valorizar os mais velhos, porque na época eu lembro que a gente sentava em rodas de conversas e meu avô, meus tios contavam histórias na noite de luar e não tinha energia e a gente era feliz, mesmo com toda a dificuldade era feliz. (Karajá, indígena)</p>
Resgate histórico pessoal e familiar. Emerge a valorização da ancestralidade europeia	<p>- Os meus bisavôs paternos vieram na Catalunha na Espanha, eles vieram depois de uma guerra que teve pra lá. A minha bisavó era espanhola veio pra cá com a família e meu bisavô paterno era órfão. E meu bisavô materno era português e se casou com uma negra africana [...] Minha família ainda tinha muita prata da época áurea europeia, mas teve que vender tudo numa crise que passaram. (Tembé)</p> <p>- Meu avô é de origem europeia, ele tinha o rosto bem fino e a pele bem branquinha. (Waiãpi)</p> <p>- A minha avó era branca de olho azul, não era loira tinha cabelo bem pretinho, mas era bem branca do olho azul. Ela veio da Hungria, refugiada da primeira guerra mundial, perdeu os pais, a casa dela foi bombardeada, e ela conseguiu fugir num navio e veio para o Brasil. (Amanayé)</p>
Conhecimento indígena da sua origem	<p>- Os indígenas sempre conhecem bem os seus antepassados, acho que é porque eles ainda têm contato um com o outro. Muitas vezes o bisavô ainda tá vivo e eles ainda têm contato. (Parakanã)</p> <p>- Mas também pode ser porque eles conversam muito entre eles. (WaiWai)</p>

	<p>- Eu acho que é porque a oralidade pro indígena é muito importante. E pra gente é o contrário, a palavra já não vale mais muita coisa, porque o que vale é o que está escrito. (Gavião)</p>
Influência das crenças pessoais relacionadas à religiosidade	<p>- Quem é católico tem o hábito de sair de casa e se benzer, quando chegar no trabalho se benzer. E assim que eu comecei a trabalhar na saúde indígena eu tinha esse hábito de chegar em frente à CASAI e me benzer. E uma vez uma indígena me abordou “A senhora está se benzendo por quê? O quem tem aqui dentro que é muito ruim pra senhora, pra senhora estar se benzendo antes de entrar?” eu fiquei...[cara de surpresa]. Tanto que hoje eu não me benzo quando eu chego na CASAI mais, [risos]. Eu fiquei meio que chocada com aquela situação e tão constrangida (...) [risos]. Na cabeça dele acho que aquilo era assim “Me livre desse mal” [risos]. (Suruí)</p> <p>- Eu nasci na igreja evangélica e o primeiro impacto é com o que aconteceu com uma paciente que ela incorporou uma outra indígena. Na nossa cultura evangélica a gente já imagina uma outra situação, uma possessão uma coisa desse tipo. E quando eu me deparei com aquilo eu já me senti estranha, eu até falei pra Arapium e disse “Eu sempre trago um óleo ungido”, porque ela acredita no mesmo que eu. Então, ali você se depara com um conflito de culturas mesmo, é diferente de tudo que a gente acredita e tem fé, enfim né. Eu não acredito no que estava acontecendo ali, é pessoal né, mas eles acreditavam (...)Eu não acreditei ou melhor eu não acredito na verdade, que uma outra pessoa que já morreu possa entrar num corpo de pessoa que está viva, isso aí eu não acredito! (...) Eu não sei, mas acredito que seja pela minha convivência na igreja, eu acho que é isso. E por ser tudo que eu aprendi desde que eu nasci, entendeu?! Então, eu não acredito nisso! (Amanaiyé)</p>
Reconhecendo preconceitos	<p>- Assim eu procuro fazer um exercício diário, porque a gente faz sem se perceber, porque a gente foi acostumado a fazer...O meu avô era super preconceituoso, negro pra ele não chegava perto dele, então convivendo com isso, eu não gostava da forma que ele falava. E hoje eu procuro mudar isso, hoje eu tenho essa consciência e de passar pra minha filha o que eu tento fazer no dia-a-dia que é esse policiamento diário e repensar nas coisas que eu faço e de pensar nesse preconceito que as vezes é tão enraizado que a gente nem se percebe. (Tiriyó)</p> <p>- Eu acho que é difícil não ter preconceito. Essa questão é igual assim como a questão do homossexualismo, pra mim eu não tenho preconceito, mas só o fato de não querer um filho ou alguém próximo a mim ser, eu acho que isso é um tipo de preconceito, então eu acho que eu tenho, mas não exteriorizo, mas isso aí me atrapalha. Acaba que tem conflito as vezes para atuar naquele momento. Eu acho que só aquela ação [pequena pausa] você diz que não tem preconceito, mas quando aquela pessoa vai e bebe num copo, e só de você não beber no mesmo copo é um tipo de preconceito. (Gavião)</p> <p>- Isso porque em algum momento da nossa vida, foi incutido na nossa cabeça aquela imagem do índio genérico, então quem não se enquadra nessa imagem do índio, nu pintado o tempo todo, moreno, parece que não é índio de verdade. (Timbira)</p> <p>- Mas a gente faz visita, mas o problema deles é que eles estão muito urbanos. A gente vê [que]eles saem de manhã e só chegam à noite, e agora [se] você quiser ver é só ir lá no shopping, eles estão todos lá! (Gavião)</p> <p>- A gente pensa “Ah eu não tenho [preconceito]”, mas no fundo no fundo a gente tem sim. Como ela falou, sem perceber a gente pensou, ou fez uma brincadeira de mal gosto, e diz “Ah eu não sou preconceituosa”, mas no fundo, no fundo sem querer tem aquilo sim. (Arapium)</p> <p>- Antes até que eu tinha, mas hoje de um tempo pra cá [pequena pausa]. Pra mim são todos iguais índio, branco, preto, eu trato todos de forma igual. (WaiWai)</p>

Este atributo sensibilização/consciência cultural foi avaliado também pelos participantes por meio do instrumento de autoavaliação e é apresentado na Tabela 6.

Tabela 6 – Domínio cognitivo, atributo sensibilização cultural, das competências culturais de enfermeiras(os) que atuam na CASAI Icoaraci, CASAI e Polo Paragominas e Marabá, DSEI Guatoc, 2018.

Sensibilização Cultural	Nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Total
Faço um autoexame sobre meus próprios antecedentes culturais	5	7	4	3	19
%	26.3	36.8	21.1	15.8	100.0
Considero as diferenças culturais expressas nos modos de viver e nos processos saúde/doença/cuidado	3	4	7	5	19
%	15.8	21.1	36.8	26.3	100.0
Coloco-me no lugar do outro	0	5	9	5	19
%	0.0	26.3	47.4	26.3	100.0
Aceito as diferentes perspectivas de saúde, doença e cuidado, sejam elas indígenas, de cada paciente ou da biomedicina	0	10	5	4	19
%	0.0	52.6	26.3	21.1	100.0
Reconheço os riscos de imposições culturais	4	6	5	4	19
%	21.1	31.6	26.3	21.1	100.0

e) Domínio Comportamento/Prática/Habilidades e os atributos Habilidade Cultural e Encontros culturais

As imagens do *Photovoice* mostram como se dá o processo de trabalho de enfermeiras(os) na saúde indígena nas CASAIs e aldeias. Possibilitou a captação do olhar dos participantes sobre seu cotidiano, os registros sobre suas prioridades no trabalho, necessidades das comunidades onde trabalham, o que permitiu um diálogo crítico e reflexivo sobre a realidade do trabalho de enfermeiras(os) na saúde indígena.

Imagem 4: Trabalhos coletivos, atividade de educação em saúde com uso de audiovisual e teatro, construção de uma brinquedoteca pelos participantes.

Fonte: Própria, 2018.

Imagem 5: O trabalho nas dependências da CASAI e fora dela, como visitas a indígenas em hospitais e UPA's, respectivamente.

Fonte: Própria, 2018.

Imagem 6: Atividades de enfermeira(o) nas aldeias e suas prioridades aos programas do MS, especialmente o de crescimento e desenvolvimento de crianças e a companhia de vacinação, respectivamente.

Fonte: Própria, 2018.

Atributo Habilidade cultural	Círculos de Cultura	Matriz Fofa
<p>Processo de trabalho na saúde indígena</p>	<p>- <i>Todo dia é assim “Eu preciso ver aquela grávida, eu preciso passar a visita”, e tem horário e tem isso, e tem um monte de coisas, resolver um problema sobre uma família que não pode ficar no mesmo quarto que a outra, é índio batendo na porta, é burocracia, entendeu?! E na visita com aquela atenção que deveria acontecer, não acontece e o intercultural fica de lado. (Gavião)</i></p> <p>- <i>É que quando chega na CASAI é porque já está doente. É quando ele chega lá ele quer que resolva a doença. (Wai Wai)</i></p> <p>- <i>Não, eu falo por mim. A gente acaba que colocando a nossa biomedicina e em alguns momentos a gente explora, mas bem pouco. É bem pouco mesmo, porque a gente está focado é na doença. (Suruí)</i></p> <p>- <i>São Domingos mesmo, recebe o incentivo, IAEPI, e não queria atender o índio e nós entramos aqui no DATASUS, e tinha 5 anos que eles recebiam o incentivo e nós levamos tudinho pro prefeito e secretário de saúde e fomos lá e dissemos “O seu município recebe sim, cadê esse dinheiro? O que o senhor fez com ele?”. E no dia que a gente foi ele achava que a gente era do PAC e teve até café da manhã pra gente[risos], mas quando a Karajá abriu a reunião falando que era da saúde indígena [risos], o prefeito deu um jeito de sair e largou a secretária lá e ela [Karajá] falou “Mas você não</i></p>	<p>- Identificado com ameaças à interrupção do atendimento de enfermagem e ter que lidar com os conflitos familiares indígenas.</p> <p>-Identificado como oportunidades os avanços na Política de saúde indígena como o IAEPI (Incentivo para Atenção</p>

	<p>vai nos atender?”, e ele “Não nós não temos índio aqui, o nosso município não vai atender índio aqui”, e aí ela falou “O senhor vai atender sim, porque o senhor tem o recurso e está caindo todo mês no seu município e o que o senhor está fazendo com o recurso?”. Então é assim, na hora de receber o dinheiro eles querem, e pro PAC ele fez café da manhã. E era só porque ele desconhecia as siglas LAEPI, eu não sei se eles disseram que era da FUNASA, eu só sei que ele achava que era o PAC. [risos]. Então é terrível!. E eu só sei que até hoje eles recebem esse dinheiro e mesmo depois da reunião a gente consegue mais coisas pelo município de São Geraldo que não recebe esse dinheiro que por São Domingos que recebe o dinheiro. (Zoé)</p> <p>- É porque aqui a gente conhece um monte de gente nos serviços e conhece de tudo, e aí a gente acaba conseguindo mais coisas com essas amizades extras que oficialmente. (Yanomami)</p> <p>- Lá fora a gente tem que contar com a rede amiga, porque tem muito preconceito com indígena lá fora (...). (Anambé)</p> <p>- Aqui mesmo nós temos uma meta de 200 crianças pra vacinar e ainda faltam 32 crianças. E está uma loucura na nossa cabeça, porque a gente tem que correr atrás delas, e estão por aí rodando. E é a gente que fica atrás correndo pra lá e pra cá, e se fosse pago, assim a gente sabe que é pago, mas eu digo assim se eles [os indígenas] tivessem que tirar direto do bolso “A gente precisaria estar correndo atrás, entendeu?! Porque a gente precisa alcançar a meta”. (Parakanã)</p> <p>- E o que a acontece é que a vacina, às vezes eu faço no final de semana, porque na semana tem a programação da CASAI pra levar os pacientes pra lá, e aí fica muito difícil. (Arapium)</p> <p>- Então na parte da manhã eu não conseguia atender nenhum paciente porque eu tinha que resolver as questões da programação de paciente, você se preocupa com o paciente que está lá, qual vai voltar, o carro, se tem combustível, e depois o paciente diz que não vai mais e você tem que colocar outro no lugar e até você resolver tudo isso já é meio dia. E aí quando finaliza a programação que já saiu o carro e aí é que você consegue fazer as questões de saúde e das consultas. (Arapium)</p> <p>- Tem a meta de que você tem que atingir 80% das mulheres, e tu entra pra área pra coletar e não dá porque está na época de festas e não coleta, e aí quando você vai orientar o preparo “Não pode ter relação sexual três dias antes e tudo isso”, e o marido quer namorar toda noite e aí? E tem situações que não dependem só da formação que a gente tem, depende do que tem lá em loco, e da aceitação que elas têm de você e do momento da comunidade. (Yanomami)</p> <p>- Quando vem RT ele só quer saber que tal aldeia não alcançou a taxa tal, e não sabe se a colega que foi pra lá tem uma empatia legal e consegue conviver bem com eles, se ela consegue trabalhar ali com eles na naquele momento, às vezes isso não é levado em consideração, o que é levado em consideração que você não conseguiu coletar o número de PCCU que tinha que coletar, que você não conseguiu atingir a meta vacinal, então assim pro índio você é um enfermeiro maravilhoso, você se identifica com ele, você consegue trabalhar com eles e tem uma boa relação com eles e você</p>	<p>Especializada aos Povos Indígenas) e as parcerias interinstitucionais chamada de “rede amiga” com o ministério público, hospitais, UBSs, UPASs etc.</p> <p>-Identificado como ameaça o preconceito externo, na rede de atenção a saúde, o SUS e na rede de atenção privada.</p> <p>- Identificado como ameaça o próprio indígena e seu</p>
--	--	---

	<p><i>é uma enfermeira muito boa, mas pros gestores você não é uma boa enfermeira. (Karajá)</i></p> <p><i>- Quando cheguei aqui eu achava que ia ajudar o índio a fazer uma horta e eu ia fazer tudo aquilo que eu tinha feito na Estratégia saúde da família lá no Paraná. Eu achava que ia trazer tudo isso pro indígena, que eu ia ensinar, eu ia fazer muita coisa. E quando eu cheguei lá, eu percebi que eu tinha que ficar era quietinha, que eu tinha que aprender a ouvir e as pessoas falavam “Calma, calma, deixa eles falarem”, e eu tinha resposta pra tudo, e era agoniada e essa dizia pra mim “Calma, calma, deixa eles falarem”, então eu mesma estava cheia de coisas e aí eu vi que eu estava vazia de tudo e fui acalmando e fui aprendendo a caminhar e a cada dia aprendendo. Pro que eu cheguei hoje está uns 30% aí que dá pra contribuir bacana. (Amanayé)</i></p> <p><i>- E eu te falo, por mim, nada e nenhum dinheiro vai pagar a minha integridade física e a minha sanidade mental. Então se eu tiver na aldeia e ele quiser que eu tire e se ele quiser ir em cima do carro pra cidade, eu vou dizer “vá!”. Porque eu não vou lá dentro da aldeia discutir com indígena nenhum, então isso vai ser mantido, porque é garantido pra eles lá em cima [gestão e liderança indígena]. Então nada vale a minha integridade física e a minha sanidade mental, e isso ainda vai continuar acontecendo, inclusive a alimentação desse circo. (Arapium)</i></p> <p><i>- Já teve muitas situações que me deixaram sozinha e eu resolvi. Tiveram situações que tive que tomar decisões, como num caso de um tumor nas meninges que o cirurgião estava esperando a criança chegar e não tinha carro, não tinha nada. Eu corri pra todos os lados, mas nada, e eu peguei e levei numa caminhonete. Eu fiz não pra eu me sentir superior, mas pra salvar a vida da criança. E a técnica disse que eu era louca, mas se eu não tivesse trazido ela pra cidade ela iria morrer. (Timbira)</i></p> <p><i>- Na graduação nos ensinaram que nós deveríamos ser enfermeiros, mas dentro da aldeia nós temos que ser médico. Dentro das aldeias nós somos tudo, médico, assistente social, pajé, psicólogo! (Munduruku)</i></p> <p><i>- Nós somos enfermeiros, mas nós somos médicos, psicólogos, assistentes sociais e tudo junto e multiprofissional, polivalente, enfim. (Anambé)</i></p>	<p>modo de reagir às injustiças enfrentadas (o que gera conflito dos enfermeiros com as lideranças, agressividade indígena que gera desrespeito e agressão psicológica com o profissional).</p>
Comunicação com o DSEI	<p><i>- O que falta, é uma comunicação melhor da Diase, não só a cobrança, porque cobrar eles sabem bem. Mas uma comunicação mais verdadeira, mais transparente, porque as pessoas que estão lá na gestão não vêm aqui e conversam com a gente pra explicar as coisas, tipo falar que não tem verba pra isso ou aquilo, explicar que os cursos que têm são só esses por enquanto, mas precisa explicar porque não tem insumo, porque não tem capacitação. (Tembé)</i></p> <p><i>- Falta de comunicação da gestão central do DSEI com a gente, existe a cobrança da Diase, eu quero isso, aquilo, eu quero saber daquilo, eu quero, eu quero, eu quero, mas não temos condições de oferecer tudo isso, e não dá outro tipo de “feedback”. A(o) coordenadora(r) sempre pede “Encaminhem documento pro Diase sobre tal situação”, eu encaminho, mas eu nunca recebi nenhuma devolutiva. (Kaapó)</i></p>	<p>-Identificado com uma fraqueza as dificuldades de comunicação com do DSEI.</p>

	<p>- Eles realmente não têm o mesmo entendimento (...) por mais que o contato dele seja maior não dá pra fazer uma assistência pra eles como com um não indígena. Mesmo os que mais tempo de contato, a gente percebe que tem dificuldades. (Gavião)</p> <p>- A gente tem que mandar uma planilha de CD* sendo que a gente já faz uma produção de CD, então não tem necessidade de entregar novamente esses dados. E a gente faz no SIASI também está tudo lá! A gente faz o mesmo trabalho duas ou três vezes. Cada programa cobra informações fora do sistema. A gente não entende, por que isso?! (Parakanã)</p> <p>CD= Programa de Crescimento e Desenvolvimento infantil</p>	
Atributo Encontro Cultural	Círculos de Cultura	Matriz FOFA
Comunicação verbal com o indígena	<p>- As vezes ele só vai reproduzir o que o branco diz, mas que nem ele entende o que diz [risos de todos]. (Waiãpi)</p> <p>- As vezes tem um parente que ajuda na comunicação. A gente tem uma técnica aqui que já trabalha na saúde indígena há mais de trinta anos e ela que nos salva a maioria das vezes, mas nem sempre porque aqui a gente recebe muitos povos diferentes, e tem língua que ela não sabe, aí tem que usar outra estratégia. (Assurini)</p> <p>- Eu não entendia o que eles falavam, não entendia o que eles queriam e quando terminava o meu serviço eu ia pra lá, sentava no chão com eles, e tudo que eles falavam eu anotava, o que é isso, o que é aquilo, e eu tinha um caderno e dentro de um mês eu já falava muitas coisas, e já sabia como lidar com algumas coisas. (Tembé)</p> <p>- A estratégia que eu utilizo no meu trabalho é a comunicação, uma linguagem acessível e a escuta. É, você precisa saber escutar o que ele tem pra dizer, não o interromper. E eu acho que a comunicação envolvendo a linguagem é fundamental, dentro da saúde indígena, é você ter uma fala adequada de acordo com a realidade do indígena, mas escutar, deixá-lo falar pode fazer a diferença. (Atikun)</p> <p>- Porque eles não têm a linguagem técnica pra conhecer, o público geral não tem, mas a população brasileira em geral tem uma maior facilidade, eles escutam mais ou convivem mais com alguns termos que um indígena, e o indígena não tem! Eu não falo com eles assim: “já fez xixi?” Primeiro que xixi, na língua dos Waiãpi, é mamar. Eu falo já mijou? E gesticulo, se for homem eu faço como se fosse um pinto, eles riem, mas eles entendem. E seja franco, explique pra eles, mas sem mentira, eles não suportam mentira. (Yanomami)</p> <p>- Ele só ouve e a gente só fala. A gente só fala, só impõe. E na verdade a gente só ouve, mas não escuta. A gente não pergunta pra ele, a gente vai e impõe o que a gente sabe e já fala o tratamento e pronto. E a gente ainda fala assim, toma isso que se tu não tomar tu vás morrer. (Assurini)</p> <p>- A gente tem que ter a garantia dessa comunicação que às vezes a gente acha que se comunicou, mas não ficou claro. Às vezes, só porque ele balançou a cabeça acha que ele entendeu, mas na verdade não entendeu nada! Então arranjar um jeito de ter esse retorno e ver se estabeleceu mesmo uma comunicação. Além disso, tem que valorizar essa comunicação e o conhecimento do outro... [pequena pausa] e na responsabilização das decisões [pequena pausa] entre outras questões. Mas eu penso que é importante isso,</p>	-Identificado como uma fraqueza as dificuldades de comunicação com o indígena.

	<i>da gente estabelecer essa comunicação, e responsabilizar todas as partes envolvidas para que seja de fato implementada uma conduta, seja ela terapêutica ou de cuidados de uma forma geral. (Assurini)</i>	
Comunicação não verbal com o indígena	<i>- Eu tenho uma metodologia, uma estratégia, eu desenho. Eu pego um papel e uma caneta e desenho. E no desenho muitas vezes eles conseguem compreender. (Waiãpi)</i> <i>- As “meniras” [mulher em Kayapó] gostam de falar muito alto, é o tom delas normal, mas é um tom bem elevado. Quando eu cheguei eu estranhei muito, mas depois eu fui me acostumando. E você tem que aprender essas coisas também. (Kaapó)</i> <i>-Eles [indígenas] chegavam aqui e começavam a chorar. E no começo eu ficava querendo saber o que estava acontecendo, mas depois entendi que é um ritual deles que quando eles estão aqui e chega alguém de viagem eles choram de alegria. (Guarani)</i>	

O atributo Habilidade Cultural foi avaliado também pelos participantes por meio do instrumento de autoavaliação e é apresentado na Tabela 7.

Tabela 7 – Atributo habilidades, do domínio comportamental, das competências culturais de enfermeiras(os) que atuam na CASAI Icoaraci, CASAI e Polo Paragominas e Marabá, DSEI Guatoc, 2018.

Habilidades Culturais	Nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Total
Conheço a classificação dos indígenas das doenças (nomes, categorias, causas atribuídas)	4	9	6	0	19
%	21.1	47.4	31.6	0.0	100.0
Compreendo os problemas que surgem pelo uso do português para me comunicar com os indígenas em vez de usar a sua língua materna	0	7	7	5	19
%	0.0	36.8	36.8	26.3	100.0
Utilizo a comunicação verbal e não verbal com os indígenas	0	4	7	8	19
%	0.0	21.1	36.8	42.1	100.0
Reconheço as soluções dos indígenas para manter/recuperar a saúde do indígena	2	4	11	2	19
%	10.5	21.1	57.9	10.5	100.0
Reconheço práticas dos indígenas que considero: úteis ou que facilitam o processo saúde-doença	2	6	7	4	19
%	10.5	31.6	36.8	21.1	100.0
Reconheço práticas dos indígenas que considero arriscadas ao processo saúde-doença	0	8	9	2	19
%	0.0	42.1	47.4	10.5	100.0
Analiso a incidência e prevalências de doenças entre indígenas (a sua possível relação com os determinantes sociais) a partir dos sistemas de informações de saúde	0	10	7	2	19
%	0.0	52.6	36.8	10.5	100.0

Analiso a incidência e prevalência de doenças entre indígenas a partir dos seus modelos de explicação e cosmologia	6	9	4	0	19
%	31.6	47.4	21.1	0.0	100.0
Conheço a eficácia de tratamentos tradicionais desenvolvidos pelos indígenas	3	7	7	2	19
%	15.8	36.8	36.8	10.5	100.0

6.3.2 Fase de tematização

Aqui são apresentados o domínio comportamental com o atributo encontro cultural, em que são reveladas as condições de trabalho das(os) participantes nas CASAIs e nas aldeias; o domínio cognitivo com o atributo conhecimento cultural, em que são revelados aspectos que caracterizam uma interculturalidade funcional, a metáfora do “despir-se” para descrever a atuação na saúde indígena, além das reflexões que demonstram uma mobilização de criticidade.

f) Domínio Comportamental atributo Encontro Cultural

As imagens do *Photovoice* revelam as condições de trabalho em que se dá o encontro cultural das(os) enfermeiras na saúde indígena.

Imagem 7: Condições de trabalho precárias para a(o) enfermeira(o) e indígenas, nas CASAIs e aldeias, respectivamente.

Fonte: Própria, 2018.

Imagem 8: Viajar em embarcações com muito material de trabalho, combustível e nenhum colete salva-vidas.

Fonte: Própria, 2018.

Imagem 9: Águas e floresta entre perigos e encantos da Amazônia e as dificuldades nas condições de acesso às aldeias.

Fonte: Própria, 2018.

Atributo Encontro cultural	Círculos de Cultura	Matriz Fofa
Condições de trabalho	<p>- E a falta de material adequado às vezes pra um curativo simples, precisa ir lá na UPA ou na sala de parto pedir material e trazer escondido, às vezes um bisturi, uma atadura, uma compressa e isso é desgaste e está indo pedir escondido, né, é a tal da rede amiga. (Tiriyó)</p> <p>- Quando eu estava fazendo uma visita a gente só viu uma fumaça e o motor parou quando a gente estava no meio do rio; e a gente deu uma volta pra margem mais próxima; e eu fiquei lá o dia todo pra conseguir uma carona, só consegui voltar pra aldeia no barco da educação. (Arapium)</p> <p>- A falta de comunicação que a gente fica, porque tem algumas aldeias que não pega nem rádio; então fica muito difícil a comunicação. E aqui outro problema nosso, dos enfermeiros, é a falta de computador aqui no Polo, e a produção acaba atrasando, porque a gente disputa o computador com a farmacêutica, com o técnico de segurança do trabalho, com a técnica do SIASI, com todo mundo. (Parakanã)</p> <p>-A gente tem que ficar no telefone 24 horas, independente se você estar no trabalho ou não; mas você tem que dar conta e aí se a equipe não funcionou bem em área a culpa é sua, faltou o médico, o combustível, o carro quebrou tu tens que dar um jeito, o motor está lá quebrado ou pegou fogo, as pessoas chegam e olha “O índio está cobrando isso”. O DSEI também quer meta que tem que cumprir e resolver de alguma forma e agora com a internet, é muita cobrança, muita, muita, muita cobrança. E se a gente não tem um equilíbrio pra trabalhar acaba entrando em conflito até com a própria equipe, e às vezes eu quero saber da CASAI alguma coisa e eles dizem: não isso é você que tem que saber, e tem hora que você diz “Meu deus,</p>	<p>-Identificado como ameaças a precarização do trabalho/serviço de saúde indígena (instabilidade profissional, indicação política, terceirização da saúde indígena)</p>

	<p>fiquei 4 anos pagando integral numa faculdade de seis horas à meia noite e eu vinha pra casa tomava um banho, dormia até duas da manhã e pegava um monte de café e nos livros até 6 horas da manhã nos livros, pra depois sair de novo pra faculdade... ” E de repente eu estou vivendo tudo isso de novo, parece que eu estou vivendo tudo isso de novo?! Mas de uma forma muito mais angustiante, tá difícil...mas aí eu falo não mas se Deus quiser é só esse mês e eu vou chutar o balde, mas aí dá uma aliviada e vamos novamente. (Anambé)</p> <p>- A gente se forma e quer dá uma condição melhor pra nossa família, pros nossos filhos e infelizmente não é todo emprego que dá essa condição, porque aqui a gente tem as dificuldades, mas é onde pagam melhor. (Munduruku)</p> <p>- Eu já estive em situações que tive que tomar decisões difíceis, como num caso de um tumor nas meninges que o cirurgião estava esperando a criança chegar e não tinha carro não tinha nada. Eu corri pra todos os lados, mas nada, e eu peguei e levei numa caminhonete. Eu fiz não pra eu me senti superior, mas pra salvar a vida da criança. E a técnica disse que eu era louca, mas eu não tivesse trazido pra cá ela iria morrer. (Timbira)</p>	
--	--	--

g) Domínio Cognitivo atributo Conhecimento Cultural

Atributo Conhecimento cultural	Círculos de cultura	Matriz FOFA
Interculturalidade Funcional	<p>- É que aqui eles são muito difíceis, porque eles chegam lá e dizem “Ah eu já estou com essa diarreia há uma semana”. E eu digo “E porque não viestes antes?”, ele diz “Não, é que eu estava fazendo remédio caseiro, mas aí não deu certo e eu vim aqui”. (Parakanã)</p> <p>- A gente faz, a gente procura logo saber o que causou, a gente pergunta logo se ele comeu muita farinha ou comeu muita pimenta? Porque como a gente sabe que a alimentação deles é assim, e aí geralmente é o que causa porque eles tomam muito chibé. (Anambé)</p> <p>- A gente chega nas aldeias e já é no automático, a gente fala se deita aqui, deixa eu baixar aqui. [risos] (Tiriyó)</p> <p>- A gente aceita, manda, pede até que eles compreendem que as vezes não dá pra ir pela manhã [para o pai de santo], mas pode mandar ir à tarde. Mesmo sabendo e de acordo com a nossa cultura, não ele não é Pajé, na nossa ele é só um rezador, tipo de umbanda, porque a gente imagina naquela visão romântica de ser aquela pessoa que está ali na aldeia e que usa ervas e banhos, mas aqui é mais a reza mesmo, e o pajé seria mais uma coisa mais natural para eles tomarem. (Tiriyó)</p> <p>- Teve um caso de um paciente que teve um derrame facial e a gente queria marcar a consulta com o neurologista, mas ele disse que não, que aquilo ali era espiritual, que ela iria no Pajé. E a gente conversou com ele, marcou a data pra consulta e na semana que era pra ele voltar ele disse que ia fazer o tratamento lá com o Pajé e melhorou, só depois que ele chegou a gente conseguiu encaminhar ele pro neurologista. (Timbira)</p> <p>- A gente estava com uma paciente no CTI grave e o pajé veio lá de longe, e o pajé fez a pajelança lá dentro da Santa Casa. Foram dois dias tentando, não foi fácil. Esse “deixaram” carece explicar que foi uma luta, um desgaste da equipe. Mas é o nosso papel, o</p>	-Identificado como a ameaça a urbanização dos povos indígenas.

	<p>papel da equipe enquanto profissional da indígena é esse brigar mesmo pelos direitos. E assim a gente tem conseguido. E a paciente melhorou, e está aí contando a história. (Kaapó)</p> <p>- A gente acaba negociando, “Você vai fazer o caseiro, mas não vamos deixar de tomar essa medicação”. (Gavião)</p> <p>- É porque quando a gente estava lá elas reclamavam que aumenta muito o apetite e que elas nem sempre têm o que comer [recusa das indígenas em usar o Sulfato Ferroso]. E elas acabam passando muita fome, porque lá a condição social é muito complicada. (Munduruku)</p> <p>- Outra coisa que eles não aceitam é dar banho quando a criança está com febre. Os Kayapós não aceitam isso de dar banho pra passar a febre.</p> <p>Gavião: É eles não aceitam quando tá com febre e resfriado. (WaiWai)</p> <p>- É, mas essa questão aí tem muito não indígena que também não aceita. Eu trabalhei na emergência e eles não aceitam também. (Amanayé)</p> <p>- Xikrin tem muito problema com os odores, algumas medicações que têm o cheiro ruim fazem como que eles não queiram usar. Você dá, você explica, mas eles não querem usar, e aí você tem que usar um similar com menos cheiro. (Tembé)</p> <p>- Sim, verdade, até porque aqui a gente não lida apenas com Tembé, mas também com Timbira, ou Amanaié, mas tem Kaapó, só aí você já percebe que o nosso “currículo” é enriquecido, e assim também você perceber que o Tembé e o Guajajará acabam sendo do mesmo tronco, mas são diferentes, eles têm uma diferença. O Tembé é mais acessível, já o Guajajará é mais quieto, mas quando ele explode sai da frente, ele é mais difícil compreensão, você explica e explica pra ele e ele não. (Amanayé)</p> <p>- Eu sei como encara a morte um Kayapó, um Munduruku, porque eu já tive esse contato. Eu sei quando um Xikrin encara a morte, como eles tratam os mortos deles, eu sei e então eu entendo que aquele vai no carro, e eu já sei orientar da mesma forma eu conduzo o motorista “Pode seguir viagem porque esse não vai ninguém”. E já a gente já tem essa noção e tem uns que não querem nem saber, depois que o defunto está lá, eles não querem nem estar perto dele. A gente sabe que todo aquele preparo que a funerária faz e é bonito, eles vão colocar dentro de uma cova e vão embora. (Guarani)</p> <p>- E tem mais o Xikrin, enterra e deixa tudo do morto lá, deixa lá tudo que era do morto e não pega mais porque eles têm medo. Eu acho lindo o desapareço deles, eles deixam moto, carro, iphone lá na sepultura. Às vezes até funcionário vai lá depois pra pegar tudo. (Waiãpi)</p> <p>- Quando morre um Kayapó eles não querem saber do corpo, e tinha que ir até o município, mas não foi nenhum. Não foi ninguém no carro fúnebre. E a gente perguntou vai enterrar na aldeia? Eles falaram: Na aldeia não! Eles enterram na floresta muito longe onde eles nunca passam. Eles voltam por outro caminho. E são coisas muito diferentes e ao mesmo tempo deslumbrantes. E os Arara enterra dentro de casa! Os Wai-wai enterram perto de casa, são coisas muito diferentes. (Yanomami)</p> <p>- Ontem uma índia foi lá pra tomar o Anticoncepcional e elas tomam injetável de 3 em 3 meses, e eu falei que ia perguntar pra</p>	
--	---	--

	<p><i>técnica quando ela tomou, e ela me disse que tinha mais de ano que não havia tomado. Então eu expliquei que a gente precisava fazer o exame para saber se ela não estava grávida pra só depois a gente fazer a medicação. E ela disse que não estava e foi bem enfática. Mas eu expliquei que a gente precisava fazer porque se não, se ela estivesse grávida o bebê dela poderia nascer doente, e ela saiu e voltou com o marido. Eu explicando, quando ela saiu, ele veio e falou baixinho, que ela não estava grávida porque eles não estavam namorando já tinha mais de um ano. E então eu falei para que tu vá dar injeção para ela, e ele falou “pra ela ir com outro”, menina eu fiquei assim de queixo caído! [Expressão facial de espanto] E eu ainda perguntei por que ele não namorava mais, e ele falou que não subia e ele falando na maior sem rir, sem nada! (Zoé)</i></p> <p><i>- A minha equipe de área, eu tenho dois enfermeiros muito bons, mas hoje mesmo o que me dá muito trabalho são os indígenas, meus AIS, AISAN e meus técnicos, porque, eu sempre falo isso, eles escutam, mas não gostam, eu falo porque como indígena eu tenho a total liberdade de falar porque eu sei que outro RT não tem, que não é indígena. (Indígena)</i></p> <p><i>- Meu desejo seria que meus profissionais indígenas se dedicassem mais ao trabalho, porque os não indígenas trabalham muito bem, mas os indígenas estão deixando muito a desejar. (Indígena)</i></p>	
Despir-se	<p><i>- O nu nos fragiliza, porque não nos deixa a vontade, mas ao mesmo tempo o despir-se é igualar, é deixar todas as pessoas nas mesmas condições. É quando um profissional considera o conhecimento dele maior que do paciente, isso quer dizer que ele não consegue ficar nu na frente do paciente. E no nosso dia a dia a gente tem que despir-se. (Kaapó)</i></p> <p><i>- Despir-se, é muitas vezes como a gente se vê, nu, diante das situações que a gente não consegue resolver e a gente se vê exposta(o) como profissional. (WaiWai)</i></p> <p><i>- É nudez mesmo, porque você precisa se despir, é você se abrir pro outro. É você entender, é ir aberta pra entender uma outra situação. Porque se você sai daqui com tudo que se aprende na faculdade e toda a experiência de vida e ir pra lá e impor isso[...]</i></p> <p><i>Trabalhar na saúde indígena não é dessa forma, é só se ele quiser, só se ele me aceitar naquele dia, se ele não me aceitar eu vou ter que me abrir, me despir das ideias e histórias que eu tenho e tentar entender a realidade dele, a história dele. (Zoé)</i></p>	
Mobilização de criticidade	<p><i>- Como tinha muita malária lá, lá era um Polo base dois, eles me chamaram e disseram que tinham uma indígena doente. E eu pedi pra levar no posto, e ela não queria ir, mas eu não entendia nada, eu achava assim que eles eram preguiçosos, que eles não queriam sair no sol, eu justificava que era pra levar pro posto porque tinha os equipamentos e que seria bem melhor pra fazer o diagnóstico, e não foi só esse, foram vários casos, porque eu não queria sair do posto, tudo bem que era muita gente e só nessa etnia que eu trabalhava eram, teoricamente, 150 indígenas, mas eu atendia mais de 200 casos de malária por dia porque vinha fora e de outras regiões. Então, o trabalho lá era muito duro, das 7 da manhã às 7 da noite. Mas tinham alguns casos que eles insistiam que tinha que ir lá, mas eu dizia pra levar para o posto. E eu fui saber depois quando disseram que se a pessoa sair de casa o</i></p>	

	<p><i>espírito acaba adoecendo mais, e que ele entende que ele está livre e deixa de estar conectado com o espírito da comunidade, e a pessoa adoece mais, e eu não valorizava essas coisas. Assim como os partos, a indígena ia pra dentro da mata ter bebê, e numa dessas eu falava que não podia, que na mata era tudo sujo, perigoso e contaminado. E hoje a gente sabe que o parto natural é melhor parto que tem, mas naquela época eu tinha acabado de sair da faculdade, e também esse entendimento veio depois mesmo. (Yanomami)</i></p> <p><i>- Mas é porque é assim, a enfermeira faz um resgate, um resgate cultural, procura conhecer a cultura deles, só que essa atividade não é valorizada. Se a enfermeira não alcançar as metas de todos os programas ela vai ser chamada atenção. Porque quando vem as cobranças o ministério da saúde não quer saber disso não (competências culturais). (Timbira)</i></p> <p><i>- Até entre a gente tem conflito, agora tu imaginas nós com uma sociedade indígena que tem outra visão e outra linguagem. (Karajá)</i></p>	
--	---	--

Este atributo Conhecimento Cultural foi avaliado também pelos participantes por meio do instrumento de autoavaliação e é apresentado na Tabela 8.

Tabela 8 – Domínio cognitivo, atributo conhecimento cultural, das competências culturais de enfermeiras(os) que atuam na CASAI Icoaraci, CASAI e Polo Paragominas e Marabá, DSEI Guatoc, 2018.

Conhecimento Cultural	Nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Total
Examino as crenças e valores sobre saúde e doença dos indígenas (Espiritualidade, vida, gravidez, nascimento, feitiço, vingança, envelhecimento e morte)	0	8	7	4	19
%	0.0	42.1	36.8	21.1	100.0
Compreendo as normas de convívio social dos indígenas (Tomada de decisão, hierarquias familiares, dos clãs e sociais, gênero, interação com os “brancos” e com outras etnias)	0	6	8	5	19
%	0.0	31.6	42.1	26.3	100.0
Aciono o sistema de cuidados de saúde do indígena	2	8	6	3	19
%	10.5	42.1	31.6	15.8	100.0
Compreendo os costumes alimentares e de bebidas para pessoas saudáveis e doentes entre indígenas	1	5	5	8	19
%	5.3	26.3	26.3	42.1	100.0
Aciono o uso de chás, ervas, unguentos, rezas, cantorias, banhos, desenhos, pinturas, arranhaduras, escarificações e rituais para cura indígenas	3	10	6	0	19
%	15.8	52.6	31.6	0.0	100.0

6.3.3 Fase de problematização

Os resultados aqui aprofundam as questões relacionadas ao atributo encontros culturais no domínio comportamental, revelam conflitos com as práticas indígenas, intolerância, preconceito, imposições de um modelo de saúde, agressividade, pressão, o ser indígena enfermeiras(os), mas também a mobilização de criticidade.

h) Domínio Comportamental atributo Encontros Culturais

Atributo Encontros Culturais	Círculos de Cultura	Matriz FOFA
Na graduação	<p><i>-Eu percebo que na academia, a gente vê o SUS, mas é retirado a parte do subsistema de saúde indígena e aí quando eu cheguei nessa parte do SUS, eu não vi o subsistema em lugar nenhum, e eu questionava. Quando a gente vê a política de atenção básica não vê essa parte de saúde indígena, e eles falam um geralzão como se a população indígena não fosse atendida pelo SUS. E você já sai de lá com esse pensamento, eu nunca vou trabalhar com índio, porque tudo que você tem que aprender lá na faculdade já é direcionado como eu vou trabalhar, pra quem eu vou trabalhar, como eu vou trabalhar, como vou entrar no mercado de trabalho. E pesando na população mais tradicional a gente sai sem saber de nada, seja quilombola, ribeirinha, indígena (..) E lá ninguém ensina a como lidar com as diferenças e dificuldades, mas a convivência, o dia a dia ensina, a experiência de cada um e a força de vontade de fazer é que ajuda. (Karajá)</i></p> <p><i>- A gente tenta adequar os conhecimentos que tínhamos na graduação com a situação que nós nos deparamos aqui. Não falavam na graduação sobre saúde indígena, mas falavam sobre saúde pública, e eu fui adequando o conhecimento pra saúde indígena. (Kaapó)</i></p> <p><i>- E quando eu estava na faculdade quando a gente tinha aquele medo porque o professor falava assim(...) [relatou experiências negativas na saúde indígena], mas que nada, é totalmente diferente você se apaixona e não quer mais sair! [risos] (Zoé)</i></p> <p><i>- Quando eu saí da faculdade eu não tinha nenhuma noção sobre a saúde indígena, não tive nada voltado à saúde indígena pra você trabalhar. E comecei a trabalhar eu senti muita afinidade e comecei a me dedicar, e buscar conhecimentos. (Waiãpi)</i></p> <p><i>- Eu, piorou né, porque eu sou lá do sul, o índio que a gente conhecia era o da cartilha lá [risos]. (Amanayé)</i></p>	<p>- Identificado como fraqueza o pouco ou nenhum preparo para entrar e manter-se na saúde indígena.</p>
Com a diversidade dos povos amazônicos	<p><i>- Eu trabalhei num interior aqui perto que tem um assentamento que tem alguns indígenas desaldeados e lá eu tive contato. (Gavião)</i></p> <p><i>- Eu só tive contato com a população ribeirinha de Breves no Marajó. (Suruí)</i></p>	
Na saúde indígena na metáfora da expressão	<p><i>- Você cai de paraquedas e tem que se virar. (Kaapó)</i></p> <p><i>- Eu tive a experiência de ir pra um local que eu nem conhecia, e eu caí de paraquedas mesmo. (Suruí)</i></p> <p><i>- Porque no meu início na saúde indígena eu caí de paraquedas, todos nós aqui caímos de paraquedas. O que me apresentaram foi olha você vai fazer puericultura, e aquele programa, a meta é essa, é aquele básico. E depois foi, vai e te joga! (Tembé)</i></p>	

“Cair de Paraquedas”	<p>- Quando eu entrei eu fui jogada, não teve treinamento, não teve nada. E na minha opinião falta isso um treinamento, um acolhimento dos profissionais para trabalhar na saúde indígena. (Zoé)</p> <p>- Eu percebo essa dificuldade muito na pessoa que entra pra começar o trabalho. A pessoa que entra, ela entra sem nenhuma bagagem sem nenhum conhecimento prático principalmente. E é muito comum a gente perceber que a equipe não se importa com isso, muitas das vezes, a equipe não colabora. Eu penso que antes da gente entrar na saúde indígena a gente deveria ter um momento desse cultural, para gente entrar com uma bagagem melhor, porque a gente acaba que aprende no nosso dia a dia mesmo. (Guarani)</p> <p>- Porque não tem receita pronta e quando você chega com uma ideia tão romântica da coisa e vê que o negócio é bem diferente. Você cai de paraquedas e tem que se virar. (kaapó)</p>	- Identificado como ameaça o capitalismo selvagem.
----------------------	---	--

O atributo Encontros Culturais foi avaliado também pelos participantes por meio do instrumento de autoavaliação e é apresentado na Tabela 9.

Tabela 9 – Atributo encontro, do domínio comportamental, das competências culturais de enfermeiras(os) que atuam na CASAI Icoaraci, CASAI e Polo Paragominas e Marabá, DSEI Guatoc, 2018.

Encontros Culturais	Nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Total
Estou motivada(o) para trabalhar com indígenas	1	4	10	4	19
%	5.3	21.1	52.6	21.1	100.0
Atuo e interajo socialmente com indígenas fora do horário do trabalho	3	8	4	4	19
%	15.8	42.1	21.1	21.1	100.0
Avalio as necessidades de comunicação	0	6	7	6	19
%	0.0	31.6	36.8	31.6	100.0
Desenvolvo estratégias/ferramentas que facilitam o cuidado de enfermagem ao indígena	2	5	7	4	18
%	10.5	26.3	36.8	21.1	94.7
Negocio cuidados individuais e coletivos considerando eficiência das práticas e crenças dos indígenas	0	6	11	2	19
%	0.0	31.6	57.9	10.5	100.0
Tomo decisões de saúde em conjunto com pajés e/ou parteiras	6	7	4	2	19
%	31.6	36.8	21.1	10.5	100.0
Executo ações de saúde em concordância com pajés e/ou parteiras	6	7	5	1	19
%	31.6	36.8	26.3	5.3	100.0
Tomo decisões em conjunto com o Agente Indígena de Saúde (AIS) e todos os produtores de saúde da comunidade/aldeia	2	8	6	3	19
%	10.5	42.1	31.6	15.8	100.0

Executo ações em concordância com os AISs e todos os produtores de saúde da comunidade/aldeia	2	4	6	7	19
%	10.5	21.1	31.6	36.8	100.0
Considero as informações ou conselhos dos AISs e todos os produtores de saúde da comunidade/aldeia	2	6	6	5	19
%	10.5	31.6	31.6	26.3	100.0
Explico assuntos e respondo as dúvidas dos AISs e todos os produtores de saúde da comunidade/aldeia	0	6	8	2	16
%	0.0	31.6	42.1	10.5	84.2
Mostro procedimentos e supervisiono a prática dos AISs e todos os produtores de saúde da comunidade/aldeia	5	5	7	2	19
%	26.3	26.3	36.8	10.5	100.0
Utilizo a mesma linguagem e vocabulários dos indígenas na interação com eles	2	5	7	5	19
%	10.5	26.3	36.8	26.3	100.0
Executo ações de saúde conforme as preferências dos indígenas	0	8	6	5	19
%	0.0	42.1	31.6	26.3	100.0
Considero o ponto de vista do indígena e sua compreensão da doença e/ou tratamento	3	6	6	4	19
%	15.8	31.6	31.6	21.1	100.0
Converso e procuro informações com a família ou acompanhantes do indígena	0	5	10	4	19
%	0.0	26.3	52.6	21.1	100.0
Considero as informações ou a mediação de outro indígena (nem familiares, nem pajé)	5	6	6	2	19
%	26.3	31.6	31.6	10.5	100.0
Executo ações de saúde com outro indígena (nem familiares, nem pajé)	2	10	6	1	19
%	10.5	52.6	31.6	5.3	100.0
Em momento de frustração com o indígena que estou cuidando, procuro informações ou conselhos para aplicar uma estratégia alternativa	4	7	5	3	19
%	21.1	36.8	26.3	15.8	100.0
Em momento de frustração com o indígena que estou cuidando, aplico uma estratégia diferente	3	8	7	1	19
%	15.8	42.1	36.8	5.3	100.0

i) Nos Encontros Culturais também emergem outras questões

Reflexões sobre	Círculos de Cultura
	- Uma coisa assim que foi um impacto, foi a questão do início da vida sexual que na minha cultura é precoce, mas pra eles não é normal. Uma menina de 12 anos já estava namorando e fazendo coleta de preventivo, já está

<p>Conflitos com as práticas indígenas</p>	<p><i>engravidando, eu senti bastante! Foi assim um impacto na minha vivência, na minha visão isso era uma violência contra aquela criança, mas pro indígena não, menstruou ela já está pronta pra casar e às vezes já está até prometida. Eu ficava na cama “Meu Deus isso está errado. Meu Deus isso não está certo, isso é uma criança”, e olha levou tempo pra aquilo ser absorvido. (Parakanã)</i></p> <p><i>- O infanticídio isso é o pior pra mim! É a pior parte da cultura deles. (Arapium)</i></p> <p><i>- Porque eles podem olhar pra gente e não conseguir entender por que a gente cria uma criança que é totalmente dependente dos pais pra tudo. Eles podem olhar pra gente e dizer “Como cuidar de uma criança dessas que é tão dependente da mãe e do pai? Por que ela precisa sofrer tanto?”. (Gavião)</i></p> <p><i>- Se você observar um parto dos Zoés por exemplo quem já teve essa oportunidade de ver um parto deles, a mulher pare e a criança fica ali no chão por uma hora sem ninguém tocar por uma hora. E pra gente, a criança nasce e já tem que pegar e ter todos os cuidados, aspirar e tudo. (Amanayé:)</i></p> <p><i>- Se a mãe morre no parto a criança tem que ficar lá e morrer porque ela não tem que viver. Se a mãe morrer, a criança também não tem que viver, eles deixam lá. (Suruí)</i></p> <p><i>- É que quando eu estava nos Kayaopó, tinha uma situação que eles tomavam banho de taxi [formiga conhecida por picada muito dolorida]. Eles eram assim, pelo menos quando eu trabalhava lá era assim, primeiro eles tentavam resolver na cultura deles e depois eles iam lá no postinho. E o taxi tinha que morder ele pra tirar aquela infecção, alguma coisa de ruim nele e aí lá eles são assim pelo menos quando eu ia pra lá. Eles faziam o remédio deles do mato e só depois procuravam a gente (...) E aí comigo aconteceu umas duas vezes esse banho de taxi que não tinha resolvido, e aí eu ia lá. (Karajá)</i></p> <p><i>- Eu tenho um relato interessante, na primeira vez que eu fui lá, tinha uma criança com o nariz congestionado, fechado e a gente fazendo nebulização 3 horas da manhã e criança não melhorava, e a mãe foi lá e colocou a boca e sugou o nariz e colocou pra fora, e quando eu olhei aquilo, eu coloquei a mão na cabeça e disse “Meu deus!”, mas eu fiquei na minha, mas no outro dia, ela sabia que eu era novata, e ela chegou e perguntou se eu tinha ficado com nojo dela, ela estava colocando a língua pra colega do lado, e a colega disse que não, que eu era da saúde que eu sabia. E ela disse que ela tinha nojo da gente que coloca boca no homem e chupa a saliva do outro, porque ali era o filho dela, e foi a primeira lição que você pega na cara assim. E aí isso te faz pensar “deixa eu pensar nesse mundo aqui”. (Zoê)</i></p> <p><i>- Nós Xikrin, quando o bebê nasce eles banham o bebê com a água da boca. (Munduruku)</i></p> <p><i>- Na verdade, eles entendem a vida é como um sopro, e que quando nascia lá de parto tradicional, quando o bebê nascia eles assopravam e sugavam o bebê logo que ele nascia, que servia até para aspirar e sugar e eu ficava olhando aquilo, e depois eu fui entender que é aquele sopro que ela está dando a vida. Então essa história de banhar com a água da boca primeiro que a água vem morninha né e isso é bom para o bebê, e segundo que ela está dando vida para ele. Você a vê dando banho de manhã bem cedo e pensa nossa com a água fria, mas quando você vê elas estão dando banho com a água morninha da boca. (Zoê)</i></p> <p><i>- E é as cinco horas da manhã o banho, e lá na minha aldeia eles falam que tem que banhar cedo para crescer e lá é com água gelada. (Karajá)</i></p> <p><i>- A situação da verminose, quando a gente passa que a criança tem que andar de sandália é o nosso conhecimento de que ela tem que andar calçada por causa da verminose, mas pro indígena a criança tem que andar descalça</i></p>
--	---

	<i>porque é pra crescer forte com o pé no chão e resistente. Olha aí o nosso saber e o saber dele? Então vai dar de encontro. (Kaapó)</i>
Intolerância, preconceito e imposição de um modelo de saúde	<p><i>- Esse povo é muito doido, que eles aparecem com alguns sintomas e a gente investiga e vai buscar tudo e eles ficam bons assim de uma hora pra outra, a gente não sabe nem como, e olha que a gente fez vários exames e foram pra especialistas e ninguém descobriu a causa e depois assim... a gente fala “Esse povo é doido; de repente eles parecem com sérios problemas e parece que a gente não sabe nada”, investiga e não acha nada, aparece assim e desaparece assim [estalou os dedos] (Guarani)</i></p> <p><i>- E hoje nós temos três indígenas que trabalham aqui com a gente, um ainda precisa melhorar muito, mas tem duas indígenas que são pessoas que vieram pra somar. E elas não questionam por que não fizemos isso pelo indígena tal. Não elas não tomam a frente pelo indígena, porque aqui antes de você ser indígena ou ser o que for, doutor, você é um trabalhador e você está aqui pra prestar um serviço bem feito e a partir do momento que você se coloca como indígena [pequena pausa], assim você não pode se comportar como cobrador de um serviço que você faz parte. (Waiãpi)</i></p> <p><i>- Então é porque se a gente for sempre com essa desculpa de que eles aprenderam ser assim, as coisas estão evoluindo, eles estão estudando, hoje tem uma escola, eles estão dentro de uma faculdade, eles estão tendo outras oportunidades. O que a gente não pode é aceitar sempre isso, porque eles vão sempre querer fazer isso, mas as coisas estão sempre mudando. (Tiriyó)</i></p>
Agressividade e pressão	<p><i>- As vezes a gente coloca a paciente numa UPA, esperando um leito de UTI, ela está sendo assistida, mas o índio culpa a gente e faz pressão na gente. Ele está sendo agressivo com a gente. (Parakanã)</i></p> <p><i>- É ele mesmo que é agressivo! (Suruí)</i></p> <p><i>- Ele já chega assim! (WaiWai)</i></p> <p><i>- Ele é agressivo porque ele aprendeu a ganhar as coisas assim. (Arapium)</i></p> <p><i>- Isso! Que tem que fazer tudo pra ele do jeito dele. (Gavião)</i></p> <p><i>- Todo o resto, o fato dele sair pra ela fazer as compras dele, antes existia isso! A Funai fazia isso, então ele aprendeu desse jeito, então é difícil dele aceitar. A gente tem que entender que ele viveu durante muito tempo numa fase assistencialista. E querendo ou não a Funai meio que abandonou eles né, hoje qual o único carro que vai pra aldeia?! Da Sesai! Como é que eles saem de lá não tem como sair?! (Amanayé)</i></p> <p><i>- Sim pra mim é ele! Pra mim a culpa é 100% dele! Aqui é pressão diariamente dos indígenas (...) A gente aqui sofre agressão psicológica diariamente [pequena pausa] se ele for da mesma forma que ele é com a gente em qualquer outro seguimento, tipo num banco, na educação. Não é, ele é desse jeito, ele chega lá no banco, e se falarem pra ele o senhor vai ser o último, ele vai ficar quietinho e vai ser o último, você está entendendo? Então não é desse jeito que você está aí falando que é assim e assim por conta do que aconteceu lá atrás, não é. (Waiwai)</i></p>
Indígena Enfermeira(o)	<i>- Eu sou uma indígena profissional. Nessa questão eu vou sempre me enrolar porque eu não sei te responder, porque indígena eu não vou deixar de ser em nenhum momento e também eu não preciso ser tratada no meu trabalho como indígena, mas como profissional. Eu vejo que o protagonismo que eu exerço aqui é de profissional e na minha vida pessoal é de indígena. Se eu puder me apresentar, eu digo eu sou indígena formada em enfermagem e hoje eu estou disponível para vocês. (...) Agora eu na vida, no dia a dia eu não vou me apresentar, eu fui em uma reunião e eu não tenho fenótipo indígena, então ninguém olha pra mim e diz olha ela é indígena, eu chego e me apresento como profissional, e a reunião está lá no calor e quando partem de algum princípio que eu não concordo enquanto profissional e enquanto indígena aí eu levanto, gente apesar de não ter o fenótipo eu sou indígena e eu sei quais</i>

	<p><i>são as dificuldade que um indígena enfrenta porque eu vim de lá e aqui cada etnia tem sua especificidade, mas eu consigo enxergar isso, pra quem mora na roça e não consegue plantar, pra quem já perdeu totalmente a sua cultura e está passando por uma transição, alcoolismo, problemas mentais, um gama de coisas, então quando isso acontece em reunião, aí eu me posiciono porque eu posso falar o meu lado profissional, mas também eu posso trazer meu lado indígena pra falar pra vocês.</i></p> <p><i>- Eu puxo bem a orelha mesmo, tem umas técnicas que falam “Você como indígena você tinha que ficar do meu lado”, eu digo “Como indígena sim, mas como chefe, como responsáveis por vocês não, porque eu sei que está errado”, e digo “Se você errar eu também estou errando porque eu sou responsável por você”, então eu sou bem rígida (...) Eu sei que eu tenho uma liberdade e uma segurança que um não indígena não teria.</i></p> <p><i>- Nós indígenas, a gente já sai da aldeia com o objetivo de trabalhar na saúde indígena e pela saúde indígena, é o objetivo da nossa comunidade, do cacique. O cacique fala: “vocês estão indo, mas o objetivo é pra comunidade”. Esse retorno não diretamente pra dentro da comunidade, mas dentro da saúde indígena, a saúde indígena que a agente pode contribuir, não só digamos a minha aldeia, mas está ajudando outros povos indígenas, outros parentes. Eu dentro do DSEI, a minha comunidade não é assistida ainda dentro do DSEI Guatoc, mas a gente está nessa luta para que ela possa ser inserida futuramente. A gente está tendo oportunidade de travar essa lua e de falar, de cobrar para que o direito do nosso povo seja garantido, na saúde, na educação, na questão territorial. E a gente está com esse compromisso e essa responsabilidade.</i></p>
Mobilização de criticidade	<p><i>- Eu acho que eu antes desse momento eu não tinha pensando especificamente culturalmente, a gente até pensa em ser o melhor para aquela comunidade, de ser competente na saúde indígena, mas não especificamente culturalmente. Eu não tinha essa visão cultural no trabalho, mas que a partir de agora sim, talvez nem o nosso conhecimento científico pode dar conta de tudo na saúde indígena, mas o nosso cultural pode ter um efeito melhor. (Parakanã)</i></p> <p><i>- Sabe essa pós[Pós-graduação pela Unifesp EAD] que a gente está fazendo ela abre muito a nossa mente com relação à cultura, mas nada melhor que a gente sentar e falar sobre o nosso dia-a-dia, ter com quem conversar sobre questões que a gente vive e não dá pra escrever lá, essas questões mais culturais como a gente fez aqui. Porque no dia a dia a gente não entende mesmo, eu chegava e não entendia, eu me livrava logo, porque eu não estava entendendo é nada. (Amanayé)</i></p> <p><i>- Não dá pra dizer que dá pra mudar tudo, mas com certeza essa sementinha já ficou aqui e vou tentar melhorar aos poucos em área, eu vou tentar trabalhar com os técnicos também, porque eles têm essa visão de que é muita pressão e estão muito cansados, mas é aquela coisa vou tentar fazer o que a gente fez aqui, fazer uma reflexão com eles, pra gente tentar fazer diferente, tentar fazer melhor. (Anambé)</i></p> <p><i>- Eu vou tentar conhecer mais a cultura deles, principalmente as questões da medicina tradicional e trabalhar ali nas minhas fraquezas para que elas diminuam. (Waiwai)</i></p> <p><i>- Eu durante a semana vou conseguir escutar mais, trabalhar essas questões de conhecer melhor a cultura deles e não mais aquele atendimento superficial, sabe? Se interessar de saber de fato o que ele pensa. Acho que eu posso fazer diferente. (Waiãpi)</i></p> <p><i>- A gente chegou até aqui com as estratégias, ou seriam as habilidades, ou as competências culturais que a(o) enfermeira(o) precisa desenvolver pra trabalhar na saúde indígena:</i></p>

	<p>- O primeiro de tudo é a gente olhar ele [o indígena] como pessoa. Respeitando as suas peculiaridades, desde as crenças, sua cultura, sua linguagem. É como eu digo, a gente tem que se despir de nós mesmo pra poder entender o outro, se eu tiver uma postura de que só porque eu sou enfermeiro, médico e o que for que eu estou acima e o que ele falar eu pouco vou me importar porque eu que sei. Não, não é assim, nós temos que nos igualar desde a linguagem, temos que nos fazer entender, e eu acredito que assim a gente tem um entendimento melhor entre nós profissionais e com eles. E possivelmente isso vai ser importante por resto, seja tratamento, seja uma atitude que vez indevida aqui, seja qual for a situação a partir dessa visão, dessa atitude a gente pode estabelecer qualquer coisa;</p> <p>- Comunicação acessível, simples e direta com os indígenas, usar uma linguagem acessível e um diálogo franco. Procurar compreender palavras, expressões que facilite a comunicação sobre as questões de saúde e de doenças;</p> <p>- Escutar o que o indígena tem a dizer sem interrompê-lo;</p> <p>- Compreender na vida que o indígena vive e o que ele está passando naquele momento de doença;</p> <p>- Atitude/Gestão compartilhada, tentar resolver, mas saber que você não resolve sozinho, na verdade é gestão compartilhada isso, é sentar e conversar e tomar a decisão com a equipe;</p> <p>- Pesquisar, sobre as culturas, povos e ler sobre a questão indígena. Buscar conhecer também as leis, tudo isso influencia muito pra você desempenhar uma boa atividade dentro do seu trabalho, é o conhecimento na verdade;</p> <p>- Buscar parcerias: Apoio das lideranças, coordenação do DSEI, no Ministério público, quem puder ajudar, ora resolver os problemas. Agora a universidade, os professores que podem fazer atividades com a nossa equipe como essa aqui;</p> <p>- O lúdico e o áudio visual que a gente utiliza muito aqui nas nossas atividades com eles, isso tem trazido pra gente vários pontos positivos que é a participação deles, e é algo bem mais fácil de você transmitir os assuntos abordados, e está trazendo bons resultados pra gente;</p> <p>- Valorização do conhecimento do outro: Procurar entender porque eles fazem determinadas práticas que a gente não entende, mas que deve ter um sentido pra ele, isso envolve também valorizar a comunicação, uma espécie de responsabilização, não sei explicar direito. Envolve valorização de crenças e práticas de cuidado que a gente não tá muito acostumado a fazer. A gente diz que negocia, mas o que a gente viu aqui é que a gente pode tentar entender o que aquele cuidado significa pra ele;</p> <p>- Construir com os indígenas, a partir da ideia deles, eles ensinam a gente, como a gente aprende com eles, quando a gente se disponibiliza a prender.</p> <p>- Atenção aos detalhes e especificidades de cada etnia, cada um é um movimento, cada um deles é uma forma de se apresentar pra você, de falar com você, de entender o que você diz.</p> <p>- Conscientizar o usuário [o indígena] sobre os limites da nossa atuação. Eu não posso tudo, e eu tenho que deixar claro pra eles que a gente não pode tudo, isso faz parte da gerência aqui. “Ah tu vás me conseguir isso, eu quero tu faças aquilo, eu quero um exame tal, um raio-x”, eles chegam desse jeito. E eu preciso falar: calma, quem vai ver isso aí é médico, tu estas indo hoje pra consulta e tu vás dizer pra ele que tudo o que estás sentindo isso, isso, isso, e pergunta saber se tu podes fazer um raio-x, mas quem vai pedir é ele. Índio não gosta de mentira porque ele vem te cobrar depois. E se eu disser, tá bom eu vou dar um jeito, eu vou fazer e vou inventar e tal. A gente tem que ser franco dizer: Não, eu posso ir até aqui contigo, daqui pra lá é o outro, e ele vai entender.</p>
--	---

Fonte: Própria, 2018.

Discussão

7. DISCUSSÃO

O ambiente de diálogo, de escuta e de acolhimento foram essenciais e grande exercício de mediação, pois ao mesmo tempo em que havia necessidade de estar atento à pessoa e à sua fala, há que se resgatar informações da memória, para construir uma linha de raciocínio entre o presente, o que é dito pelos participantes e o que a literatura diz sobre o trabalho da(o) enfermeira(o) na saúde indígena. Fazer a relação entre o que já foi dito em estudos e o dito nos encontros foi para a pesquisadora um grande exercício de mediação e autocontrole para uma professora ainda muito impregnada por uma educação bancária e positivista, para que não houvesse monólogo, discurso ou aula mesmo que dialogada.

Para isso, foi importante que todos estivessem envolvidos e sentissem a valorização do que o outro tinha a dizer, pois esse envolver-se requer que o outro e todos se permitam sair diferentes de como entraram. Foi um exercício de acolher o que vem do outro e como vem, o que significa considerar o que vem do outro tem um potencial de passar a fazer parte de você, e para que isso ocorra é necessária uma base de confiança.

Todavia, a confiança é um grande nó crítico nas relações, especialmente nas relações de trabalho onde há um clima de competitividade. É exatamente neste ponto que a chamada gestão por competências tem um dos seus alicerces, ou seja, na competitividade, uma vez que é usada como o principal motivador para destacar-se e alcançar o reconhecimento profissional.

Contudo, nosso estudo buscou ressignificar esse processo e a confiança precisava ser conquistada à medida que as etapas e os encontros aconteciam, especialmente por envolver gestores locais de CASAI e Polo Base, gestores do DSEI, enfermeiras(os) assistenciais o que gerou falas e comentários iniciais direcionados para inflamar/tensionar situações cotidianas de desacordo com condutas, posturas e ausência de recursos materiais e das condições de trabalho, mas que foram retomadas no momento do desvelamento crítico. Desta forma, fez-se necessário um grande exercício de escuta, análise e esclarecimento das situações internas entre as(os) participantes para que essas questões não interferissem na confiança e na efetiva participação de todos, pois entre as pessoas que socialmente já convivem pode ser ainda mais desconfortável revelar-se.

A proposta foi exatamente de criar um clima acolhedor, em que as pessoas não julgassem em o quanto poderiam perder compartilhando suas aflições e sonhos, mas que se sentissem à vontade para “despir-se”, para usar uma palavra que foi muito citada para descrever o trabalho na saúde indígena, e neste despir-se expor as dores, conflitos, incoerências,

paradoxos e sentimentos que as(os) enfermeiras(os) sentem ao atuar na saúde indígena, haja vista que seriam acolhidos, amparados, mas também questionados.

Acolher as contradições é acolher a humanidade que existe em cada um das(os) participantes, pois reconheceu-se que todos somos contraditórios e estas contradições precisam ser acolhidas e reconhecidas, pois sem um processo de reelaboração não há resignificação e mudança.

Desta forma, propor pensar em competências culturais em uma outra perspectiva foi um grande desafio para todos os envolvidos, uma vez que requereu rever papéis, funções, expectativas e o sentido de qualificação profissional. A experiência buscou promover um estado de inquietação com as leituras da realidade não só dos povos indígenas, mas da(o) enfermeira(o) dentro da área da saúde e da saúde indígena; identificou-se desafios, mas também as possibilidades, buscou-se possíveis caminhos que conduzam à transformação da realidade mesmo diante da real vulnerabilidade profissional e social das(os) participantes. Estas questões foram apresentadas nos resultados deste estudo e agora se segue nas discussões, primeiro do perfil das(os) participantes e depois dos círculos de cultura.

As etapas tentaram promover o surgimento de uma nova percepção e do desenvolvimento de um novo conhecimento, pois depois de olhar para os fatores pessoais e profissionais que influenciavam na assistência à saúde de povos originários e visualizadas as situações-limites nas imagens provenientes da técnica do *Photovoice*, sistematizadas na matriz Fofa e aprofundado o debate após as leituras e aproximação teórico-prática, as(os) participantes compartilhavam suas percepções, analisavam e relacionavam as situações-limites com o desenvolvimento de competências culturais, de forma que remetessem ao universo da atuação das(os) enfermeiras(os) no contexto intercultural e da enfermagem transcultural.

7.1 Do perfil das(os) participantes

Os dados que compõem o perfil das(os) enfermeiras(os) que participaram deste estudo foram coletadas com a finalidade de identificar algumas características que se destacaram durante o estudo, além de complementar os resultados qualitativos.

Quando se trata de perfil de profissionais da enfermagem, tem-se como referência o estudo realizado em 2013 pelo Cofen (Conselho Federal de Enfermagem) em parceria com a Fiocruz que abrangeu todas as categorias profissionais da enfermagem, e neste estudo serão

tomados como referência apenas os resultados da categoria Enfermeira(o)¹⁵ que representa 23% da força de trabalho da Enfermagem (219).

Segundo o referido estudo, a enfermagem no Brasil ainda é uma área predominantemente feminina (85,1%) e entre as (os) enfermeiras(os) esse percentual é ainda maior (86,2%). Destas(es), a maioria é de brasileiras(os) (98,8%) que se autodeclara branca (57,9%). E aqui apresenta-se uma distinção do nosso estudo em que a maioria de mulheres (84,2%) se autodeclara negra/parda(57,9%). Resultados semelhantes teve um estudo realizado no estado do Amazonas sobre o perfil de enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena e que se autodeclararam negras(os)/pardas(os)(50,8%) (219)(220).

Observa-se a convergência de desigualdades relacionadas às categorias sociais de gênero, raça e classe, o que alguns autores chamam de interseccionalidade, ou seja, uma relação de interdependência marcadas por hierarquia e formas de opressão (221)(222). Breilh chama este fenômeno de tríplice inequidade que são três formas de subordinação e desumanização (126).

Faz-se necessário mostrar a interseção das categorias gênero, raça e cor que alimentam um sistema de desigualdade, racista e sexista que nasce nos estudos feministas e Boaventura considera os genitores da ecologia de saberes por contestar a neutralidade, revelar as desigualdades da ciência clássica que se mostra também juízo de valor (61), portanto é feita a crítica à ciência clássica, além de representar a luta por uma maior abertura epistêmica e tornar visíveis campos de saberes excluídos e ocultados durante muitos séculos.

Destaca-se a presença marcante da mulher enfermeira, mesmo com o recente fenômeno chamado de masculinização da profissão, principalmente a partir de 2005 no Brasil (219), porém ainda se caracteriza como uma profissão feminina. Os estudos históricos apontam para uma valorização da entrada de homens na profissão no Brasil, o que se deu pela reforma universitária ocorrida em 1968, quando as escolas de enfermagem abriram vestibular universal e permitiu a entrada de homens que quisessem entrar na profissão. Com a entrada dos homens na profissão houve uma mudança gradativa, pois eles começaram a assumir chefias e cargos de direção nas instituições de saúde e conselho de classe. E assim as enfermeiras passaram a se autodenominarem enfermeiros para atender à norma culta e exigência da língua portuguesa e com isso a ideia de superioridade masculina histórica (223).

¹⁵ As informações e dados da pesquisa estão disponíveis também no site: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html>

Percebe-se que a categoria assume uma postura que de alguma forma legitima as relações desiguais de poder entre homens e mulheres e se exime do enfrentamento e da luta contra o patriarcado¹⁶ que gera o sexismo, além da submissão e inferioridade atribuídas às mulheres e conseqüentemente à profissão.

A feminização da enfermagem ainda se mantém forte pela relação histórica tanto na fase pré-profissional quanto na fase profissional. A primeira, quando religiosas e leigas desenvolviam atividades de cuidado aprendidas a partir da oralidade e da experiência e depois já na fase profissional, que foi marcada por outra figura feminina, a aristocrata Florence Nightingale. Florence se destacou por conseguir provar através de estudos matemáticos a relação entre o índice de mortalidade, insalubridade e os cuidados prestados nos hospitais militares, tornando-se assim a primeira teórica da Enfermagem (224).

Nightingale cria e implanta um sistema de ensino da enfermagem, em 1860, na Inglaterra que profissionaliza a enfermagem, mas mantém as características que historicamente são atribuídas à natureza feminina: abnegação, obediência, disciplina, dedicação, religiosidade e devoção e que, conseqüentemente, são atribuídas à característica das enfermeiras (224).

O protagonismo que Florence promoveu na enfermagem foi grandioso, pois colaborou para a inserção das mulheres no mercado de trabalho, o que é reconhecidamente um grande avanço, mas cabe também destacar que ela não rompe com os atributos que reforçam a divisão sexual do trabalho e inferiorizam, desvalorizam até hoje a enfermagem e outras atividades profissionais que são caracterizadas como femininas. Portanto, cabe à categoria enfrentar todos os desafios que envolvem tal questão na atualidade.

Já no Brasil, a figura que marca o imaginário brasileiro de ideal profissional é Anna Nery. Ela se voluntariou para ir à guerra do Paraguai (1865-1875) por ser brasileira e mãe, para prestar serviços condizentes à sua “posição e sexo”. Apesar de muitas outras mulheres terem servido durante o conflito, Anna Nery ganhou notoriedade por seu voluntarismo tomado como valor moral que qualifica sua habilidade “natural” de cuidar como mãe e mulher a serviço da nação, assim o voluntarismo patriótico torna Anna Nery um destaque nacional na profissão (160).

Essas duas personalidades na história da enfermagem são marcos na construção social da identidade da profissão e sem que percebamos a subjetividade de características atribuídas à

¹⁶ Segundo Boaventura junto com o capitalismo e o colonialismo, o patriarcado, são os três sistemas estruturados de dominação moderna. O patriarcado é a dominação sexual gerado pelo preconceito que mulheres são menos capazes ou mais perigosas comparadas com os homens. A cultura patriarcal é o senso comum que alimenta e reproduz o patriarcado(259).

ideia de habilidade natural de cuidar da mulher são designadas por extensão à enfermagem, principalmente nos seguintes valores: abnegação, caridade e disciplina na luta simbólica por autonomia (160). Portanto, a profissão está entre o paradoxo de por um lado a cristalização do ideário vocacional, da natureza feminina, amorosa e maternal para a enfermagem com suas qualidades de cuidadora abnegada e ainda de uma profissão subjugada ao médico que tornam o trabalho feminino muitas vezes invisibilizado e/ou desvalorizado (221).

Por outro lado, destaca-se a conquista de espaço no mundo da educação e do trabalho, contribuindo para a reconfiguração da posição da enfermagem e da mulher. Mas que representaram ao mesmo tempo uma espécie de concessão à mulher, desde que fosse sob a supervisão e subordinação ao médico, e dada a mulheres brancas de uma classe social média e alta (225). O que se evidencia é que categoria das enfermeiras(os) ainda é composta por uma maioria de trabalhadoras mulheres negras/pardas, que compõem a rede de profissionais de saúde, mal remuneradas¹⁷ e com pouco reconhecimento social, o que sugere haver uma intersecção entre as categorias classe, gênero e raça/cor também na enfermagem. Categorias essas que são marcadas historicamente pela hierarquia, divisão sexual do trabalho e formas de opressão.

Nota-se, portanto, que diferente do passado aristocrata e branco, a profissão hoje pode representar uma alternativa de ascensão social e para saída da pobreza para as classes menos favorecidas (221). Os resultados do nosso estudo corroboram nesse aspecto, expresso pelo desejo de uma formação acadêmica para os filhos, de formá-los médicos; a origem pobre percebido no resgate histórico pessoal e familiar na dinâmica “Árvore da vida” e o perfil das(os) participantes composta por maioria mulheres, nortistas, negras ou pardas, casadas, com a faixa etária entre 31 a 50 anos; formadas(os) de 6 a 11 anos em uma IES privada e do norte do país, que tiveram acesso ao ensino superior depois de implantação do programa de governo de democratização do ensino superior. Corroborando, assim, resultados semelhantes ao estudo sobre a análise da base social da enfermagem, citado anteriormente, e que a enfermagem mudou com a expansão do PROUNI (Programa Universidade para Todos) entre os anos de 2000 a 2010, pois antes derivava de estratos sociais de renda intermediária a alta para um perfil de renda baixa. O que implicou numa intensificação da participação de indivíduos que já eram expressivamente representados na profissão, aqueles com idades acima do padrão previsto para

¹⁷ Utilizo o termo mal remuneradas, pois conforme a fala de uma (um) participante “E eu acho que se o salário da indígena fosse igual ao salário da Unimed, dificilmente eu estaria aqui, sério!”. Portanto, elas(es) assim o consideram, pois a fala ressalta a necessidade de aceitar o trabalho e as condições deste trabalho conforme o valor de remuneração, isso só acontece quando trabalhador não considera que tem uma boa remuneração.

cursar o ensino superior, casados, que se declararam negros e que cursaram o ensino médio em escola pública. Também não foi alterada a composição desse grupo quanto ao capital social, apesar da alteração no capital econômico (226).

Portanto, é importante identificar, conhecer, compreender as dinâmicas e a interdependência dessa interseccionalidade, convergência de desigualdades ou tríplice inequidade que marca a profissão, especialmente na região norte, haja vista que os resultados que representam o Brasil é de uma enfermagem branca conforme estudo do Cofen, para combater a reprodução delas e percebê-las como um instrumento de luta política contra as múltiplas formas conjugadas de opressão (221).

Quanto ao estado civil, os estudos se assemelham, pois as(os) enfermeiras(os) casadas ou em união estável são a maioria no perfil da enfermagem (50,7%), assim como as(os) enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena no Amazonas (47,8%)(220) e que no nosso estudo representaram (11=57,8%) das(os) participantes. Quanto à faixa de idade da maioria das(os) enfermeiras (os) na pesquisa nacional está entre 36 a 50 anos (34,6%), o que se assemelha ao nosso estudo na mesma faixa de idade (12=63,4%) e na pesquisa com enfermeiras(os) na saúde indígena, cuja média de idade é de 35 anos (220). Essa faixa etária é considerada período de maturidade profissional em que as(os) profissionais estão em pleno desenvolvimento de suas capacidades, técnicas, práticas como enfermeiras(os), com domínio de suas habilidades e destrezas cognitivas e suas escolhas são guiadas pela lógica racional e atentas às oportunidades de trabalho (219)(227).

Quanto ao tempo de formação, a maioria das(os) enfermeiras(os) brasileiras(os) tem tempo de formada de 6 a 10 anos (25,9%) e no nosso estudo esse percentual é muito maior (11=57,9%). Este período coincide com o período de maior democratização do ensino superior no Brasil que se deu através do PROUNI criado pela Lei nº 11.096/2005, que concedeu bolsas de estudos integrais e parciais a estudantes de cursos de graduação em IES privadas. Neste período, ocorreu grande expansão de cursos de graduação em Enfermagem, o que representou possibilidade de mobilização social, especialmente da categoria de técnicos de enfermagem. Estudo que analisa a base social da enfermagem entre os anos de 2000 a 2010, revelou que a expansão do curso de graduação em Enfermagem gerou para o mercado da Enfermagem alto nível de desemprego e demanda por empregos muito abaixo da oferta. Portanto, a expansão não repercutiu positivamente para a categoria (226).

Segundo o perfil da enfermagem no Brasil as(os) enfermeiras(os) da região norte estão em um menor percentual (5,4%)(219), o que difere deste é o fato de que a maioria dos participantes é nortista (15=79,8%), o que pode significar que grande parte dos profissionais

formados na região atende à demanda da própria região. As IES privadas (57,4%) são as principais responsáveis pela formação das(os) enfermeiras(os), o que se assemelha aos nossos resultados (15=79,8%) (219)(227).

A pesquisa nacional não identificou a pós-graduação mais realizada pelas(os) enfermeiras(os), mas no estudo com enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena no alto Rio Negro(220) mostrou que a especialização em Saúde indígena e na saúde da família é pequena (17,9%) e grande parte dos profissionais que atua na saúde indígena não tem nenhuma especialização (43,3%), o que se distingue dos nossos resultados em que a maioria dos profissionais tem formação em saúde indígena ou em saúde da família (14=73,7%) e os que não tem nenhuma especialização é um número pequeno (1=5,2%).

Acredita-se que a realidade do estado do Amazonas é diferente da do Pará, além de que todos os locais deste estudo têm acesso rodoviário, mesmo que em péssimas condições, além do estado do Pará ter acesso rodoviário a todas às demais regiões do Brasil, o que não acontece no Amazonas, com proporções continentais do território que implica em grandes distâncias, presença de rios volumosos e o fato de os povos indígenas amazonenses residirem principalmente na zona rural (228). Tais características somadas à baixa qualidade da internet na região pode ser um fator que dificulta ou até impossibilita o profissional realizar a especialização, especialmente na modalidade EaD (Educação a Distância) como é o curso de especialização em saúde indígena ofertado pela UNIFESP.

O que não é o caso de nosso estudo, haja vista que as(os) participantes ficam no máximo 20 dias no mês em aldeias sem acesso à internet e são a minoria (3=15,8%). Portanto, a dificuldade para qualificação é menor comparada aos amazonenses e grande parte (73,7%) tem especialização, ou seja, qualificação nas áreas de atuação, em saúde da família e/ou em saúde indígena. O resultado é semelhante ao estudo sobre o perfil da enfermagem no Brasil que identificou a predominância de enfermeiras(os) com curso de especialização (72,8%)(229)(219).

Quanto ao vínculo empregatício das(os) enfermeiras(os) brasileiras(os), o principal é estatutário/concursado/efetivo (49,7%) e o segundo principal vínculo empregatício é o celetista (20%)(230). Os nossos resultados se aproximam aos do estudo amazonense que identificou que todas(os) as(os) enfermeiras(os) atuantes na saúde indígena são celetistas. Os estudos nacionais indicam que o principal mercado de trabalho ainda é a área hospitalar e a atenção básica é a segunda principal área que emprega enfermeiras(os). A principal jornada de trabalho das(os) enfermeiras(os) no Brasil é de 40 horas (41,5%), que é um regime de trabalho comum no ambiente de trabalho hospitalar (231)(232), mas que se ampliou também para a atenção básica,

segundo PNAB (Política Nacional de Atenção Básica), em vigor deste o dia 21 de setembro de 2017, através da Port. nº 2.436 GM/MS.

Nosso estudo destaca três modalidades de jornadas de trabalho das(os) profissionais da saúde indígena, as(os) Gestoras(es) locais com regime oficial de 40 horas semanais, as(os) enfermeiras(os) de área que atuam durante 20 dias em aldeias e ficam disponíveis para todo e qualquer atendimento local ou nas aldeias circunscritas e têm 10 dias de folga. As(os) enfermeiras(os) assistentes que atuam nas CASAs realizam regime de plantões de 12 por 36 horas de folga.

Esse regime de plantões é semelhante à rotina hospitalar, com profissionais que nunca tiveram contato anterior com a saúde indígena (12=63,2%), mas estão atuando de 6 a 10 anos na saúde indígena (11=57,9%). Atuando nas CASAs, as(os) enfermeiras (os) adaptam ferramentas da atenção hospitalar para a básica em que se dá atenção à saúde indígena. Tal aspecto gera muitos conflitos e disputa interna e externa de poder e controle de funcionamento dos serviços, entre a equipe de enfermagem e os povos indígenas. Esse regime de funcionamento e controle que a enfermagem tenta exercer são reflexos da própria história da enfermagem no Brasil, uma vez que na formação do enfermeiro persiste a formação controladora e que privilegia o modelo médico/hospitalar de atenção individual e curativa, que é reproduzido na atenção primária à saúde (233)(16)(17).

Quanto as(os) indígenas enfermeiras(os), o estudo nacional registrou apenas 1.171 (0,3%). Entretanto, a pesquisa não retrata a formação de enfermeiras(os) após as políticas de ações afirmativas sancionada pela Lei Federal nº 12.711¹⁸ que só foi aprovada em agosto de 2012, após quase uma década de discussão e de programas de cotas. A pesquisa realizada pelo Cofen no ano de 2013, não apreendeu o impacto depois da lei aprovada.

A análise do perfil das participantes colabora com a identificação de constantes mudanças na categoria profissional, favorece a compreensão das fragilidades do grupo relacionando-as à materialidade histórica e atual da categoria, o que pode comprometer a assistência à saúde da população atendida, além de reconhecer as características loco-regionais importantes para o planejamento e execução de serviços de saúde indígena e não indígena.

¹⁸ Ver http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112711.htm

7.2 Da fase de investigação temática

As dimensões apresentadas estão inter-relacionadas e para compreendê-las é necessário revisitar os fatores determinantes fundamentais que é o contexto sócio-histórico em que as(os) participantes estão inseridas(os).

O DSEI vinha se adaptando depois do momento pós-golpe parlamentar, em 2017, que mudou a gestão de todos os DSEI e suas respectivas consequências, como a adaptação da nova gestão e a paralização dos processos administrativos, especialmente os referentes às questões logísticas e operacionais que têm grande impacto na continuidade da atenção à saúde, na satisfação dos usuários e no controle social na saúde indígena.

Outro fator determinante foi a recusa da conveniada anterior em renovar o contrato com o MS para continuar com a gestão dos recursos destinados ao DSEI Guatoc. Logo, todos os profissionais do DSEI viveram esses processos de adaptação da nova gestão do DSEI e da conveniada concomitante ao desenvolvimento dos Círculos de cultura, o que teve grande impacto em cada etapa do estudo, desde a assinatura do aviso prévio, a dúvida se seriam recontratados, as demissões, o não pagamento de parte dos dias trabalhados pela mudança de conveniada, entre outras situações. Esse contexto somou-se à divisão e acirramento político como reflexo do cenário nacional em função das eleições presidenciais do ano de 2018.

A atmosfera de total instabilidade e insegurança profissional por diversas vezes regulou a fala e a escuta, pois as(os) participantes passaram e passavam por muitas mudanças em pouco tempo e durante as quais não foram ouvidos. Por estes motivos, havia uma mistura de necessidade de falar, de pedir ajuda, mas também de mostrar-se em meio a tantas incertezas. Além de as(os) participantes serem enfermeiras(os), o que significa dizer que esta instabilidade era ainda mais sentida por esta categoria profissional que historicamente é pouco valorizada, remunerada e reconhecida, mesmo sendo a principal força de trabalho na saúde, o que não é diferente na saúde indígena e no contexto da atenção básica em que a liderança da(o) enfermeira(o) é destaque e é ainda maior na saúde indígena pelo poder no controle de atividades burocráticas-administrativas relacionadas às questões epidemiológicas e principalmente operacionais.

Desta forma, os Círculos de Cultura proporcionaram aos participantes momentos de conhecimento das subjetividades e reflexão sobre as competências culturais, a partir do diálogo, do consenso e/ou dissenso na busca de outras perspectivas e possibilidades (185) (69).

A intenção do método é que seja superada a

percepção ingênua ou mágica da realidade da qual resulta a postura fatalista cede seu lugar a uma percepção que é capaz de perceber-se.

Desta forma, aprofundando a tomada de consciência da situação, os homens se “apropriam” dela como realidade histórica, por isto mesmo, capaz de ser transformada por eles (p. 42)(69).

Para esse processo de superação de uma visão mágica e acrítica do mundo para uma visão crítica e postura conscientizada, há uma etapa essencial que é a compreensão da realidade como produto histórico, o que não foi possível de forma homogênea entre todos os participantes, que mesmo reconhecendo o pouco ou nenhum conhecimento a respeito de questões indígenas históricas como os processos migratórios locais, regionais e nacionais ou da política integracionista do Estado Brasileiro, percebeu-se uma certa resistência em reconhecer o preconceito velado em comentários e/ou velado em piadas de gosto duvidoso que põem em dúvida a capacidade indígena, promovem e perpetuam a cultura de desqualificação e de sujeição dos povos originários.

Os Círculos de Cultura emergem de uma *práxis* em que o educador seja capaz de testemunhar seu compromisso com a vida, sua esperança no mundo melhor, atestar sua capacidade de lutar, seu respeito às diferenças e a maneira consistente com que assume sua presença no mundo(110). O método permitiu a participação de todos os envolvidos, a desconstrução de relações de poder e a construção de relações horizontais entre as(os) participantes e a pesquisadora.

Por acreditar numa formação profissional e em uma educação que “permite produzir relações, sentido social e o agir em saúde, na produção do cuidado a partir do encontro com o sujeito e seu mundo de necessidades e as distintas formas produtivas (tecnológicas) de captar e tornar este mundo seu objeto de trabalho” (p.111)(217) que foi proposto às(aos) enfermeiras(os) que atuavam na saúde indígena do DSEI Guatoc uma reflexão sobre as competências culturais desenvolvidas na saúde indígena. Quando na dinâmica “Árvore da vida” as(os) participantes reconhecem que não conhecem a história e as dificuldades da(do) colega de trabalho se dão conta que é a partir do significado do encontro com o outro, que se amplia a perspectiva de produção de saberes para além da clínica, permitindo-se ver sua atuação para além das ações programáticas e gerenciais da(o) enfermeira(o) para produzir uma experiência que se aproxime do que Freire chama de uma educação como prática da liberdade e Boaventura de ecologia de saberes.

Para isso, a atividade educativa mediada pelos círculos de cultura partiu da concepção inicial das(os) participantes sobre o que é ser competente na saúde e sobre competências culturais. E os resultados deste primeiro momento mostraram que a ideia de ser competente para as(os) participantes está relacionado à capacidade de ser um profissional multi ou poli, de

ter múltiplas habilidades, valores, tarefas e que para tal é necessário “jogo de cintura” e o lidar com desafios diários.

Boaventura avalia que este fenômeno acontece, pois o espaço-tempo de produção foi modificado. O espaço-tempo de produção é o espaço-tempo das relações sociais através das quais se reproduzem bens e serviços para satisfazer às necessidades que se manifestam no mercado pela procura efetiva. E que se caracteriza pela dupla desigualdade da relação de exploração, que é a exploração do homem pelo homem e da natureza pelo homem. A importância do espaço-tempo de produção reside que nele se dará a divisão de classes, que juntamente com a divisão sexual e étnica, constitui um dos grandes fatores de desigualdades e conflitos sociais. E essa modificação no espaço-tempo de produção se deu pela conversão da força de trabalho em fator de produção, ou seja, o homem e sua competência humana é um fator de produção o que permitiu uma exploração sem precedente na história da humanidade, pois aumentou-se a disciplina sobre o trabalho, aumentou o trabalho e o controle sobre ele, o que aproxima o tempo produtivo do tempo prisional (170).

Essa aproximação é ainda mais intensificada pela revolução eletrônica que facilitou a mobilização de pessoas, bens, serviços e informações, conforme citada pelas(os) participantes sobre o processo de trabalho, quando o espaço-tempo de produção dos serviços de saúde indígena é descentralizado pelo uso de aplicativos de envio de mensagens instantâneas que aumentam a demanda do trabalhador em tempo real, do gestor, do colega de trabalho, do usuário e do controle social, portanto aumentam o tempo produtivo, mas aprisiona os trabalhadores, reforçando a ideia de que para ser considerado competente na saúde indígena precisa “ser polivalente”.

Boaventura refere que a perda da centralidade do espaço-tempo de produção se dá pela maior presença da prática do trabalho na vida das pessoas e que isso se dá em forma de socialização e de universos culturais que influenciam nos processos de construção de subjetividades destes trabalhadores. Colocando-os em um dilema diante do constructo ideológico (cooptação e desradicalização de trabalhadores e sindicatos etc), saturados pelo consumismo, pela erosão dos processos de concessão¹⁹ e pelo aumento da disciplina e ritmo de trabalho que acompanham e eliminam a vontade de lutar por uma vida diferente ou por sua capacidade emancipatória (170).

¹⁹ Boaventura chama de concessões quando os sindicatos e partidos operários se rendem a lógica capitalista a troco de aumento salarial, segurança no emprego e de outros benefícios sociais que por um lado são concessões importantes por parte do capital, por outro consolida a hegemonia deste (170).

Quanto à concepção inicial de competências culturais, esta ainda está muito relacionada com o contexto social e histórico em que a própria TDUCC foi criada, durante a década de 70 quando houve a expansão multicultural da população nos EUA por receber migrantes vindos de muitos lugares do mundo e os serviços de saúde de enfermagem sentiram em maior escala a necessidade de uma formação para cuidar de forma transcultural. Na ocasião, a dificuldade com o idioma foi identificada como umas das principais barreiras para o atendimento à saúde, tanto que até hoje criam-se e testam-se diversos instrumentos e modelos estratégicos para melhorar a comunicação no contexto intercultural.

De fato, a comunicação é importante para o cuidado cultural e para o desenvolvimento de competências profissionais, pois é uma forma de interação e comportamento humano pela qual é transmitida e preservada a cultura. Porém, as(os) participantes neste momento relacionam as competências culturais apenas à competência linguística, que é a preocupação e a habilidade do profissional de saúde usar o idioma-mãe do usuário para promover uma melhor compreensão, o que é facilmente resolvido com a presença de tradutores.

A competência linguística trata também do falar de forma compreensível, cuja preocupação em não falar termos técnicos e científicos e fazer uma espécie de tradução para que termos e expressões sejam mais compreensíveis ao universo vocabular dos usuários. Essa questão foi percebida também na matriz FOFA ao identificarem a dificuldade de comunicação com o indígena como uma fraqueza. Porém, as competências culturais estão para além destas formas de tradução e comunicação seja verbal ou não verbal. Como concepção inicial, percebeu-se que existia uma proximidade com a temática mesmo que restrita ao aspecto linguístico. Identifica-se na fala de Yanomami quando relata que os indígenas não entendem a linguagem técnica e que existe uma preocupação com a comunicação. Portanto, parte-se desta compreensão para fazer a relação e reflexão com a ideia mais ampla de competências culturais conforme os Círculos de Cultura foram desenvolvidos.

A fase da investigação temática foi facilitada pela dinâmica “Os três desejos”, com destaque para os desejos familiares e pessoais quando as pessoas de fato revelaram seus desejos e sonhos pessoais e familiares expressos nas falas sobre os desejos de recuperar o tempo que perdeu com o filho devido ao trabalho, nos desejos de casar e até em estabelecer um relacionamento estável. Dos desejos profissionais, o mais compartilhado foi da estabilidade profissional e financeira. E paradoxalmente trata-se de um desejo/sonho que só é possível fora da saúde indígena, pois não há concursos públicos para enfermeira(o) na área, uma vez que a força de trabalho da enfermagem é advinda de contrato temporário pelo regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), feito por uma conveniada, que é um Instituto, uma pessoa jurídica

de direito privado sem fins lucrativos, responsável pela aplicação de recursos oriundos do SUS para executar atividades preventivas e curativas à população indígena aldeada (234).

Esse desejo emerge ainda mais forte pelo contexto político vivido, que é trazido também no resultado da matriz FOFA, quando as(os) participantes identificaram como fraqueza o sentimento de insatisfação com o trabalho na saúde indígena e fica mais evidente na última fala do domínio afeto e atributo desejo profissional ao mencionar que a principal motivação para atuar na saúde indígena está relacionada às necessidades materiais da vida, haja vista que a remuneração está acima da média para a categoria, sendo as mais mencionadas as despesas com filhos.

As respostas ao instrumento de autoavaliação das competência culturais reforçam esses aspectos, pois foram dadas no sentido de que quase sempre os profissionais disponibilizam tempo suficientemente para atendimento, escuta sensível e atenciosa às queixas e demandas dos indígenas, mas apenas às vezes essa atenção e tempo de escuta é revertida e direcionada ao reconhecimento das diferenças e semelhanças das percepções dos problemas de saúde entre indígenas e não indígenas e consequentemente os sentimentos também são acolhidos apenas às vezes.

Ambos os resultados, da fase dos Círculos de cultura e da autoavaliação, quanto ao desejo cultural mostram que a principal motivação para atuar na saúde indígena não tem relação com o desejo de oferecer cuidados que sejam sensíveis e receptivos às questões culturais, conforme menciona Campinha-Bacote, o desejo inclui uma verdadeira paixão em ser acessível e flexível com os outros, para aceitar diferenças e construir sobre similaridades cuidados, e esse desejo se converte em estar disposto a aprender com os outros (51). Trata-se de um atributo tão importante, pois está diretamente envolvido com o cuidado, pois para a autora as pessoas não se importam quanto você sabe, até que elas saibam o quanto você se importa (65).

Entretanto, a análise deste desejo em cuidar de pessoas diversas culturalmente soma-se ao exercício que se propõe aqui que é tomar as competências culturais na perspectiva mais ampla que não apenas individual. Portanto, é importante fazer uma análise local, como as recentes e várias mudanças vividas pelas(os) participantes, logo cabe lembrar que durante os círculos de cultura na CASAI Icoaraci as(os) participantes foram convocados a assinar o aviso prévio, sem a certeza de que seriam recontratados depois do prazo de trinta dias. Em Paragominas, as(os) participantes foram comunicadas(os) que em função do processo de transição de uma conveniada para outra, 20 dos dias trabalhados não poderiam ser pagos pela nova empresa e que qualquer discordância seria motivo para não continuidade de contrato. Em Marabá, algumas demissões aconteciam em outros Polos e na gestão do DSEI. E o que era

dúvida nos outros locais de pesquisa, em Marabá apresentava-se como realidade e possibilidade era ainda mais concreta.

Em uma análise regional, quando as(os) participantes fazem referência à remuneração da categoria profissional e que a saúde indígena é uma alternativa por ter um salário acima da média para a enfermagem e como o próprio perfil mostrou e é reforçado nas falas, os resultados mostram que são pessoas que vêm de uma origem familiar pobre, da zona rural, de pouca oportunidade de estudo. Tomando essa realidade a partir de uma análise nacional, evidencia-se uma postura neoliberal assumida pelo Estado brasileiro.

O projeto político neoliberal que desde a década de 90 vem se instalando no Brasil para promover a diminuição das responsabilidades do Estado, tem como estratégia a precarização do trabalho no serviço público, através de um regime de trabalho baseado na instabilidade e insegurança permanente do trabalhador, sujeitando-o à maior exploração da sua força de trabalho (235). O caráter neoliberal foi referendado pelo Supremo Tribunal Federal (STF), em 2015, através da Lei nº 9.637/1998 que tornou constitucional a terceirização de serviços essenciais de responsabilidade do Estado (236).

Estudos na saúde indígena indicam que esta forma de regime de trabalho compromete a continuidade dos serviços, da gestão e da assistência à saúde(237)(234), além de tornar o ambiente de trabalho tenso, devido ao medo dos profissionais de serem demitidos, o que favorece o desenvolvimento de um processo de trabalho que não contribui para a produção de cuidados pautados nas necessidades dos indígenas, mas do sistema de manter o andamento dos serviços de acordo com suas metas de eficiência e produtividade de mercado que concebe a saúde como serviço e não como direito (238).

Boaventura categoriza esse processo como crise do contrato social²⁰ que foi instruída por três consensos neoliberais. O primeiro foi o consenso de Washington que tratava de medidas econômicas neoliberais, incluía a redução do déficit público, que entre outros aspectos orientava a diminuição da responsabilidade com os serviços públicos. O segundo consenso que recomendou o Estado fraco como pré-condição para o fortalecimento da sociedade civil. E o último que é marcado pela contratualização individual e não mais social, representando o fim da contratualização social que garantia o trabalho como acesso à cidadania e aos direitos

²⁰ Para Boaventura, Rousseau (1973) funda uma obrigação política moderna ocidental que é o contrato social, como uma grande narrativa, complexa e contraditória que foi estabelecida entre homens livres para maximizar e não para minimizar essa liberdade. Contrato social trata-se de uma tensão dialética entre negociação social e emancipação social que se reproduz pela polarização constante ante vontade individual e geral, coletiva, entre o interesse particular e o bem comum. Boaventura considera o contrato social como a metáfora da racionalidade social e política da modernidade ocidental(239).

econômicos e sociais. A contratualização individual promove a erosão desses direitos e o trabalho deixa de sustentar a cidadania, pois perde seu estatuto político de produto e produtor de cidadania e reduz-se à penosidade da existência. Portanto, domina cada vez mais a existência das pessoas, promove a perda das referências éticas que sustentam a autonomia e a autoestima do trabalhador (239).

Portanto, nota-se que as necessidades materiais da vida e o contexto de maior instabilidade profissional das(os) participantes sobrepõem-se ao atributo desejo cultural até este momento. Entretanto, o domínio afetivo reaparece em reflexões mais profundas nas fases seguintes dos Círculos de cultura.

Os resultados do instrumento de autoavaliação quanto à sensibilização cultural do domínio cognitivo, mesmo que limitado a alguns aspectos, revelou contradições semelhantes às apresentadas nas transcrições, pois as respostas revelaram que mesmo a maioria se colocando no lugar do outro e considerando as diferenças culturais expressas nos modos de viver e nos processos saúde/doença/cuidado isso pouco se reverte em fazer um autoexame sobre os próprios antecedentes culturais, em aceitar as diferentes perspectivas de saúde, doença e cuidado, sejam elas indígenas, não indígenas ou da biomedicina, e, portanto, apenas às vezes reconhecem os riscos de imposições culturais.

A estratégia “Árvore da vida” foi usada para ampliação da sensibilização cultural, promoveu uma reflexão sobre como os fatores pessoais, profissionais e sociais influenciam no trabalho na saúde indígena. Revelou-se um dos momentos mais marcantes de toda a experiência, pois significou reviver e revisitar o momento da infância e com a família, que marcaram a trajetória das(os) participantes pela grande carga de afeto envolvida nas lembranças. A partilha dos momentos muito especiais vividos, de valores aprendidos, dos desafios, dificuldades e vitórias individuais e familiares emocionava a todos e favoreceu a exploração dos antecedentes culturais das(os) participantes, assim como foram questionados sobre a avaliação das vantagens e desvantagens de pertencer aos grupos étnicos que eles se identificavam.

O momento permitiu o compartilhamento e resgate das histórias pessoais e familiares possibilitando aos colegas de trabalho reconhecerem que não se conheciam até ali. O objetivo foi de promover uma reconexão com as histórias de vida das(os) participantes que permitisse o reconhecimento de si, explorar e refletir sobre como a cultura, os valores pessoais e profissionais influenciam na assistência de enfermagem na saúde indígena.

Percebeu-se que com frequência foi ressaltada a origem interiorana, pobre e as dificuldades de natureza financeira e educacional, além da referência à ancestralidade europeia.

Um destaque foi o fato de que as(os) indígenas participantes conheciam toda a sua árvore genealógica, o que foi justificado inicialmente pelo fato de terem filhos ainda muitos jovens e essa questão foi problematizada.

A discussão foi aprofundada com a reflexão sobre as vantagens e desvantagens do processo de identificação com uma determinada origem étnica até o debate sobre racismo e formas de preconceito. Sintetizou-se que havia o reconhecimento e até orgulho da origem simples, interiorana, pobre e ao mesmo tempo foi ressaltada a origem europeia, e por vezes, africana, e apenas uma(um) participantes não indígena natural da região sul do país relatou que tem um avô indígena, mas que foi retirado da certidão o nome da etnia por preconceito que os descendentes sofriam.

Este resultado revela uma invisibilização ou apagamento da identidade de origem indígena e um desconhecimento da ancestralidade indígena mesmo entre as(os) participantes naturais da região norte. A identidade negra é citada, o que pode significar que há um impacto positivo do movimento negro em promover a discussão sobre as questões raciais negras, mas a indígena ainda é fortemente desconhecida ou invisibilizada, o que é produto do que Carneiro menciona “A identidade étnica e racial é um fenômeno historicamente construído ou destruído”(p. 65) (240).

O desconhecimento da ancestralidade indígena pode representar a invisibilidade ou porque não dizer tentativa de apagamento histórico como formas de violências à cultura indígena e amazônica que ocorre desde a invasão portuguesa e depois com as políticas integracionistas de ocupação Amazônica do Estado Brasileiro com o Programa de Integração Nacional durante o regime militar na década de 70 cujo lema era “Terras para homens, para homens sem terras” e que promoveu o genocídio indígena por desconsiderar a presença indígena no território amazônico e colocar os povos indígenas como obstáculo ou impedimento para o “desenvolvimento econômico”, sendo que a válvula de escape dos governos estava alicerçada em práticas dizimadoras sob o rótulo de integração nacional (234).

Tal aspecto sugere a população brasileira não indígena de conceber um índio romantizado como o bom gentio ou folclorizado como alguém que vive na floresta nu, com adornos nas penas e preguiçoso. Portanto, produzem imagens e concepções perversas. Perversas porque impõe aos povos indígenas a sua fossilização, o que dificulta a compreensão que o índio não representa o padrão criado pelo colonizador, mas que até hoje é conveniente para manter o colonialismo brasileiro e os povos originários marginalizados.

Neste contexto, na tentativa de discutir racismo estrutural problematizou-se sobre a possível explicação do porquê a(o) colega que relata a origem branca sabe exatamente de qual

país seus bisavôs vieram do continente europeu, mas o mesmo não acontecia com os relatos cuja origem era o continente africano. E a resposta era um silêncio ensurdecedor e constrangedor, seguido de comentários sobre não ter feito essa reflexão anteriormente e seguia-se a discussão com a autorreflexão sobre possíveis preconceitos e de como eles influenciam nossas condutas sociais, pessoais e profissionais.

O desdobramento do diálogo coletivo permitiu identificar como o universo cultural individual e profissional influencia o trabalho na saúde indígena. Através de perguntas provocativas foram compartilhados valores e crenças pessoais de natureza mística/religiosa: “Olho gordo ou inveja”, pessoas com energia negativa; Objetos ou plantas que podem defender contra males como “figa”, “olho da bota”, “pimenteira” e “cacto”; Hábitos como não passar debaixo de escada, não deixar sandálias viradas ou não dar pimenta na mão de uma pessoa.

Todas essas crenças foram levantadas para que fossem comparadas às que os indígenas também têm, mas por não serem hegemônicas são incompreendidas ou consideradas inferiores, mas que se assemelhavam às das(os) participantes e da sociedade brasileira em geral. Conforme Boaventura sugere para o desenvolvimento da ecologia dos saberes, é necessário buscar identificar as convergências entre os saberes e práticas que permitam falar nas relações existentes e nas futuras. O autor coloca que essa convergência é comum nas sociedades, pois já fazem combinações de conhecimentos do senso comum, como o saber religioso, com outros saberes ditos laicos, com o saber científico (61).

Entretanto, as crenças pessoais que mais demonstraram gerar influência foram exatamente as de cunho religioso, pois católicos e evangélicos revelaram certa hostilidade, hierarquia e embate cultural no cotidiano, conforme demonstram os diálogos e situações relatadas no item influência das crenças pessoais relacionadas à religiosidade.

Os diálogos revelam os conflitos que acontecem no nível da individualidade; e quando são externalizados, percebe-se certa hostilidade ou na forma de indiferença incômoda na tentativa de manter velado o preconceito. Coloca-se como tentativa de manter velado, pois acredito que para os indígenas, o cotidiano pode deixar mais evidente as diversas formas de preconceito apesar do discurso antirracista e negação do preconceito. Como é trazido na fala de Suruí quando o indígena questiona o motivo pelo qual ela estava se benzendo ao entrar no local da saúde indígena e ainda sugere se estava desejando se proteger de algo muito ruim.

Hoje o racismo se adapta ao que é socialmente aceitável, pois ele se manifesta de maneira indireta, secreta, sutil e encoberto pelo discurso que proclama a igualdade e a não discriminação. E aquele racismo tradicional aquele expresso em termos de inferioridade do outro e em sentimento segregacionista já não é mais declarado abertamente (241). O que é

percebido na fala de Suruí na situação do sinal da cruz antes do trabalho, na fala de Amanaiyé que lhe dá a segurança em crer na ação de um óleo ungido, assim como no descrédito em outras formas de manifestação religiosa pelo processo de identificação e pertencimento à igreja evangélica, além de em demais falas que revelam outras formas de racismo e preconceito muito presentes na sociedade brasileira.

Notou-se uma autocrítica a outras formas de preconceito, portanto a atividade educativa mediada pelos círculos de cultura promoveu o reconhecimento da existência de racismo e preconceito na sociedade brasileira, o autoconhecimento de que é necessário um exercício diário diante da naturalização da intolerância a qualquer tipo de diversidade e aproximou as ciências sociais das ciências da saúde, uma vez que promoveu o diálogo sobre questões sociais como fatores que influenciam a atuação de enfermeiras(os) na saúde indígena. Nesse sentido, mesmo que limitada, houve uma aproximação em direção à Ecologia dos saberes, pois considera a produção de conhecimento, a partir da perspectiva contra hegemônica, do autoconhecimento, reconhecimento e interconhecimento, além de ter promovido a horizontalização das relações entre colegas de trabalho e entre participantes e pesquisadora.

O racismo tipicamente brasileiro aquele direcionado à população negra que se caracteriza por ser aquele cordial, mas expresso como uma forma de discriminação contra cidadãos não brancos (negros e mestiços), caracterizado por uma cortesia superficial que oculta atitudes e comportamentos discriminatórios e é expressa em relacionamentos interpessoais através de piadas e ditados populares raciais (242), não tem os mesmos mecanismos quando direcionados à população indígena, pois se manifesta pela cristalização do índio folclórico e exótico, e assim como o racismo direcionado a essa população ele é negado e também assenta-se no mito da democracia racial segundo o qual o Brasil é o paraíso das relações harmoniosas, mas que mascaram a realidade de violência e de desigualdades socioeconômicas.

E mesmo negado por vários estudiosos, o mito da democracia racial no Brasil ainda é muito presente no imaginário cultural brasileiro e quando conveniente é usado nos discursos dos brasileiros, o que ressalta outra característica do racismo brasileiro que é a ambígua relação de negar a existência de práticas racistas e o reconhecimento do preconceito racial (243).

O discurso que exalta a igualdade, não reconhece as diferenças e nega que elas muitas vezes são inferiorizadas por um sistema social excludente. Para Boaventura, “o racismo se afirma tanto pela absolutização das diferenças como pela negação das diferenças” (p. 313). O que dificulta o reconhecimento de que alguns grupos sociais necessitam de proteção específica de políticas sociais para diminuição das desigualdades, que foi alicerçada por uma concepção de ciência que é universalista e antidiferencialista (239), pois o funcionalismo e o estruturalismo

trabalharam bem o reconhecimento da nossa igualdade, o que não aconteceu no reconhecimento das diferenças.

Os indígenas antropólogos chamam de fossilização da cultura indígena e o consideram uma forma de racismo contra os povos indígenas, uma vez que coloca a cultura indígena como algo imutável, permanente e fixa, manifestada no estranhamento da aquisição de celular e de carros, do frequentar espaços como shoppings e universidades, pela urbanização, no uso de roupas ou em forma de comentários supostamente inocentes, mas profundamente racistas, como “você não parece índio” ou acusações como “não é mais índio” ou “ex-índio”. (p.2175)(243)

O racismo anti-indígena é conceituado por Ailton Krenak como “uma epidemia global causada pela recusa de compreender e aceitar a diferença” (p. 2172), e que é vivido pelos povos originários brasileiros desde a invasão dos europeus. Depois, com o projeto do Estado em manterem segregadas as reservas não autônomas, pela forma como os indígenas são tratados nas universidades e pela permanente invasão do Brasil pelo agronegócio e mineração que cerca os territórios de vida dos povos originários para perpetuar a relação de desigualdade (243).

Essas marcas históricas do racismo indígena estão muito presentes no imaginário e na relação da população não indígena e indígena, especialmente no estado do Pará, conhecido pelos violentos conflitos agrários; pelas invasões de terras indígenas; pela exploração madeireira e mineral; pela instalação de hidroelétricas de projetos de exploração da iniciativa privada. Assim como pelo Estado brasileiro que impõe à população a exploração dos recursos naturais, a destruição da floresta pela monocultura do agronegócio e pela criação de gado, impondo aos pequenos municípios a dependência destas formas de movimentação da economia local colocando aos povos indígenas a velha perversidade de serem o obstáculo e a falácia do “desenvolvimento e do progresso”. Essa questão do racismo, preconceito e hostilidade com os povos indígenas será retomada na categoria empírica que trata dos conflitos culturais.

As primeiras imagens trazidas pelo *Photovoice* fazem referência às atividades coletivas e individuais do cotidiano da(o) enfermeira(o) na saúde indígena e na etapa da problematização as(os) participantes utilizam a técnica para denunciar suas condições de trabalho. Portanto, mostrou-se uma enfermagem que não pede mais silêncio, mas que quer falar e quer ser ouvida, mas também como possibilidade e potência, em particular como ferramenta de comunicação, expressão e defesa de direitos como trabalhadora(or) da saúde.

O silêncio na enfermagem marca a profissão, pois aquela imagem da enfermeira com a mão na boca com a palavra silêncio acima dela, ainda reverbera no imaginário da profissão e representa uma figura que controla e impõe o silêncio, mas que ao mesmo tempo é silenciada. O silêncio, como coloca Ribeiro (244), é uma forma de silenciar existências ou confiná-las a

lugares marcados, subalternizados e fixos. As imagens trazem as vozes de enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena e que querem romper com os silenciamentos que lhes impõem.

Uma das formas de conseguir estes silenciamentos da categoria se dá pela instabilidade profissional como moeda de troca e barganha para manutenção dos empregos dentro da saúde indígena. Por este motivo, optei por ocultar parte da imagem que permitisse identificar as pessoas, mesmo com o termo de autorização de imagem e de Cessão de direito de uso de imagem, por compreender que a instabilidade e a precarização do trabalho são reais e para evitar preventivamente qualquer prejuízo aos participantes com os resultados deste trabalho.

Os grupos organizaram as imagens em três grupos: 1) as que representam o cotidiano do trabalho em equipe como atividades educativas com uso de recursos audiovisuais; o lúdico como o teatro e a construção de uma brinquedoteca pela equipe, para destacar o trabalho em equipe, sendo expresso como fortaleza o trabalho em equipe e o fato de ter uma EMSI incompleta; 2) as que representam o cotidiano da(o) enfermeira(o) nas CASAI como as visitas de enfermagem aos indígenas nas dependências das CASAIs e na rede de serviços do SUS como hospitais e UPAs; e o 3) cotidiano nas aldeias, com destaque ao Programa que atende crianças e as campanhas de vacinação dos povos indígenas.

As discussões sobre as atividades de educação em saúde foram em torno das estratégias utilizadas para manter a atenção dos indígenas que se dispersam facilmente pela dificuldade de compreensão do idioma e por não serem bem aceitos materiais impressos, usam com mais frequência materiais audiovisuais e atividades lúdicas como o teatro.

Ressaltaram a importância do trabalho em equipe e essencialmente o trabalho da equipe de enfermagem e dos demais profissionais de saúde. O médico é o profissional mais ausente nas equipes e as(os) enfermeiras(os) reconhecem as dificuldades com a ausência deste profissional, mas que ainda assim o trabalho continua, evidenciando a grande demanda e contratempos no planejamento de enfermagem quando o médico chega para compor a equipe por ocupar-se principalmente dos atendimentos individuais sem se envolver em atividades educativas e coletivas de promoção à saúde.

Destacou-se também o grande esforço dos profissionais em criar alternativas de atividades e de espaço lúdico e educativo, especialmente para crianças e adolescentes durante a permanência na CASAI, o que motivou a criação por toda a equipe da CASAI Icoaraci da Brinquedoteca Tupã. Entretanto, a equipe ainda enfrenta dificuldades pela ausência de profissionais habilitados para desenvolver atividades no espaço que foi construído com doações da equipe e nenhum apoio do DSEI. Por esse motivo, os profissionais escolheram a

brinquedoteca como representante do trabalho da CASAI Icoaraci, pois representa o esforço como equipe, mas também a falta de apoio à equipe e às necessidades dos povos indígenas.

Quanto ao cotidiano nas CASAIs, as imagens se interseccionam com os relatos do cotidiano das CASAIs que é expresso pelas visitas de enfermagem nas dependências, as dificuldades na assistência de enfermagem focada na doença sem priorizar a interculturalidade, as dificuldades em ter que lidar com os conflitos internos entre etnias e com as interrupções do atendimento e com as atividades burocráticas.

Quanto ao cotidiano na rede hospitalar acompanhado por enfermeiras(os) das CASAIs, são relatadas visitas fora dos horários de trabalho, as dificuldades na pactuação com outras instâncias de serviços de saúde, especialmente com a rede municipal que mesmo recebendo verba federal, como o IAEPI, que representa avanços na política de saúde indígena, e a possibilidade de parcerias com municípios que recebem a verba, ainda assim recusam-se a prestar atendimento aos povos indígenas.

Esses aspectos representam um cotidiano de disputas entre gestores locais dos Polos e CASAI que as(os) enfermeiras(os) precisam travar para dar continuidade à assistência à saúde que começa no subsistema de saúde indígena, mas que precisa ter continuidade na rede SUS. Nas atividades de gestão local, destaca-se a chamada Rede Amiga com o Ministério Público e a rede hospitalar que auxilia nos atendimentos, internações e consultas. As enfermeiras ainda relatam que tanto no SUS quanto na atenção privada, o preconceito e a hostilidade percebidos com os indígenas são também direcionados aos profissionais que atuam nos serviços de saúde indígena, o que foi considerada como uma ameaça pelas(os) participantes.

Quanto às atividades nas aldeias, assim como em outros estudos realizados com as(os) enfermeiras(os) na saúde indígena, as atividades mais citadas são a de atingir a meta durante a campanha de vacinação; a preocupação com a escala de trabalho, o que faz com que suas atividades girem em torno de abordagens mais procedimentais, especialmente as ações programáticas do calendário de cores do MS (Outubro rosa, novembro amarelo etc), de natureza técnico-assistencial e burocrático-administrativas. Concentram seus esforços em atender uma programação nacional de atividades técnico-assistenciais que não consideram o contexto e o calendário das comunidades indígenas, além das demandas referentes às atividades burocrático-administrativas de controle do DSEI de naturezas operacionais e epidemiológicas.

É comum os profissionais da CASAI se queixarem de falta de continuidade no tratamento quando as(os) indígenas voltam para a aldeia ou que os profissionais de saúde que estão nas aldeias os encaminham para as CASAIs em situações de saúde ou doença que podem ser resolvidas na aldeia. As relações ou as situações internas que promovem a mobilidade do

indígena estão além da questão biológica, mas muito mais relacionadas às questões sociais e políticas que interferem no processo de trabalho das(os) enfermeiras(os) na saúde indígena. Mesmo com uma compreensão limitada dos fatores que interferem no jogo político em que os indígenas estão incluídos, mas que não são os únicos e, portanto, culpabilizá-los e identificar o próprio indígena e seu modo de resistência e existência como uma ameaça é uma análise racista e superficial da estrutura e das relações políticas e de poder que se dá na sociedade brasileira e é refletida na saúde indígena. Essa culpabilização é retomada na categoria *conflitos culturais*.

A situação de encaminhamento da aldeia para as CASAIs, fica ainda mais evidente pela ausência do profissional médico, pois faz com que enfermeiras(os) se sintam ainda mais pressionadas(os), pois não resolvem os problemas de saúde no local, o que aumenta a saída dos indígenas das aldeias, onerando os serviços, uma vez que o deslocamento pode ser de carro, barco e/ou por avião. Além de que há concentração de esforços no controle de combustível e itinerário dos indígenas, chamado de programação de entrada e saída das aldeias. Mas, ao mesmo tempo, consideram-se resolutivos por terem que tomar decisões clínicas e avaliação da gravidade dos casos, o que reforça a necessidade da característica “ser polivalente” por assumirem funções de outros profissionais e, ainda, proverem ações programáticas de saúde e alcançarem as respectivas metas dos Programas do MS.

As imagens e falas revelam um processo de trabalho centrado no conhecimento regulação. Para Boaventura, a ignorância é concebida como caos e o saber como a ordem. Ser ignorante é viver em um caos e dentro de uma realidade que para esta forma de conhecimento é incontrolada e que, portanto, precisa de uma ordem. O conhecimento regulação é aquele que põe ordem na realidade e na sociedade, além de promover a ideia de hegemonia como uma tentativa de criar consenso baseado na ideia de que o que produz é bom para todos, fortalecendo a ciência universalista e antidiferencialista (61)(62).

Outro fator bastante discutido nos círculos de cultura sobre o processo de trabalho e apontado como fraqueza dos serviços foi a dificuldade de comunicação. Os desdobramentos sobre este aspecto foram muitos, dentre eles: Dificuldade de comunicação com os indígenas e com o DSEI, barreiras de comunicação, uso de linguagem verbal e não verbal, necessidade linguística ou idiomática dos profissionais e dos indígenas, comunicação efetiva, comunicação intercultural e necessidade de comunicação para tomada de decisão compartilhada no contexto de cuidados interculturais. Portanto, a comunicação foi um dos temas geradores em que as discussões mais se concentraram e foram organizadas aqui a partir de dois eixos: *dificuldade de comunicação com os indígenas e dificuldade de comunicação com a gestão do DSEI*.

A dificuldade de comunicação com o DSEI é identificada no domínio comportamental/prática/habilidade no atributo habilidade cultural mesmo não se tratando de relação com o indígena, mas que emerge nas relações de trabalho entre não indígenas. Trata-se de uma habilidade para uma comunicação efetiva mesmo entre falante do mesmo idioma, pois interfere igualmente no desenvolvimento do trabalho na saúde indígena. Identifica-se que há um jogo político e de poder que interfere nas relações de hierarquias, obrigações e controle entre nível central, onde se planejam as ações, e o nível local, onde se executam o que foi planejado da saúde indígena.

As dificuldades de comunicação com a gestão do DSEI, mais especificamente com a Diase, que é o setor que mais tem contato com a equipe de saúde local. No entanto, as(os) participantes colocam uma comunicação conveniente, pois se dá apenas quando é uma demanda ou exigência da Diase e que não acontece quando as demandas são da equipe de enfermagem.

Nesse sentido, as(os) participantes da CASAI Icoaraci entenderam que o problema de comunicação com a gestão do DSEI não poderia ser priorizado naquele momento, pois não seria possível uma ação que interviesse na complexa relação de poder das chefias dos setores do DSEI, uma vez que envolve acordos e indicações políticas com esferas superiores de governança do Estado brasileiro. Somado aos sentimentos de instabilidade empregatícia relacionados aos contratos de trabalho na saúde indígena e ao clima político durante o ano de 2018 e ainda mais intenso no segundo semestre daquele ano.

Já a dificuldade de comunicação com as(os) indígenas são descritas várias estratégias para superá-las, mas há uma reflexão mais crítica sobre essa comunicação quando Assurini fala “a gente só ouve mas não escuta”, ou quando ela faz a autocrítica para a estratégia do medo quando as(os) enfermeiras(os) condicionam a desobediência em não tomar a medicação com a possibilidade da morte, seguida da reflexão sobre a necessidade de se estabelecer e garantir uma comunicação efetiva, no conhecimento do outro e na responsabilização das decisões. Essa reflexão nos revela que aquela ideia de competência cultural apenas como uma competência linguística já está sendo ressignificada ultrapassando a necessidade de apenas traduzir por reconhecer apenas a barreira linguística para se estabelecer a comunicação e caminha na horizontalização das relações.

O diálogo franco e coletivo sobre todas os desafios apresentados permitiu reflexão sobre a dificuldade linguística ou idiomática, mas também sobre a postura autoritária da equipe, além das limitações em estabelecer uma comunicação efetiva e em promover decisão compartilhada no contexto de cuidados interculturais.

Entres os profissionais da CASAI Icoaraí foi identificado que comunicação com o indígena era a situação-problema que poderia ser enfrentada pelos profissionais naquele momento, o que foi um fator que diferenciou o grupo dos demais, pois gerou uma ação que foi a produção de uma cartilha idiomática para a interlocução entre indígenas e enfermeiras(os) atendidos na CASAI Icoaraci (Apendice II).

As falas trazem também a pressão por uma produtividade sem a estrutura necessária, além de serem pautadas apenas em condutas técnico-assistenciais e metas de procedimentos, campanhas de vacinação e ações educativas do calendário de cores, demonstrando um processo de trabalho que se reveza entre os modelos de atenção privatista, sanitaria/campanhista e de vigilância em saúde(17).

Os participantes apontaram como um dos problemas principais a comunicação, que é uma situação-problema com o DSEI e a comunicação linguística e não verbal com o indígena. Entretanto, o grupo das(os) participantes da CASAI Icoaraci teve a iniciativa de durante os Círculos de Cultura desenvolver uma Cartilha de interlocução com os idiomas indígenas atendidos pela CASAI Icoaraci como uma ação possível e concreta do grupo (Apêndice II).

Os limites da compreensão das(os) participantes como agentes transformadores históricos da realidade, está permeada pelo paradoxo da estabilidade profissional só poder ser alcançada fora da saúde indígena, haja vista a instabilidade do contrato temporário mesmo no serviço público, ou seja, é possível perceber que o processo de trabalho da(o) enfermeiro na saúde indígena sofre influência do vínculo empregatício frágil.

E a potencialidade da ação desenvolvida, que foi a produção da cartilha como instrumento facilitador do processo de comunicação e de aproximação com o universo cultural indígena, corresponde ao que Freire diz que a “natureza da ação corresponde à natureza da compreensão” (p.106)(69). A dificuldade de comunicação emerge inicialmente centrada no outro (indígena, Diase ou gestão do DSEI), mesmo com autocrítica de que as(os) participantes assumem posturas autoritárias, condutas imperativas, prescritivas e, muitas vezes, violentas, através da promoção do medo.

7.3.Da fase de tematização

Quanto às condições de trabalho, retratadas pelas imagens, essas expõem as dificuldades enfrentadas pelas(os) participantes nas CASAIs, Polos e aldeias, dando visibilidade à precarização cotidiana do trabalho na saúde indígena e da relação dialética com a beleza e os desafios da floresta Amazônica.

O imprevisto nas CASAIs é frequente, por ser um espaço projetado para pouco tempo de permanência, em que não há infraestrutura para atender indígenas em reabilitação, em período de pós-operatório, ou mesmo para os indígenas que fazem tratamentos longos como os oncológicos, tornando-se precário tanto para o trabalhador da saúde quanto para o indígena, pois é comum a falta de materiais para cuidados simples que podem ser realizados por enfermeiras(os) nas CASAIs.

Já nas aldeias os desafios são grandes e as condições de trabalho se mostram ainda mais preocupantes, evidenciados pela precária comunicação com a equipe nos Polos e CASAIs, falta de energia elétrica, as longas distâncias e o difícil acesso ao local de trabalho pelas águas, florestas e avião, mas também pela necessidade de os profissionais precisarem levar seu material de trabalho, como impressos, medicamentos, vacinas e combustível.

Os relatos são de longas viagens de avião, barco ou rabeta, que é uma embarcação pequena movida a motor, conforme se visualiza na Imagem 8, e muitas vezes transportam galões cheios de combustível, sem a menor preocupação com a segurança dos profissionais e sem sequer serem disponibilizados equipamentos como coletes salva-vidas. Acrescenta-se o fato de enfrentarem as dificuldades de acesso rodoviário aos territórios indígenas, que de alguma forma preservam estes territórios de ameaças como garimpeiros e madeireiros, mas também é percebido pelas equipes como dificuldades do trabalho na saúde indígena.

As discussões dos grupos abordaram os perigos naturais do trajeto, a relação dialética entre os riscos, os encantos e o contato privilegiado com a paisagem amazônica dos territórios indígenas, além da submissão a um trabalho insalubre, a dependência de um salário acima da média oferecida à categoria, que os submete a aceitar todas as condições de insalubridade que nenhum trabalhador de um hospital é submetido por estar dentro dos centros urbanos.

Ficam evidenciados nos relatos a aprendizagem e o contato único com a natureza como importantes. No entanto, a situação salarial é retomada aqui como fator essencial e determinante para permanência na saúde indígena diante das necessidades materiais destes profissionais, apresentadas também no perfil e nos desejos pessoais e familiares. O que favorece a manutenção da enfermagem na condição de operador de um sistema de saúde com pouca autonomia enquanto integrante das ciências da saúde e ainda colaborar com a lógica neoliberal de um modelo de saúde privatista e de manutenção de poder médico centrado.

As falas e as imagens representam a dinâmica de uma saúde indígena marcada pela precarização do trabalho da(o) enfermeira(o) que mantém as atividades, independente da

presença do médico²¹. Situação recorrente na saúde indígena, por ser uma área que não é uma alternativa viável de trabalho ou sequer de oportunidade de aprendizagem ou experiência, com raras exceções, entre os médicos brasileiros, por encontrarem melhores condições de trabalho e de remuneração nos centros urbanos. O que pôde ser percebido durante a coleta de dados, pois só foram encontrados médicos cubanos em todas as equipes em que o estudo se desenvolveu. Estes profissionais não foram mantidos após o fim do Programa Mais Médico pelo governo federal no início do ano de 2019.

As dificuldades de diversas naturezas no trabalho na saúde indígena, as necessidades materiais e a distância da família foram colocadas como os fatores determinantes para que se criasse uma espécie de trajetória destes profissionais nos serviços de saúde na indígena. Somada às demissões pela troca de conveniada e pela influência política e de lideranças indígenas, aumentam ainda mais a rotatividade de profissionais na área. As(os) enfermeiras(os) que permanecem criam uma espécie de trajetória na saúde indígena expressa pela permanência de dois ou três anos nas aldeias, depois conseguem transferência para as CASAIs de centros urbanos de municípios como Paragominas e Marabá, que lá permanecem mais dois ou três anos, e, por último, caso este profissional não tenha sido demitido, consegue a transferência para a CASAI Icoaraci, na capital. Este roteiro se relaciona à média de tempo atual na saúde indígena que foi apresentado no perfil das(os) participantes, de 6 a 11 anos, e que por coincidência aproxima-se do período dos treze anos de governo de um mesmo partido político na esfera federal, que está vinculado à SESAI (Secretária Especial de Saúde Indígena).

A materialidade histórica e dialética da constituição da enfermagem enquanto categoria profissional imersa no paradigma positivista, portanto determinista, dualista e reducionista, e que se dá dentro de uma sociedade de base sexista e patriarcal, é o que Boaventura chama de origem de grupos sociais. Grupos estes como o da enfermagem que são marcados em função da classe, sexo, raça, etnia, cidade, língua, capital escolar, cultural ou simbólico e que cada um destes fatores tem uma eficácia discriminatória na hierarquia da pertença dentro de um sistema social e econômico de dominação e exploração (245), cujos efeitos principais percebidos pela categoria são a precarização do trabalho, a insuficiente remuneração e a desvalorização profissional.

A complexidade entre uma formação positivista, as bases históricas de divisão sexual do trabalho de mulheres, a precarização do trabalho e o contexto de sociedade preconceituosa sob os efeitos do colonialismo, produz uma materialidade histórica e social à enfermagem e

²¹ Escrevo médico, no masculino, por ser uma profissão historicamente masculina.

consequentemente sua consciência de classe. Segundo Marx, “o modo de produção da vida material é que condiciona o processo de vida social, política e intelectual. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser, mas ao contrário, é seu ser social que determina sua consciência” (p. 47)(246). Para Marx, isso significa dizer que é na produção social da própria existência que os homens e mulheres²² entram em relações determinadas, necessárias e independentes de sua vontade e geram forças produtivas materiais. A totalidade dessas relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se eleva uma superestrutura²³ jurídica e política e à qual correspondem formas sociais de consciência (246).

A partir daqui foram aprofundadas as situações-problema, identificadas as formas de interculturalidade, mas também reveladas as faces de intolerância e preconceito. Na categoria da interculturalidade foram relacionados os resultados do instrumento de autoavaliação quanto aos atributos de conhecimento e habilidades culturais.

As principais respostas relacionadas ao conhecimento cultural apontam que há uma maior compreensão dos costumes alimentares e de bebidas de indígenas saudáveis e doentes; seguida da menção de respostas de “quase sempre” a compreensão das normas de convívio social dos indígenas. Os itens assinalados com apenas “às vezes” são os que correspondem a examinar as crenças e valores sobre saúde e doença dos indígenas (Espiritualidade, vida, gravidez, nascimento, feitiço, vingança, envelhecimento e morte), acionar o sistema de cuidados de saúde do indígena e acionar o uso de chás, ervas, unguentos, rezas, cantorias, banhos, desenhos, pinturas, arranhaduras, escarificações e rituais para cura indígenas. Isso significa que os itens que tratam de acionar sistemas de cuidados e de práticas de cuidados indígenas mais tradicionais são menos utilizados, confirmando o etnocentrismo e pouca interculturalidade, mesmo a funcional.

Quanto às habilidades culturais, a frequência maior das respostas “sempre” e “quase sempre” foram relacionadas às que tratam da comunicação verbal, não verbal e sobre os problemas que surgem com o uso do português com os indígenas, exatamente o que mostrou

²² Marx usa apenas o termo homens, porém acrescentei o termo mulheres por entender que se trata de condições que atingem os dois gêneros. Entende-se que ausência do trabalho feminino nos estudos Marx é uma limitação que já foi amplamente criticada por marxistas e não marxistas.

²³ Superestrutura é um termo cunhado por Engels em uma carta a Joseph Bloch em 1890 que classifica como superestrutura a política, o Estado e suas constituições, forças jurídicas e as ideologias políticas, culturais, filosóficas e religiosas que exercem poder, regulam, influenciam e atuam para manter a infraestrutura que é a base econômica da sociedade, os meios de produção e as relações de produção(260). E em um movimento dialético elas se mantêm, pois a superestrutura atua para manter a infraestrutura e a infraestrutura gera relação que precisa ser regulada pela superestrutura. E depois em O capital Marx explica: “a estrutura econômica da sociedade é a base real sobre a qual se ergue uma superestrutura jurídica e política e à qual correspondem determinadas formas sociais de consciência”, de que “o modo de produção da vida material condiciona o processo da vida social, política e espiritual em geral”(p. 1135)(261)

na investigação temática. O segundo item mais respondido foi que “quase sempre” as enfermeiras reconhecem as soluções dos indígenas para manter/recuperar a saúde dos indígenas. E de “quase sempre” reconhecer as práticas arriscadas, seguida por reconhecer as práticas úteis ou que facilitam o processo saúde-doença. Quanto a conhecer a eficácia dos tratamentos tradicionais, as respostas se dividiram entre “às vezes” e “quase sempre”. E apenas “às vezes” conhecem a classificação dos indígenas para as doenças, analisam a incidência e a prevalência de doenças entre indígenas a partir dos seus modelos de explicação e cosmologia, e apenas “às vezes” analisam a incidência e prevalência de doenças entre indígenas (a possível relação com os determinantes sociais) a partir dos sistemas de informação de saúde.

Os itens de autoavaliação relacionados aos atributos de conhecimento e habilidades culturais demonstram etnocentrismo e pouco envolvimento e esforço em conhecer as questões culturais indígenas que podem estar relacionadas à saúde. É preocupante que pouco se analisa a incidência e prevalência de doenças nos dois sistemas de explicação, tanto o do indígena quanto o utilizado no modelo de vigilância em saúde.

Optou-se por incluir o conhecimento e habilidade culturais na categoria empírica da interculturalidade, por ser tratar das relações estabelecidas na zona de contato²⁴ da saúde indígena entre diferentes tradições sociomédicas (159).

A interculturalidade apareceu nos Círculos de Cultura como negociação que não considera as práticas tradicionais, mas apenas toma conhecimento delas como mera formalidade da assistência, como narrativa do contato com a diferença, mas percebe-se mantém uma postura estritamente biomédica, intervencionista e tecnicista e alheia ao contexto social e cultural dos territórios indígenas. E, ainda, não reconhecem o valor intrínseco dos sistemas de cuidados e a medicina tradicional indígenas²⁵ reduzindo-os ao status de crença religiosa e o subordina à lógica técnico-científica que sustenta o modelo médico hegemônico.

Percebe-se uma interculturalidade menos conflituosa quando as questões culturais do indígena não estão na zona de contato com a área da saúde. Fora da área da saúde percebe-se

²⁴ Trata-se de espaços de encontros coloniais onde se estabelecem relações que geralmente envolve condições de coação, desigualdade e conflito (116).

²⁵ Sistemas sociomédicos indígenas é um termo usado por Luciene Ouriques Ferreira em artigo intitulado “Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras”(159), que utilizo aqui e acrescento o termo sistema de cuidados, por entender que há outras formas de cuidados que vão além do que os sistemas sociais que são comparados aos médicos e que são produzidos pelos indígenas. Utilizo o termo sistemas sociomédicos indígenas ou medicina tradicional indígena, pois em palestra de João Paulo Tukano, em 04 de dezembro de 2018, na Universidade Federal do Pará, campus Guamá, na cidade de Belém, ele justificou que manteve o nome do ambulatório localizado em Manaus de medicina tradicional indígena, mesmo diante de ameaças de processo por apropriação, para enfrentar o corporativismo médico, contestar, problematizar e resistir ao sistema de colonização de saberes, pois o não índio apropria-se de conhecimentos tradicionais e os chama de práticas complementares.

uma ênfase na aprendizagem e compreensão em situações que mesmo muito particular do universo indígena são consideradas aceitáveis e por vezes romantizadas por não questionar o modelo de atenção à saúde e o sistema biomédico. Assim, reaparece a cristalização ou fossilização e até folclorização da cultura indígena, quando se trata de outros campos que não a saúde, como também na matriz FOFA, quando as(os) participantes consideram a urbanização dos povos indígenas uma ameaça, por ser um fenômeno que os descaracteriza como índios.

Para Boaventura, o diálogo intercultural deve partir da dupla constatação de que as culturas foram sempre interculturais e que as trocas e interpenetrações entre elas foram sempre muito desiguais e quase sempre hostis ao diálogo (245). Portanto, ainda é um grande desafio e dificuldade aos que se propõem a torná-lo viável na prática profissional, especialmente para as ciências da saúde que são excludentes e dualistas.

Na PNAPI, a interculturalidade e/ou diálogo intercultural são apresentados como uma alternativa para minimizar as assimetrias e desigualdades geradas pelo trabalho de profissionais de saúde formados a partir do paradigma positivista. Para Breilh, quando as classes dominantes convocam um diálogo de culturas têm a intenção de deixarem de lado a realidade de sua dominação e se legitimarem (126) ou apenas fazem a gestão controlada de dois das principais formas de dominação hierarquizada que são o sistema de desigualdades e o de exclusão, conforme menciona Boaventura (62).

Nesse mesmo sentido, é que o indígena antropólogo Gersen Baniwa define a interculturalidade como um instrumento político empregado pelo Estado para convencimento dos povos indígenas (247). No campo da saúde indígena, Langdon ressalta que a interculturalidade está historicamente vinculada às teorias de aculturação, aos múltiplos usos discursivos da interculturalidade e sua noção está comprometida com o multiculturalismo neoliberal (116). A autora considera mais adequado caracterizar o campo da saúde indígena como uma zona de contato onde ocorre o encontro intermédico e são instituídas relações de poder assimétricas (116).

Trata-se de uma interculturalidade funcional que é um desdobramento do multiculturalismo a serviço do modelo neoliberal como uma estratégia de intervenção simbólica com a qual o Estado opera para realizar a gestão das diferenças étnicas e culturais (248)(178)(159). Essa interculturalidade preocupa-se essencialmente em gerenciar as diferenças étnicas e os problemas de comunicação, sem questionar os sistemas de desigualdades e exclusão.

Essa interculturalidade funcional é percebida quando há uma preocupação com os problemas de comunicação e incompreensões linguísticas e obviamente culturais entre os

diferentes. Portanto, promove o diálogo e a tolerância entre os diferentes, mas não trata as assimetrias sociais e não questiona os dispositivos de poder que perpetuam as desigualdades. Esse reconhecimento e respeito à diversidade cultural se “converte em uma nova estratégia de dominação que ofusca e mantém a diferença colonial através da retórica do multiculturalismo e da ferramenta conceitual da interculturalidade funcional com caráter integracionista”(p.16)(177).

A categoria interculturalidade funcional é trazida também por Walsh, ao explicitar que o caráter funcional se dá pelo reconhecimento e respeito à diversidade que se convertem em estratégia de dominação, que ofusca e mantém a diferença colonial através da retórica discursiva do multiculturalismo e uma interculturalidade integracionista que não apontam para criação de sociedades mais equitativas e igualitárias, mas apenas para o controle do conflito étnico e a conservação da estabilidade social cuja finalidade é impulsionar o modelo neoliberal de acumulação capitalista, agora “incluindo” os grupos historicamente excluídos (177).

Langdon e colaboradores concebem o conceito de intermedicalidade, que enfatiza o protagonismo dos povos indígenas no processo de construção de distintas realidades sociomédicas articulando, por meio de práticas de autoatenção, os recursos provenientes destes diferentes sistemas e torna o campo da saúde um lugar de emergência de formas híbridas de atenção (159). O conceito reconhece os povos indígenas como agentes de mudanças por articularem sentidos e práticas de saúde oriundos de distintos horizontes socioculturais de modo a recriar seus próprios sistemas sociomédicos. Para Foller, a intermedicalidade é “o espaço contextualizado de medicinas híbridas e agentes com consciência sociomédica que aproxima visões de mundo diferentes como a biomedicina e a etnomedicina para articular o que emerge em uma zona de contato” (p.117)(116).

Portanto, a intermedicalidade é construída pelos indígenas que reconhecem os limites de sua sabedoria, conhecimentos e práticas e os articula com saberes, conhecimentos e práticas que envolvem os cuidados, saúde e doença de povos não indígenas. Desta forma, o diálogo intercultural é promovido pelos indígenas e não parte dos profissionais ou dos serviços de saúde indígena. Claramente, todo o sistema de cuidados, da medicina tradicional indígena e seus praticantes são apagados, desqualificados, silenciados e marginalizados pela ciência da saúde e as(os) enfermeiras(os) são um dos seus principais operadores do sistema de gestão controlada das desigualdades e exclusão.

Isso se dá em função de a própria TUDCC de Leininger orientar três estratégias que teoricamente realizam um “diálogo intercultural ou a interculturalidade” do cuidado de enfermagem levando em consideração o modo de vida e crenças das pessoas que cuidamos que

são: preservação/manutenção, acomodação/negociação e repadronização/reestruturação do cuidado, ou seja, são ações de enfermagem que partem de uma concepção hierárquica e de validação de conhecimento, saberes e práticas apenas do modelo biomédico.

Claramente trata-se de um modelo etnocêntrico, validador e subordinador dos sistemas de cuidado e de medicina tradicional indígena. E, quando as(os) enfermeiras(os) percebem que esse modelo não dá conta da complexidade que é a saúde indígena que tem suas fragilidades expostas e dificuldades de fazer a articulação entre dois universos tão diferentes, tanto que relatam a necessidade de “despir-se” e as diversas dificuldades nos encontros culturais.

Compreender que as(os) participantes desenvolvem uma interculturalidade funcional é reconhecer que nasceram e vivem numa sociedade preconceituosa, que são formadas(os) por um sistema de pensamento dicotômico e reducionista e depois mergulhadas(os) em um processo de trabalho que as(os) torna operadoras(es) de protocolos sob controle, vigilância e poder. Além de reconhecer que os efeitos devastadores as(os) impedem de enxergar e considerar que a diversidade sociocultural favorece o reconhecimento da diversidade epistemológica de saberes no mundo, inclusive os produzidos pela Enfermagem.

Portanto, vê-se uma interculturalidade funcional que tolera alguns aspectos que envolvem a diversidade, mas sem tocar nas causas da assimetria sociais. Contudo, a atividade educativa mediada pelos Círculos de Cultura possibilitou revisitar concepções e experiências profissionais na saúde indígena e reavaliar posturas tomadas, como descreve Yanomami quando relata a experiência de tratar indígenas com malária e que não valorizava a influência da cultura no processo saúde-doença, assim como reavaliou sua postura enquanto profissional e ainda fez uma comparação com as mudanças de condutas na saúde que a própria ciência promove. Assim como, as(os) participantes fazem a crítica de que o serviço e a gestão cobram a interculturalidade funcional.

Nesse sentido, buscou-se promover o desenvolvimento das competências culturais críticas com enfermeiras(os) mediado por um método pedagógico, dialógico, não violento, permanente e insurgente, mas que enfrentou dificuldades via institucional, uma vez que o Estado compõe a superestrutura e, portanto, regula as relações de poder também na área na saúde, demanda uma interculturalidade funcional e fortalece apenas o conhecimento regulatório. Sendo assim, acredita-se que o enfrentamento dessa interculturalidade funcional, da lógica integracionista, prescritiva e instrumental da atuação da(o) enfermeira(o) na saúde indígena não se dará por via institucional, mas pela compreensão da necessidade de articulação da dimensão profissional com a dimensão sociopolítica do trabalho da(o) enfermeiro, principalmente em contexto de diversidade sociocultural.

7.4 Da fase problematização

O atributo encontro cultural no instrumento de autoavaliação mostrou como se dá o encontro cultural da(o) enfermeira(o) com os indígenas, com os pajés e as parteiras, com os AIS e outros produtores de saúde nas comunidades/aldeias e com ela(e) mesma(o) diante das dificuldades encontradas no processo de trabalho na saúde indígena.

Identificou-se uma tendência de que “quase sempre” a “sempre” os profissionais desenvolvem estratégias que facilitam o cuidado de enfermagem ao indígena, negociam cuidados individuais e coletivos considerando a eficiência das práticas e as crenças dos indígenas, consideram o ponto de vista e a compreensão da doença e/ou tratamento do indígena, utilizam a mesma linguagem e vocabulários dos indígenas na interação com eles. Avaliar as necessidades de comunicação, atuar e interagir socialmente fora do horário de trabalho, executar ações de saúde conforme preferência dos indígenas foi apontado como “nunca” e “às vezes”, o que representa uma lógica multicultural de tolerância, mas de forma intervencionista, pouco dialogada e horizontalizada.

Com os pajés e parteiras as respostas apontam para “nunca” e “às vezes” no que se refere a tomar decisões e executar ações de saúde com pajés e parteiras, conversar e considerar informações com as famílias e acompanhantes e executar ações de saúde com outro indígena que seja familiar ou pajé.

Com os AIS as respostas foram “quase sempre” e “sempre” no que se refere a se as(os) enfermeira(os) tomam decisões e executam ações; consideram a informação ou conselhos além de explicar assuntos, mostrar os procedimentos e supervisionar a prática. O que evidencia um trabalho intercultural funcional do enfermeiro, dos AIS e de um com o outro.

A relação da(o) enfermeira(o) com os AIS são as menos citadas como conflituosas, com exceção da(o) indígena enfermeira(o), haja vista o processo de instrumentalização, também conhecida como interculturalidade prescritiva (159), que os indígenas passam ao se integrarem com os profissionais e serviços de saúde, por se dar uma relação de poder e de subordinação que será mais bem desenvolvida a seguir.

Com a(o)s próprios participantes da pesquisa, foi identificado que elas(es) percebem que “quase sempre” estão motivados a trabalhar com os indígenas, mas que apenas “às vezes”, em momentos de frustração com os indígenas, procuram informações ou conselhos para aplicar ou aplicam uma estratégia alternativa. Nota-se que nos diálogos dos círculos de cultura os detalhes dos encontros culturais foram muitos mais ricos no que se refere ao universo cultural indígena, à agressividade apontada pelas(os) participantes e aos conflitos culturais.

As situações-problemas foram aprofundadas pela reflexão sobre como se deram os encontros culturais com a diversidade sociocultural da Amazônia e se iniciaram pela discussão sobre a formação acadêmica, a graduação que prepara para atuação no SUS, mas que negligencia a saúde indígena como parte integrante do sistema ou trata os povos indígenas como populações tradicionais²⁶.

Quando se soma esses resultados aos do perfil das(os) participantes formados na sua maioria em IES privadas na região norte pode-se inferir que a formação inicial na graduação atendeu parcialmente à Constituição federal, no Art.200 inciso III que diz que compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde (249), mas na prática, no ensino sobre o SUS o Subsistema de saúde indígena e PNAPI como parte do SUS não é abordado.

Nota-se a referência às populações tradicionais da Amazônia como ribeirinhos, assentados rurais e até indígenas desaldeados. Nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde no Art. 3º coloca apenas como temas transversais no currículo a questão das relações étnico-raciais e história da cultura afro-brasileira, africana e dos povos tradicionais e indígenas (250), já nas DCN da Enfermagem sequer cita como tema transversal, apenas prevê no seu Art. 5º a necessidade da(o) enfermeira(o) responder às especificidades regionais (137).

Outra questão relatada é o fato de o próprio serviço não preparar os profissionais para atuar na complexidade dos territórios atendidos pelo DSEI e quando a “capacitação” ocorre é apenas para a operacionalização dos programas de saúde e nenhum preparo às demandas relacionadas a conflitos emergentes da zona de contato no trabalho na saúde indígena. E foi comum os profissionais se referirem à entrada na saúde indígena com a seguinte expressão “cair de paraquedas”, ou seja, através da metáfora relatam o fato de caírem sob um território

²⁶ Faz-se necessário fazer a diferença de população tradicional para povos indígenas. O Brasil é signatário da Convenção 169 da OIT (Organização Internacional do Trabalho) desde 25 julho de 2003, através do Decreto 5.051 de 19 de abril de 2004, que considera povos indígenas e tribais em duas situações: a) aos povos tribais em países independentes, cujas condições sociais, culturais e econômicas os distingam de outros setores da coletividade nacional, e que estejam regidos, total ou parcialmente, por seus próprios costumes ou tradições ou por legislação especial; b) aos povos em países independentes, considerados indígenas pelo fato de descenderem de populações que habitavam o país ou uma região geográfica pertencente ao país na época da conquista ou da colonização ou do estabelecimento das atuais fronteiras estatais e que, seja qual for sua situação jurídica, conservam todas as suas próprias instituições sociais, econômicas, culturais e políticas, ou parte delas. Portanto, para a convenção, a consciência de sua identidade indígena ou tribal deverá ser considerada como critério fundamental para determinar os grupos aos que se aplicam as disposições da presente Convenção(262). De acordo com o Decreto 6.040, de 7 de fevereiro de 2007, que institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, povos e comunidades tradicionais podem ser definidos como *grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição*(263).

desconhecido de forma inesperada, sem formação ou preparação prévia, reforçando a identificação na matriz Fofa como uma fragilidade com pouco ou nenhum preparo para atuar na saúde indígena.

A ausência de acolhimento somada às experiências negativas que são compartilhadas sobre a saúde indígena, a relação de hostilidade que se perpetua no imaginário da população e o pouco ou nenhum contato com a saúde indígena durante a graduação são fatores que sustentam a evidente insegurança demonstrada pela metáfora do paraquedas.

A metáfora é clara quanto à necessidade de uma preparação para entrar na saúde indígena, mas também da necessidade de uma educação permanente que atenda essa e outras demandas que as(os) profissionais têm mas que não são atendidas, sequer consideradas quando se fala em atenção diferenciada, diálogo intercultural e/ou interculturalidade, pois é comum a preocupação com os indígenas e não com as(os) enfermeiras(os) que precisam lidar com a diversidade cultural sem o preparo prévio e permanente.

O Brasil tem uma Política Nacional de Educação Permanente em saúde (PNEPS) instituída pela Portaria GM/MS nº198, de 13 de fevereiro de 2004, que passou a compor o fundamento da política de gestão da educação na saúde, visando à formação e ao desenvolvimento de trabalhadores para o SUS. Posteriormente, a Portaria foi revista pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de setembro de 2007, que alterou seus mecanismos operacionais nos estados, mas manteve intacto seus princípios. Entretanto, o que se vê no cotidiano é uma ambiguidade com a educação continuada, pois esta última tem o caráter técnico-científico, mas não tem potencial para transformar as práticas nos serviços, mas tão somente a apropriação de uma informação. Já a educação permanente tem, ou pelo menos deveria ter, o caráter transformador de práticas técnicas e sociais e como resultado mudanças no processo de trabalho, pois é uma estratégia de estruturação dos serviços a partir da análise da determinação social e econômica, mas sobretudo de valores e conceitos dos profissionais.

A educação permanente está incluída na educação de adultos que se dá no contexto profissional. A partir do mundo do trabalho, as experiências de aprendizagem necessitam ser estruturadas cuidadosamente de modo a estimular o diálogo aberto, troca de ideias e respeito à heterogeneidade do grupo e de seus indivíduos. Portanto, como educação de adultos deve ser organizada conforme as necessidades educativas, profissionais e culturais da sociedade, que se dá ao longo da vida, comum a todos nós e que alimenta o ciclo da mudança de comportamento (251). Porém, não é o que se vê e se viu durante o encontro de RTs, pois a pauta dialogada concorria com a informativa, travestida de atualização/capacitação técnica, e nas falas manifestam a dificuldade de comunicação com a DSEI, que se dá apenas para as questões

operacionais que são as atividades burocrático-administrativas, epidemiológicas que são as atividades técnico-assistenciais e nenhuma atenta para as questões socioculturais.

As situações-problemas foram apresentadas, escutadas, faladas, argumentadas e problematizadas conforme foram se desenvolvendo os círculos de cultura até que o significado social de algumas posturas diante do processo reflexivo se mantiveram a exemplo da fala de WaiWai quando ele culpabiliza o indígena pelo o que ele chama de agressividade e pressão, entre outros exemplos que emergiram e é apresentado no atributo encontros culturais como intolerância, preconceito, imposição de um modelo de saúde, agressividade e pressão, a tal ponto que compreende-se muito bem o que Freire disse na frase “Quando a educação não é libertadora, o sonho do oprimido é tornar-se opressor”.

Para Krenak e colaboradores existe um racismo anti-indígena na esfera da superestrutura que desde a colonização até a formação do Estado brasileiro é vivido pelos povos indígenas(243), o que gerou formas de preconceitos manifestadas também no cotidiano da saúde indígena em que a superestrutura também opera e que no nosso estudo emergiu como formas de conflitos pela incompatibilidade de sistemas socioculturais e de cuidados de atuação diretamente no campo profissional da(o) enfermeiro.

O que se identificou foram preconceitos e tendências intolerantes de profissionais em relação a grupos culturais diferentes com os quais as(os) participantes se identificam e podem influenciar na assistência à saúde indígena. Porém, foi percebido nas falas o que Boaventura chama de subordinação cultural, ou seja, sob a fachada de benevolente se escondem trocas culturais muito desiguais, manifestada quando as(os) enfermeiros não reconhecem como conhecimento o processo empírico dos sistemas de cuidado indígenas e a lógica das experiências empíricas dos indígenas até muito semelhantes aos métodos ditos científicos tão valorizados por elas(es).

Uma forma de manifestação deste preconceito é quando a(o) profissional não compreende como forma de manutenção da existência e de resistência aos processos de assimilação cultural, especialmente quando a(o) identidade do ser enfermeira(o) não suplanta sua identidade indígena, mesmo depois de ser inserido no sistema de conhecimento na universidade. É nítido o desconforto na fala de Waiãpi de que enfermeiras(os) não indígenas quando percebem que para a(o) enfermeira(o) indígena o ser enfermeira(o)/profissional não anulou sua identidade indígena e mantém a postura questionadora, isso incomoda a ponto de colocar em dúvida a capacidade do indígena, enquanto profissional, demonstrando a clara insatisfação com o silenciamento que não deu certo.

Trata-se de uma situação que demonstra claramente que a monocultura da naturalização das diferenças que hierarquiza e inferioriza(62) não teve sucesso e ainda o que mesmo diante do cotidiano do serviço de saúde e de uma formação universitária o indígena enfermeiro não sucumbe às operações institucionais minuciosas de controle, sujeição de suas forças e que lhes impõe uma relação de “docilidade-utilidade” (p. 133)(252).

As manifestações de hostilidade ou as faces e formas de preconceito podem ser exteriorizadas também pela recusa em considerar os efeitos históricos de violência, genocídio²⁷, etnocídio ou genocídio cultural²⁸, escravidão e discriminação que os povos indígenas enfrentaram, resistem e veem sendo impostos a eles, mas que ainda assim se reinventam, desde o processo de invasão dos portugueses, conforme diz Krenak (243). Logo, é preciso que enfermeiras(os) e profissionais de saúde considerem o impacto desses processos sobre os modos de vida e de luta dos indígenas para terem seus direitos reconhecidos e conquistados. Sem compreender esses processos, emerge a categoria entendida pelos participantes como agressividade indígena.

Os diálogos são muito ricos e nos levam a várias linhas de compreensão, mas a principal delas é que a educação permanente é de fato um desafio ambicioso e necessário, como refere Ricardo Ceccim (253)(254). Uma educação que seja de fato permanente e que trabalhe no “Deslocamento dos padrões de subjetividades hegemônicas” como um processo de “deixar de ser os sujeitos que vimos sendo, por exemplo, que se encaixam em modelos prévios de ser profissionais, confortáveis nas cenas clássicas e duras da clínica tradicional, mecanicista, biologicista, procedimental-centrada e medicalizadora”(p. 167)(253)(255). Uma educação

²⁷ Mesmos o crime de genocídio ter acontecido em outros momentos da história da humanidade como foi o processo de escravização de africanos (264), a primeira definição veio apenas em 1946 com Lemkin com o final da segunda guerra para classificar como crime a brutal violência cometida pelos nazistas contra os judeus (265). Na ocasião genocídio foi definido como um plano de desintegração política e social de determinados grupos em uma sociedade. Em 1948 a ONU na Convenção para prevenção e repressão do crime de genocídio entende como quaisquer dos atos relacionados, cometidos com a intenção de destruir, total ou parcialmente, um grupo nacional, étnico, racial, ou religioso, tais como: (a) assassinato de membros do grupo; (b) causar danos à integridade física ou mental de membros do grupo; (c) impor deliberadamente ao grupo condições de vida que possam causar sua destruição física total ou parcial; (d) impor medidas que impeçam a reprodução física dos membros do grupo; (e) transferir à força crianças de um grupo para outro (266).

²⁸ Para Lemkin o genocídio tem a intencionalidade de eliminação física e os métodos mais usados são: massacres, assassinatos, chacinas, servidão por dívida, sequestro de crianças, estupro, fome e epidemias. Já Etnocídio ou Genocídio cultural é a destruição sistemática do modos de vida, de cosmovisão, sistema de produção e de pensamentos de pessoas distintas (267)(268). E de maneira mais perversa o etnocídio se dá no ambiente cotidiano no qual se desenrola a vida material, cultural e social de milhares de povos indígenas pertencentes a dezenas de povos diferentes e únicos no planeta (267).

permanente que lide com problemas reais, pessoas reais e equipes reais e que os coloque em permanente produção (ibid).

As(os) participantes denunciam a agressividade como forma de agressão psicológica ou desrespeito por parte de indígenas. Trata-se de uma questão dialética, uma vez que ao mesmo tempo as(os) participantes são também agressivas(os) e desrespeitosas(os) com a história de luta e sobrevivência destes povos e suas consequências. E mesmo que colegas colaborem com uma reflexão mais crítica retomando o processo histórico do período em que a Funai era responsável pela saúde indígena, ainda assim é percebida a dificuldade de algumas(ns) participantes em reconhecer as marcas indeléveis do nosso relacionamento inter-racial e intercultural que marcam nossa história, e, ainda assim, seguir culpabilizando direta e unicamente o indígena pela agressividade.

Outra questão que retorna, é que para as(os) participantes esse tipo de comportamento já deveria ter sido extinto em virtude do acesso à escolarização e à universidade. Ou seja, a partir do momento em que o indígena tem acesso a estas instituições eles não teriam por que manter a agressividade. Isso significa que para as(es) enfermeiras(os) estas instituições de ensino promovem o controle, como afirma Foucault, especialmente dos corpos rebeldes, que por já terem passado por estas instituições já deveriam ter se tornado corpos dóceis e disciplinados, tornando-se corpos que não contestam, apenas se deixam instruir(252). O que mantém uma relação de poder sobre o indígena, tanto no papel de usuário quanto no papel de profissional.

Tal aspecto é reforçado pela formação etnocêntrica da área da saúde, que se apresenta como insuficiente para lidar com a complexidade da saúde indígena. E mesmo depois, já na atuação profissional, a educação permanente não articula a equidade e a integralidade como práticas cotidianas; não promove uma reflexão sobre as necessidades e dificuldades das(os) profissionais diante da complexidade e dos conflitos com as práticas de saúde indígena, assim como não oportuniza uma prática profissional mais adequada às necessidades individuais e coletivas de indígenas.

Portanto, é clara a necessidade de um processo educativo permanente que considere o cotidiano do trabalho real na saúde indígena, que considere as contradições e incompreensões que resultam em um cotidiano de tensão entre profissional e população indígena, aumentando assim a incompreensão, a insatisfação dos povos indígenas e das(os) enfermeiras(os).

A experiência dos Círculos de Cultura possibilitou a escuta das(os) enfermeiras(os), mas também promoveu a autoreflexão a partir das contradições do processo de trabalho que as(os) participantes apresentaram. Portanto, foi um exercício para ressignificar o distorcido conceito

de competências culturais que muitas vezes é usado apenas como uma ferramenta de trabalho para as(os) enfermeiras(os) que atuam em populações ou povos culturalmente diversos. Entretanto, de acordo com Campinha-Bacote, é necessário considerar o impacto da cultura profissional como determinante no processo de assistência à saúde. E para desfazer essa distorção conceitual foi preciso primeiro reconhecê-la como estratégia “para negar, confundir, esvaziar de sentido e potência, instrumentos importantes de libertação para manter confinados os sujeitos a opressões de determinados grupos”(244).

As contradições reveladas e a possibilidade dos deslocamentos de subjetividades que se revelaram na dialética deste estudo são parte do movimento de construção social e histórica do que Freire chamou de inédito viável, que é a percepção crítica que as pessoas têm em ir além das situações-limites e perceber de estas são possíveis de serem superadas, ultrapassadas e poderem ser concretizadas por uma *práxis* libertadora de uma ação dialógica (69)(256).

Dialeticamente, as(os) participantes reconhecem que o preconceito existe e integra a sociedade, mas ao mesmo tempo não se reconhecem como parte da infraestrutura e como os agentes do Estado para gerenciar os efeitos das desigualdades e exclusão promovidas pelo sistema econômico.

Destaca-se na categoria empírica “encontro cultural” a presença da(o) indígena que é enfermeira(o), em um encontro das culturas profissionais e indígenas que precisa ser mais bem explorado. Mas que neste estudo emergiu e revelou que o ser enfermeira(o) não anulou o ser indígena, mas que no contexto profissional tem um significado de permanência e existência nos espaços como os da saúde, uma vez que não era habitual vê-los ocupando e onde são aparentes a dupla afirmação da sua existência e do seu ser enquanto indígena.

Emerge a contradição desse contexto, em que a(o) indígena enfermeira(o) assume uma postura de questionar o sistema que está inserido, mas ao mesmo tempo provar sua competência para se manter no serviço como profissional que integra o colonialismo de subordinação da medicina tradicional indígena ao conhecimento técnico-científico da saúde, além também de assumir a postura de gerenciador dos sistemas de exclusão e de desigualdades integrados ao sistema de saúde, para manter o subsistema de saúde indígena que é um direito conquistado, mas que mesmo tendo seus problemas assiste à população indígena e sobrevive às ameaças da municipalização, e ainda, usa esse espaço para romper com o silenciamento do seu povo.

Percebe-se, ainda, outra esfera de interculturalidade que se dá na gestão dos serviços e com a presença de um indígena como enfermeira(o) e gestora(or) local, mas que mantém narrativa e preocupação com a operacionalidade do serviço e em integrar os indígenas que atuam como AIS, AISAN e técnicos de enfermagem ao modelo biomédico.

As discussões tratadas até aqui evidenciaram reflexão, reconhecimento e autocrítica que são importantes processos que orientam a Ecologia de saberes, conforme menciona Boaventura(61). Assim, há uma mobilização para as questões das competências não apenas as técnico-assistenciais, mas uma certa compreensão de que estão imersos em uma superestrutura que os mantém como agentes do Estado na gestão das desigualdades e da exclusão e, consequentemente, atuando apenas na interculturalidade funcional.

A atividade educativa mediada pelos círculos de cultura foi um exercício de educação corajosa que deu voz às(aos) enfermeiras(os), criou um ambiente de diálogo franco sobre as dificuldades, conflitos e potências do trabalho da(o) enfermeira(o) na saúde indígena. Constituiu uma experiência, uma possibilidade de educação permanente mais horizontal, que permitiu a identificação nas atividades cotidianas de uma ação com potencial para minimizar o etnocentrismo e ao mesmo tempo conseguir aproximar as(os) participantes dos indígenas e respectivos contextos histórico e social.

Nesse sentido, a concepção de educação freiriana que se compromete com as pessoas e as entende como agente de sua recuperação da condição de oprimidas(os) para uma postura consciente crítica diante de sua realidade (69) permeou a análise e nos permitiu identificar momentos de consciência em transitividade crítica das(os) participantes que foram destacados nos itens *mobilização de criticidade*.

Segundo Freire, a consciência pode ser intransitiva, transitiva-ingênua e crítica. Trata-se de etapas do processo de conscientização que implica

Que ultrapassemos a esfera espontânea de apreensão da realidade para chegarmos a uma esfera crítica na qual a realidade se dá como objeto na qual a realidade se dá como objeto cognoscível e na qual o homem assume uma posição epistemológica, uma práxis no ato da ação-reflexão-ação (p. 33)(69).

O momento de transitividade crítica vai da consciência transitivo-ingênua para a crítica e a educação dialógica e ativa amplia o poder de captação e respostas às questões de seu entorno, amplia os interesses e preocupações para além da simples esfera vital e individual, nega a transferência de responsabilidades, recusa-se ao imobilismo e já adere ao diálogo e não à polêmica, porém ainda não faz uma interpretação profunda dos problemas e não assume totalmente suas responsabilidades sociais e políticas por ainda compreender a realidade a partir de seu condicionamento histórico-cultural e fatalista(165).

Compreendeu-se que após os Círculos de cultura as(os) participantes apresentam elementos de consciência transitiva-ingênua, pois foi possível chegar a um tema gerador que ressignificou as ações individuais que já aconteciam no cotidiano de sua atuação, mas que ao

mesmo tempo conseguiu gerar no grupo das(os) participantes da CASAI Icoaraci uma organização em torno da elaboração da Cartilha idiomática (Apendice II), que é uma tecnologia leve segundo Merhy (217).

Ou seja, constituiu-se uma ação-reflexão-ação, mesmo sendo uma ação local que as(os) organizou e mobilizou não só enfermeiras(os), mas também indígenas, professores indígenas, tradutores e estudantes falantes dos idiomas indígenas que estão em formação na Universidade Federal do Pará (UFPA). Todos atuaram em torno de uma produção coletiva e colaborativa, portanto mais que apenas envolvidas com a realidade apresentada, se mostraram comprometidas(os) em colaborar para a mudança da própria realidade, percebendo-se, como refere Freire, engajamento no esforço de transformação da realidade concreta e objetiva das(os) participantes.

Porém, é inegável também que a ação significa também certo imobilismo das(os) participantes em assumir uma postura mais crítica dentro de um sistema e uma superestrutura que imobiliza, aprisiona e não dá condições necessárias para que o trabalho e a assistência de saúde que promova uma interculturalidade crítica, a ecologia dos saberes e o desenvolvimento de competências culturais além da competência linguística. E sem conseguir superar essas amarras as(os) participantes direcionam sua ação concreta para o sujeito do cuidado a fim de trabalhar o que não conseguem dentro da estrutura da saúde. E passam a olhar o tema gerador “dificuldade de comunicação” com potencial para transformar-se em ação de cuidado ao propor a construção da cartilha.

Portanto, desenvolveu-se uma tecnologia leve que colaborasse para o cuidado de enfermagem na CASAI Icoaraci, pois o caráter interacional do cuidado de enfermagem torna as tecnologias leves o centro do processo de trabalho da enfermagem. Assim, dependendo do modo como se organizam os espaços da prática, há maiores e menores chances de “através do fluir de uma sabedoria prática por entre o mais amplo espectro de saberes e materiais tecnocientíficos disponíveis, a presença do outro seja mais efetiva e criativa” (p.88)(257).

A produção da cartilha idiomática como uma tecnologia leve assistencial coincide com o fato de o ano de 2019 ser considerado o ano das línguas indígenas pela UNESCO (Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e cultura). Essa iniciativa permite também contribuir para a conscientização da urgente necessidade de se preservar, revitalizar e promover as línguas indígenas no mundo.

Segundo a UNESCO, existem mais de 6 a 7 mil idiomas indígenas no mundo e cerca de 97% da população mundial fala somente 4% dessas línguas. Somente 3% das pessoas do mundo falam 96% de todas as línguas indígenas existentes. No Brasil, há 45 línguas criticamente

ameaçadas. A grande maioria dessas línguas, faladas sobretudo por povos indígenas, continuará a desaparecer em um ritmo alarmante. Sem a medida adequada para tratar dessa questão, mais que idiomas irão se perder, mas com eles a história, as tradições e a memória associadas a elas e provocarão uma considerável redução da diversidade linguística em todo o mundo (258).

A cartilha produzida é uma ferramenta com algumas expressões e palavras mais usadas na assistência de enfermagem que podem facilitar a comunicação e interlocução com as etnias atendidas na CASAI Icoaraci. Tem como objetivo auxiliar na comunicação, facilitar o cuidado e aproximar o profissional de saúde com o universo indígena através da palavra. Reconhece-se a riqueza de cada um dos cinco idiomas que nela estão, por este motivo não se pretendeu esgotá-los, haja vista que no processo de comunicação entre indígenas e não indígenas há elementos como olhar, volume e tom de voz, o dito e não dito que agem na comunicação e que a(o) enfermeira(o) precisa estar atenta(o).

As preocupações de natureza intercultural, como são as competências culturais, despertam importantes iniciativas para a reconstrução das práticas de saúde por meio de reflexões e inovações da maior relevância no cuidado em saúde de populações de maior vulnerabilidade como os povos originários. Desse modo, a cartilha é uma tecnologia leve que nasceu da necessidade do profissional, da complexidade do seu processo de trabalho e da *mobilização de criticidade* despertada pela experiência nos círculos de cultura.

Considero que mesmo sendo produto de um momento de consciência em transividade crítica que promoveu uma ação-reflexão-ação local, esta precisa ser considerada e valorizada, pois conforme menciona Freire a educação libertadora é um compromisso político com a transformação do mundo, mas envolve desde o despertar para um convite amoroso ao ato de nos re-vermos e de nos re-descobrirmos, até as etapas de descobrir-se, solidarizar-se e lutar a partir desta descoberta (167). Para o autor a libertação nasce na ruptura da inércia do oprimido e não reside fora da ação humana, por este motivo que mesmo sendo uma ação local ela demonstra o compromisso em assumir uma postura de acordo com a descoberta do grupo.

Ao passo que as discussões e reflexões da problematização aconteciam no sentido de despertar para um desvelamento crítico, os grupos fazem uma autoavaliação crítica dos seus valores e padrões culturais, dos preconceitos, do processo de trabalho, da interculturalidade negligenciada e até apontam o sistema econômico capitalista como uma das principais ameaças ao trabalho da enfermagem, à saúde como direito, à existência dos povos indígenas, à luta contra a desigualdade social, mas também reconhecem a grandiosidade da superestrutura.

Portanto, há alguma compreensão de onde as contradições estão vindo e a capacidade de gerar uma ação concreta contra hegemônica limitava-se ao que seria possível localmente, o que ficou muito claro para o grupo da CASAI Icoaraci que gerou um produto que mesmo limitado é uma ação concreta, que representa uma mudança ao produzir uma cartilha idiomática que aproxima, possibilita uma interlocução entre indígenas e as(os) enfermeiras(os) e que pode mudar a estrutura a partir das pessoas e de cada um de nós.

Os grupos de Paragominas e Marabá se comprometeram a se aproximarem da cultura, da cosmologia do universo indígena e dos cuidadores tradicionais das etnias atendidas por eles. Ao final dos Círculos de cultura esses grupos organizaram uma lista com algumas de suas reelaborações e ressignificações sobre competências culturais que as(os) enfermeiras(os) precisam desenvolver ao trabalhar na saúde indígena.

Durante o processo foi acordado que após 60 dias a pesquisadora voltaria para compartilhar as experiências, mas depois das mudanças ocorridas nos serviços não foi possível retomar aos locais, pois grande parte dos grupos que participou dos Círculos de Cultura foi desfeita.

A avaliação dos círculos de cultura foi positiva e as palavras mais citadas foram: *produtiva, reflexiva, interessante, aprendizagem, conhecimento, esclarecedora, descobertas, incentivadora, sensibilização cultural, compartilhamento de experiências, reconhecer as fraquezas, superação, foi plantada a semente da interculturalidade, fortalecimento, ótima e conflituosa.*

Outro fator positivo, foram os resultados obtidos por meio do instrumento de autoavaliação que não apresentou resultados tendenciosos a respostas socialmente aceitáveis, como as que apontassem que sempre agem de acordo com as situações de competências culturais apresentadas neles, mas pelo contrário, em muitos domínios reconheceram que há muito a ser desenvolvido. O que demonstra possível autoavaliação crítica e reflexiva que foi exercitada durante os Círculos de cultura.

As avaliações, os resultados obtidos por meio do instrumento de autoavaliação, as discussões e reflexões dos círculos de cultura apresentados no item mobilização de criticidade de cada domínio apontam para uma mobilização da reflexão e autoavaliação críticas sobre as competências culturais exigidas do trabalho da(o) enfermeira(o) na saúde indígena.

7.5 Interlocução com o referencial teórico

As categorias capazes de desvelar as relações essenciais à luz da Ecologia de saberes, partem da análise material e histórica dos três sistemas estruturais de injustiças, opressão e exploração das sociedades, que são o colonialismo²⁹, o capitalismo e o patriarcado. Estes três incidem na produção epistemológica da ciência moderna, que para Boaventura, também promoveram a distribuição desigual de poder entre os diferentes grupos sociais quando transformaram alguns deles em objetos, o que consequentemente afeta a aplicação desse conhecimento científico, especialmente na sua capacidade de regulação e de emancipação.

O projeto sociocultural da modernidade assenta-se em dois pilares: o pilar da regulação e o pilar da emancipação. O pilar da regulação hierarquiza, distribui e valoriza de forma desigual funções e postos, sociais e profissionais, criando critérios de complexidade como fator determinante dessa hierarquização, sobretudo do saber como poder (61).

Assim, vem produzindo ausências ou não-existências de experiências, lutas e saberes colocando-os à margem dos centros hegemônicos colonizadores e produzindo cinco formas sociais de não-existências que é “o ignorante, o residual, o inferior, o local e o improdutivo”(p.104)(169). Atributos que são associados aos povos indígenas e negros no Brasil, que sofreram e sofrem até hoje as consequências dos três estruturais sistemas de opressão.

A contextualização em que os Círculos de cultura aconteceram revela um cenário político, pós-golpe parlamentar em 2016, de subordinação Estatal ao capitalismo, como consequência histórica do colonialismo, que corrompe as esferas de poder no Brasil e atinge diretamente e em cascata todas as instâncias de gestão dos serviços de saúde indígena o que comprometeu a continuidade dos processos administrativos e assistenciais nos DSEIs e no Guatoc não foi diferente.

O perfil das(os) participantes revela a tríplice inequidade ou desigualdade de classe, raça e gênero que atinge também enfermeiras(os). Portanto, há que se reconhecer que os problemas da categoria profissional não estão alheios à realidade que muitas vezes é atribuída apenas a

²⁹ Para Boaventura, é uma forma de capitalismo que se deu pela ocupação histórica de territórios estrangeiros cujo fim era a exploração econômica, dominação social e cultural eurocentrada como um padrão de poder mundial. Um dos eixos principais é a classificação social da população de acordo com a ideia de raça que diferencia pessoas por uma suposta estrutura biológica que situava a uns uma situação natural de inferioridade em relação a outros. Assim, trata-se de uma construção mental que expressa a experiência elementar da dominação colonial. Esta conotação racial estabelece relações sociais que se configuram em relações de dominação que criam identificações e estereótipos que são associados as hierarquias, lugares e papéis sociais que geram uma padrão de dominação que até hoje se vê na estrutura de poder das sociedades colonizadas, assim como os seus produtos que são os sistemas de desigualdades e exclusão. O autor cita ainda novas formas de colonialismo, como o *Welfare state* como um exemplo de colonialismo do princípio da solidariedade(62).

parte de população que não a enfermagem. Logo, este reconhecimento é uma tarefa importante para a categoria que precisa ter consciência e compreensão dos efeitos sociais que são construídos historicamente e devem ser analisados não apenas pela epidemiologia clássica, mas compreender os efeitos gerados no processo de determinação social para a categoria profissional da enfermagem.

Ter uma compreensão interseccional das características do perfil das(os) participantes é também reconhecer que a vida tem uma diversidade que nos impõe o entendimento crítico das questões das desigualdades e da opressão para além das classes sociais de uma análise histórica materialista Marxista, mas também as raciais e de gênero. Essas são questões que precisam ser enfrentadas como demanda de um projeto profissional e de sociedade que ambas precisam desenvolver diante da exploração da força de trabalho e da produtividade da(o) enfermeira(o) dentro do sistema capitalista, do colonialismo em que a enfermagem historicamente se mantém, pois em muitos aspectos se vê como colônia do mercado, do Estado e de outras profissões que por conveniência lhe dão autonomia e autoridade no cuidado na área da saúde, e do patriarcado, de subordinação às figuras masculinas e do poder do homem em relação à mulher.

Quanto à classe social, é um fator determinante na produção da enfermagem enquanto categoria profissional, uma vez que ela representa possibilidade real de mobilização ou ascensão social para pessoas que tem uma origem pobre, negra/parda e de pouca oportunidade de estudo, mas que tiveram acesso ao ensino superior em IES privada após políticas de governo. Instituições estas imersas no mercado que considera ensino superior produto e não direito, formam profissionais para atender às demandas do mercado e do Estado, que é essencialmente de conhecimento regulador.

Os resultados demonstram que a atual estrutura de atuação da(o) enfermeira(o) na saúde indígena não favorece o conhecimento emancipação³⁰, mas a(o) coloca em contato diário com a PNAPI e com as políticas públicas voltadas aos povos indígenas que representam luta e conquista histórica dos povos indígenas por sua existência sociocultural, além de garantir seu papel político nas instâncias de regulação e proposição do SUS. Uma aproximação poderia ser viabilizada e mediada pela proposta de uma educação permanente e libertadora que colocasse enfermeiras(os) e indígenas lado a lado e promovesse uma reflexão sobre os respectivos papéis na participação política na saúde, nos serviços de saúde e na vida em sociedade.

Imersos em um sistema econômico neoliberal, o trabalho na saúde indígena representa uma possibilidade e estratégia de sobrevivência diante da exploração e da desvalorização da

³⁰ Boaventura diz que o conhecimento emancipação é aquele que considera o colonialismo com a ignorância e a solidariedade ou a autonomia solidária como o conhecimento(171).

categoria, mas também para alcançar uma atuação profissional, não para si, mas para os filhos, como a categoria médica, que é melhor remunerada, hierarquicamente superior à enfermagem, que tem mais autonomia e, portanto, representa ascensão social e melhores condições de vida. Para si, a busca pela estabilidade profissional através da aprovação em concurso público retoma à questão da insegurança profissional sentida em função da exploração, desvalorização, precarização do trabalho e das condições do trabalho e da produtividade de enfermeiras(os) numa relação dialética de estar em serviço público na saúde indígena, mas viver os efeitos do sistema capitalista na face neoliberal do Estado brasileiro.

Neste contexto, as(os) participantes atribuem as suas competências à característica de ser polivalente, o que remete à característica feminina culturalmente construída de que a mulher dá conta da vida profissional, doméstica e de cuidados dos filhos. Esse imaginário reforça a exploração da mulher, amplia e naturaliza o sexismo e o machismo, características do patriarcado. A enfermagem enquanto profissão vem reinventando-se, assim como os povos indígenas, na luta pela sobrevivência em uma sociedade discriminatória. Mas a enfermagem enquanto categoria profissional não encara o legado perverso do patriarcado às mulheres e consequentemente as profissões que são associadas ao universo feminino e que igualmente são desvalorizadas, precarizadas e subordinadas.

A Ecologia dos Saberes nos ajuda a compreender que o conhecimento da Enfermagem é essencialmente regulador e não emancipador. Historicamente, a enfermagem submete-se ao Estado, ao Mercado/Capital e à sua Comunidade científica interna que legitimam a lógica de que o caos é a ignorância e que a ordem é o conhecimento, pois conforme foi exposto nos resultados quanto ao processo de trabalho e na interculturalidade funcional, que mesmo diante da complexidade que é atuação junto aos povos indígenas, a atuação das(os) enfermeiras(os) segue a lógica de gerir ou administrar as desigualdades e exclusões tão profundas na vida desses povos.

A formação positivista que se inicia durante a graduação e tem continuidade na atuação profissional nas atividades de educação continuada e/ou permanente, imersos num cotidiano cuja competência é avaliada por sua capacidade de atuar nas questões técnico-assistenciais, burocrático-administrativas, epidemiológica clássica, haja vista que o serviço de saúde segue a lógica de produtividade do mercado, de exploração do trabalhadora(or) do neoliberalismo, o que compromete a compreensão de suas competências para além da competência técnica, assim como das competências culturais para além da competência linguística.

As sociedades capitalistas que vivem os efeitos do colonialismo têm duas principais formas de dominação hierarquizadas que são o sistema de desigualdade e de exclusão. E cada

vez mais pessoas passam do sistema de desigualdades para o de exclusão. Para Boaventura há duas formas híbridas mais importantes que se identificam como elementos destes sistemas, que são: o racismo e o sexismo (61).

Indígenas e enfermeiras(os) estão sujeitas(os) a eles. O racismo vivido pelos povos indígenas inicialmente pelo sistema de exclusão que foi o mecanismo de extermínio do colonialismo e o sistema de desigualdade que foi o mecanismo de escravização e de servidão que os povos indígenas foram submetidos. Já a enfermagem vivencia o sexismo que historicamente excluiu a mulher como força de trabalho considerando apenas os homens para o trabalho assalariado, confinando, historicamente, a mulher ao trabalho não remunerado e a atividades e práticas sociais que foram profissionalizadas, mas continuaram socialmente desvalorizadas. Hoje dentro do sistema de desigualdade são mal remuneradas e estão subordinadas às condições culturalmente impostas às mulheres e dentro de um mercado de trabalho que produz as assimetrias de remuneração, além de outras formas de subordinação que vêm sendo questionadas principalmente pelo movimento feminista.

Enfermeiras(os) e indígenas vivem os resultados dos sistemas da superestrutura e da infraestrutura, numa zona de contato, que para Boaventura, é mais que uma aproximação de dois universos diferentes, mas “campos sociais onde diferentes modos de vidas normativos, práticos e de conhecimento que se encontram, chocam, interagem e se confrontam”(p.130) (61). Ambos representam zonas de contato constituídas pela modernidade ocidental que estabeleceu uma zona epistemológica, em que se confrontam a ciência moderna, com seu respectivo saber estruturado e sistematizado, e os sistemas sociomédicos indígenas numa zona de contato em que ainda se confrontam o colonizador e colonizado, gerando extrema disparidade entre as realidades em contato e desigualdade de poder entre elas.

Nessas zonas de contato na saúde indígena que aproximam a(o) enfermeiras(os) e povos indígenas, a enfermagem tem dificuldades de ter consciência que a relação de poder e colonialismo interno mantém os três sistemas de dominação e que seus efeitos são muito mais danosos aos povos indígenas. E isso se dá por ter as suas práticas e processo de trabalho na saúde indígena alicerçados em um conhecimento regulador, que tem excesso de racionalidade instrumental, que legitima e valida a estratificação e hierarquização de saberes, práticas e pessoas, por prestigiar o pilar da regulação e mutilar o da emancipação(61). O que gera as situações-problema apontadas na problematização, que vai desde os primeiros encontros com os povos amazônicos durante a graduação, a sensação de insegurança com a expressão “Cair de paraquedas”, até as questões mais complexas apresentadas nas categorias conflitos com as práticas indígenas, intolerância, preconceito e imposição de um modelo de saúde, agressividade

e pressão, além da questão da influência das crenças religiosas das(os) profissionais que aparecem desde a investigação temática.

Os resultados nos mostram que a iniciativa que pode gerar conhecimento emancipação à Enfermagem provavelmente virá pouco do Estado ou do mercado, haja vista terem como alicerce uma ciência universalista e antidiferencialista³¹.

A atividade educativa mediada pelos Círculos de cultura revelam diversos aspectos, conflitos, subjetividades e a contradição de um trabalho que é ao mesmo tempo a melhor oportunidade de remuneração financeira para a categoria da enfermagem mas o mais instável, que oportuniza um contato único com a natureza e ao mesmo tempo é perigoso e precarizado; que possibilita o contato com universos humanos únicos e de uma complexidade que encanta, mas é incompreensível para as(os) enfermeiras(os); um serviço que para se manter, em função das constantes ameaças de muitos governos³² ou seja o do Estado brasileiro, precisa alimentar a lógica reguladora de um serviço de saúde que é incompatível com um serviço que de fato dialogue horizontalmente com o universo sociocultural indígena ou que promova uma interculturalidade crítica para além da funcional. As(os) participantes se reconhecem preconceituosas(os) e eurocêntricas por viverem em uma sociedade que igualmente o é, mas têm dificuldades para reconhecer as consequências materiais e históricas mais duras com os povos indígenas de um colonialismo que atinge até hoje a ambos. Ao mesmo, reconhecem estar dentro de um sistema que cobra e hipervaloriza as competências técnicas e linguísticas, mas que percebem a necessidade de ampliação das competências culturais.

Todos esses são processos que têm uma grande interferência no trabalho da(o) enfermeira(o) na saúde indígena e estão centrados no conhecimento regulador. A experiência dos círculos de cultura de ouvir e dialogar sobre as várias zonas de contato conflituosas, relacioná-las ao reconhecimento da diversidade sociocultural como um fator importante para o reconhecimento da diversidade epistemológica da Ecologia de saberes e com a Interculturalidade crítica que ultrapassa a lógica funcionalista do chamado diálogo intercultural, agrega as competências culturais e o cuidado de enfermagem culturalmente competente ou congruente como refere Leininger, a dimensão política do trabalho de enfermeiras(os) ao cuidar de povos indígenas e de populações culturalmente diferenciadas.

³¹ Para Boaventura, trata-se de uma ciência que não garante ou reconhece que as pessoas têm o direito de serem iguais quando a diferença as inferioriza, e que têm o direito de serem diferentes quando a igualdade as descaracteriza.

³² As constantes ameaças de municipalização do serviço de saúde aos povos indígenas, representa um retrocesso aos povos indígenas, pois a municipalização foi uma experiência que não deu certo, pois os municípios não conseguiram oferecer um serviço de atenção primária em saúde, em função das características logísticas das aldeias, epidemiológicas e culturais dos povos indígenas.

A enfermagem transcultural é uma área que tem ampliado suas discussões para outras dimensões a exemplo dos estudos de Andrews e Boyler(50) quando propõem cinco etapas para a compreensão dos valores que as(os) enfermeiras(os) precisam desenvolver para a prática clínica no cuidado de enfermagem transcultural que são: cumprimentar, aceitar, ajudar, conhecer e advogar. As autoras trazem para a teoria de enfermagem transcultural que mesmo quando cuidam de povos e pessoas culturalmente diferenciadas, em uma atuação clínica, a(o) enfermeira(o) precisa advogar ou defender as pessoas que estão cuidando.

Entretanto, para chegar nesta etapa é necessário desenvolver a sensibilidade ou consciência cultural apresentada por Campinha-Bacote. A autora traz a sensibilidade ou consciência cultural como a compreensão de valores, crenças, estilo de vida e práticas das pessoas que cuidam e também a necessidade de explorar seus próprios valores, tendências e preconceitos, ou seja, é necessário o autoexame, a autoavaliação, a exploração aprofundada da própria formação cultural e profissional.

Com os Círculos de cultura conseguiu-se problematizar questões como preconceitos, estigmatização, valores e pressuposições culturais e refletir como estes influenciam as pessoas, e, em parte, envolveu o reconhecimento das formas de preconceitos e intolerâncias em que estão imersas(os) e também as imposições socioculturais biomédicas que as(os) participantes fazem durante o cotidiano na saúde indígena.

Essa problematização é necessária para que enquanto profissionais as(os) enfermeiras(os) compreendam que os conhecimentos e práticas que a área da saúde vem desenvolvendo, assim como os povos indígenas tem as suas, são construções socioculturais que são historicamente situadas.

As contradições que estão historicamente postas e as que aqui foram expostas não podem mais ser normalizadas ou naturalizadas, pois existe uma natureza política do fazer da(o) enfermeira(o) que a categoria precisa assumir diante das desigualdades percebidas no seu cotidiano, principalmente na atuação na saúde indígena.

Para isso, é necessário ler criticamente o mundo para compreender como opera o multiculturalismo neoliberal em forma de interculturalidade funcional como dispositivo de poder que permite a manutenção, permanência e fortalecimento das estruturas sociais estabelecidas e sua matriz colonial que atinge enfermeiras(os) e povos indígenas. Os círculos de cultura desenvolvidos conseguiram problematizar algumas das situações-problemas apresentadas pelas(os) participantes e problematizar é despertar consciência.

A atuação da(o) enfermeira(o) na atenção primária na saúde indígena está imersa na lógica do conhecimento regulação. Entretanto, para o desenvolvimento de competências

culturais a partir da Ecologia dos saberes e da Interculturalidade crítica na categoria, este poderia se dar pela aproximação com o próprio movimento indígena, marcado pelas lutas por seus direitos, mas principalmente pela luta por sua existência, sua diversidade, modos de vida e universo cultural sem que isso seja fossilizado ou folclorizado na imagem do índio do início do século XIV, mas que o indígena seja respeitado, tratado com dignidade e como ser político e atuante que é, e não mais tutelado, selvagem ou servil.

A relação entre a Ecologia de saberes, a Educação libertadora e a Interculturalidade crítica propõem um novo paradigma epistemológico e político que parte do diálogo, colaboração e emancipação de ambos, enfermeiras(os) e povos indígenas, num projeto descolonial e contra-hegemônico de sociedade que articule a dimensão profissional com a dimensão sociopolítica, numa iniciativa que obviamente não parte nem do Estado, nem do mercado e tampouco parte da comunidade científica que estão comprometidos apenas em manter as relações de poder dentro da área da saúde. Politizar para Boaventura, significa identificar relações de poder e imaginar formas práticas de as transformar em relações de autoridades partilhadas em todos os espaços estruturais de inserção social(61)

As competências culturais, são tratadas aqui também como inovações que se apreendem diante do reconhecimento coletivo da fragilidade ou vulnerabilidade das(os)enfermeiras(os), que reveem e ressignificam seu papel não apenas como operadores do sistema que alcançam metas, que sim geram dados epidemiológicos, conduzem os programas de saúde como Hiperdia, Crescimento e desenvolvimento infantil, Calendário de vacinação dos povos indígenas, que fazem ações de educação em saúde programadas por um calendário de cores estabelecido pelo MS (setembro amarelo, outubro rosa, novembro azul, etc), mas que também na coletividade do fazer e de serem profissionais na saúde indígena diante dos desafios de aprender a lidar com a diversidade sociocultural precisam acionar o que Ceccim chama de “inteligência que vem depois, no que foi oportunizado contatar, experienciar, aprender, de forma corporal e sensorial, mesmo que proveniente da teoria ou da fala de outrem”(p. 273), na realidade do e pelo trabalho (223).

Fonte: Própria, 2018.

Considerações Finais

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tese de partida foi confirmada, pois conforme os resultados mostraram há que se afirmar que a atuação da(o) enfermeira(o) na saúde indígena é centrada na dimensão técnica e biológica, haja vista a interculturalidade funcional. Desta forma, as(os) enfermeiras(os) não desenvolvem suficientemente competências culturais na perspectiva da diversidade e da interculturalidade crítica.

A atividade educativa desenvolvida e aplicada, mediada pelos círculos de cultura, com enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena do DSEI Guatoc conseguiu possibilitar o desenvolvimento de competências culturais a partir do paradigma crítico.

Visto que a concepção inicial de competências culturais como apenas competência linguística foi ampliada e ressignificada durante o desenvolvimento das atividades na medida em que os diálogos francos e coletivos sobre as dificuldades cotidianas na saúde indígena promoviam uma autocrítica sobre as posturas autoritárias, uma reflexão sobre a cultura pessoal e profissional como fator influenciador na atuação da(o) enfermeira(o) no contexto estudado, além de que em vários momentos as(os) participantes reconheciam a importância e a necessidade profissional de estabelecer uma comunicação efetiva, que se preocupava com o conhecimento e com o universo cultural indígena.

Quanto ao desenvolvimento de competências culturais críticas compreende-se que essas foram mobilizadas e se materializaram no trabalho e na elaboração de uma ação concreta que foi a criação da cartilha de idiomas indígenas, mas também a elaboração das seguintes ações e posturas como estratégias que precisam ser assumidas pelas(os) enfermeiras(os) na sua atuação saúde indígena, são elas: Olhar para o outro como pessoa; Comunicação acessível; Escuta compreensiva; Compreensão do contexto de vida indígena; Atitude/gestão compartilhada de solução de problemas com a equipe; Pesquisar sobre culturas, povos e sobre a questão indígena; Buscar parcerias com lideranças indígenas, coordenação e Ministério público; Utilizar o lúdico e o audiovisual como estratégia educativa com os povos indígenas; Valorização do conhecimento do outro; Construir uma saúde indígena com os indígenas; Estar atento aos detalhes de cada etnia e Conscientizar os indígenas sobre os limites da atuação da(o) enfermeira(o).

Desenvolveu-se e aplicou-se um instrumento de autoavaliação que contribuiu para a reflexão dos atributos das competências culturais de enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena, uma vez que os resultados foram autocríticos e em muitos aspectos convergiam com as discussões que se deram nos Círculos de cultura.

Ao avaliar a frequência de atributos de competências culturais utilizados na atuação de enfermeiras(os) por meio de instrumento de autoavaliação verificou-se que os atributos que precisam se mais bem desenvolvidos são: 1) No domínio afetivo, o atributo do desejo cultural que trata de reconhecer as diferenças e semelhanças das percepções dos problemas de saúde entre indígenas e não indígenas e em acolher os sentimento dos indígenas; 2) No domínio cognitivo, o atributo da Sensibilização/consciência cultural que precisa ser mais bem examinado é o reconhecimento dos riscos de imposições culturais; no atributo Conhecimento cultural, há necessidade de ser analisada a incidência e prevalência de doenças no sistema de explicação indígena e de vigilância em saúde; 3) No domínio comportamental, no atributo habilidade cultural há necessidade de reconhecer a eficácia dos tratamentos tradicionais indígenas; no atributo Encontros culturais, é preciso considerar a questão de avaliar a necessidade de comunicação, atuação e interação social fora do horário de trabalho e considerar e executar ações conforme a preferência dos indígenas.

Quanto à avaliação do desenvolvimento de competências culturais compreende-se que durante a atividade educativa mediada pelos Círculos de cultura as(os) participantes apresentaram uma transitividade de consciência ingênua à crítica, especialmente no domínio cognitivo dos atributos sensibilização/consciência e conhecimento cultural. E por estar em transitividade de consciência já há uma ruptura com a inércia do oprimido. Além de que as(os) participantes manifestaram reflexão, crítica e mobilização no sentido de interconhecimento, reconhecimento e autoconhecimento, demonstrando haver aproximação com a Ecologia de saberes e com o conhecimento emancipação.

Logo, foi possível concluir que as competências culturais na perspectiva crítica apresentam ao corpo de conhecimento científico e humanístico da enfermagem transcultural a articulação da dimensão técnica-profissional com a dimensão sócio-política da atuação da(o) enfermeira(o) na saúde indígena. Essa dimensão sócio-política dialoga com a questão ontológica que Freire coloca quando apresenta o conceito de humanização ou do “ser mais”, no sentido de que precisamos pensar qual o papel de ser humano, em ser humano, que, portanto, é sermos mais do que somos na saúde e na saúde indígena.

O método Freiriano que nasce para alfabetizar e ensinar as pessoas a ler, é hoje um método que ensina a ler contextos, instrumentaliza pessoas a conseguirem decodificar e interpretar a própria realidade, pois como o autor refere a leitura do mundo precede a leitura da palavra. E os Círculos de cultura foram o exercício de ler o mundo a partir dos olhos das(os) participantes que colocaram em debate questões e práticas cotidianas na saúde indígena que são quase imperceptíveis no cotidiano profissional e pessoal das(os) enfermeiras(os)

Revelou-se também que o cotidiano da saúde indígena é uma experiência social que desloca as(os) enfermeiras(os) de seu papel profissional e pessoal construído até ali. A sensação de “estar em queda com alguma ajuda” que é o “paraquedas” nos revela a insegurança sentida e vivida cotidianamente, mas que é pouco falada e compartilhada entre elas(eles). Os Círculos de cultura conseguiram romper com este silenciamento que é promovido pela exigência apenas das competências técnicas de um Estado neoliberal que mantém um sistema de conhecimento e poder submetendo a(o) enfermeira(o) ao papel de apenas operadora(or) e gestora(or) dos sistemas de desigualdades e exclusão.

As competências culturais na perspectiva crítica consideram não apenas a atuação na diversidade cultural ou com culturas diferentes da qual a pessoa veio e o profissional foi formado, mas também examina e almeja que enfermeiras(os) tenham consciência da determinação da cultura como fator educador subjetivo e naturalizado socialmente. Logo, precisamos ter consciência que a cultura pessoal-familiar é determinante na atuação profissional e que a cultura profissional também influencia e é determinante na cultura pessoal-familiar, pois são zonas de contato intensas. E neste contexto, a(o) enfermeira(o) precisa ser mobilizada(o) a assumir uma postura crítica, holística, compreensiva e política diante das relações de cuidado na saúde indígena.

O cuidado não foi objeto de estudo desta tese, mas a enfermagem tem o cuidado como centralidade do seu conhecimento, cuidado esse que vem sendo constituído por um corpo de conhecimento que é fortemente ocidentalizado e positivista-funcionalista. Porém, o cuidado de pessoas de uma outra cultura, que não a ocidental, ao se deparar com um corpo de conhecimento fisiológico e fragmentado vem sendo reproduzido no cuidado em saúde dos povos originários, precisa ser ressignificado e é essa ressignificação que é objeto de estudo das competências culturais críticas trazidas aqui.

Assim, as competências culturais na perspectiva crítica dão novo sentido para a força de trabalho da(o) enfermeira(o), pois busca autonomia intelectual e política para que o exercício profissional tenha um significado para além da exploração de sua força de trabalho como fator de produção na saúde, do seu papel de operadores da saúde e de gestor dos sistemas de exploração e exclusão. O que pode ser construído a partir de experiências que horizontalizem as relações na saúde, promovam uma ação cultural como fator educador e de produção de consciência de classe e subjetividades insurgentes na enfermagem.

Para isso, é necessário conhecer e reconhecer os papéis impostos e construídos historicamente para a(o) enfermeira(o) na saúde e na saúde indígena e romper com o projeto mercadológico disfarçado de educação em enfermagem que a mantém como objeto e uma

autonomia tutelada ora pelo Estado ora pela medicina. É nessa perspectiva que a interculturalidade crítica e pós-colonial cujo papel central é descolonizar pessoas, instituições e o Estado, mostra-se como um caminho insurgente em construção, como projeto social voltado para a construção de novas e diferentes sociedades, relações e condições de vida.

As competências culturais críticas mostram-se como um processo de luta e de inédito viável, como diria Freire, que não parte do Estado, nem do mercado e nem de parte da comunidade científica da enfermagem e da saúde que mantém os sistemas que sujeitam enfermeiras(os) e indígenas e está comprometida apenas em manter as relações de poder dentro da área da saúde, mas emerge de um projeto de sociedade e de educação libertadora possível no âmbito da educação permanente, pois apesar de os resultados mostrarem avanços, revelou também que há muito o que caminhar no sentido de promover e construir um conhecimento emancipação para e da Enfermagem.

Não parte do Estado, pois, como os resultados mostram, o Estado neoliberal brasileiro em que a saúde indígena está submetida não favorece uma educação que seja de fato permanente e nem tão pouco a mobilização de subjetividades que transforme o modelo profissional da enfermagem, que é estruturado no pensamento binário, que cognitivamente está sujeito ao positivismo e culturalmente ao patriarcado. Não parte do mercado, pois o projeto de educação na qual as IES privadas estão comprometidas está comprometido com a manutenção da lógica do conhecimento regulação e de exploração da força de trabalho da categoria. Não parte da Enfermagem Transcultural que produz conhecimento para manter o papel funcional dentro da estrutura de poder dos sistemas de desigualdade e exclusão mantidos pelo sistema capitalista.

Considerando os domínios e atributos que emergiram, a tese pode ser condensada na afirmação de que as competências culturais na perspectiva crítica é um processo educativo dialogado, coletivo, colaborativo, insurgente e permanente que considera os domínios afetivo, cognitivo e comportamental, em que interseccionam os atributos do desejo, sensibilização/consciência, conhecimento, habilidades e encontros culturais, mas que também compreende a dimensão política da atuação da(o) enfermeira(o) que lê, codifica e interpreta o contexto histórico, social e cultural em que está inserida(o), resignificando seus saberes, práticas e cuidado do outro e de si.

Este trabalho pretende contribuir para a enfermagem transcultural, pela possibilidade do desenvolvimento de competências culturais na perspectiva crítica pela enfermagem a partir de uma educação permanente e libertadora, que assim como a ecologia dos saberes e a interculturalidade crítica tenta aproximar as ciências sociais e humanas das ciências naturais, onde está a enfermagem.

É possível que esta realidade apresentada aqui também esteja presente em outros contextos de atuação da enfermagem na saúde indígena e a experiência e o conhecimento desvelado suscita a luta contra o capitalismo, o colonialismo e o patriarcado que precisam ser enfrentados pela enfermagem, especialmente a enfermagem transcultural que assume a tarefa de cuidar a partir da diversidade sociocultural no mundo.

No que tange à educação permanente, há que se conceber uma educação permanente que não esteja apenas atrelada à política de Estado e a outros espaços institucionalizados ou não, mas que caminhe para a construção de uma educação permanente mais humana e alicerçada na relação com o outro, de modo a permitir que pessoas sintam o humano na relação com o outro e se reconheçam no outro, na sua história de vida e profissional.

Uma educação que seja permanente também em provocar nas pessoas sua capacidade de se assumirem como sujeitos históricos, sociais e culturais, no ato de conhecer a partir de uma *práxis* libertadora, no sentido de construir uma inteligência que vem depois no e pelo trabalho. Superando os momentos de capacitação, oficina, palestras e de diversas estratégias ativas de ensino-aprendizagem que ganham espaço na formação profissional cujo foco ainda se mantém na fixação de conteúdos, práticas e protocolos que vão apenas regular a relação de poder e dominação no cuidar e na saúde.

Os limites do estudo se dão em função da impossibilidade de ter dado continuidade aos círculos de cultura com as(os) participantes dos grupos inicialmente constituídos, o que impossibilitou o retorno para avaliação após 60 dias. Além do número total de participantes ser considerado pequeno, o que pode ser um problema para a generalização dos resultados, mesmo se tratando de um estudo qualitativo de caráter analítico profundo e complexo de um fenômeno ainda pouco estudado na realidade da saúde indígena no Brasil que são as competências culturais de enfermeiras(os).

As implicações para a enfermagem estão relacionadas à contribuição para a atenção primária em saúde, mais especificamente na saúde indígena, por explorar a questão das competências culturais na perspectiva crítica de enfermeiras(os) como central na atuação profissional na diversidade sociocultural. Para a educação permanente em enfermagem há necessidade de explorar conflitos culturais emergentes no encontro cultural com o universo indígena.

O potencial de impacto da pesquisa está em contribuir para a ressignificação do cuidado e da atuação da(o) enfermeira na saúde de povos tradicionais e quiçá na atenção básica, além de colaborar com a teoria de enfermagem transcultural por viabilizar as competências culturais a partir do paradigma crítico. Tem também impacto na educação permanente de enfermagem

na medida em que propõe articular a dimensão profissional com a dimensão sociopolítica como proposta de processo educativo que considere as zonas de conflitos culturais do cotidiano de enfermeiras(os) que atuam em contexto de diversidade sociocultural. E ainda, na produção e inovação de uma tecnologia assistencial que possibilitou o exercício do trabalho coletivo e colaborativo, além de promover a interlocução idiomática e do universo cultural indígena com os profissionais de saúde. E por fim, tem impacto na produção e incentivo à avaliação formativa ao produzir um instrumento de autoavaliação das competências culturais de enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena.

A partir dessa tese sugere-se: 1) Para a pesquisa: novos estudos sobre competências culturais de profissionais da saúde a partir do paradigma crítico, da diversidade sociocultural dos povos indígenas e da interculturalidade crítica. Além de estudos que colaborem com uma avaliação reflexiva e colaborativa como a validação do instrumento de autoavaliação de competências culturais. E estudo do uso e validação da cartilha idiomática indígena para interlocução com os profissionais de saúde; 2) Para o ensino: Oferecimento de disciplinas em cursos de graduação e de pós-graduação em todas as regiões do país voltadas ao desenvolvimento de competências culturais críticas de enfermeiras(os) e profissionais da saúde que atuam na saúde indígena; 3) Para a extensão: Realizar formação sobre competências culturais via círculos de cultura com base na educação Freiriana; 4) Para a Prática: Da(o) enfermeira(o) na assistência dos povos indígenas uma compreensão da dimensão política do seu ser e fazer profissional. Na educação permanente, que as atividades educativas considerem as situações-problemas que emergem das zonas de contato com os sistemas socioculturais de saberes e práticas indígena e profissional; 5) Para as Políticas públicas: Uma maior aproximação de profissionais da saúde aos movimentos sociais indígenas

9. Referências

1. Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. Competência. 2008-2013 [Internet]. 2017 [citado 14 de agosto de 2017]; Available at: <https://www.priberam.pt/dlpo/competência>
2. Origem da Palavra S de etimologia-. Origem da palavra [Internet]. 2004-1017. 2017 [citado 14 de agosto de 2017]. Available at: <http://origemdapalavra.com.br/site/palavras/competencia/>
3. Loiola L de M. Breve histórico do termo competência. História do ensino línguas no Bras [Internet]. 2013;7(1981 6677). Available at: <http://www.helb.org.br/index.php/revista-helb/ano-7-no-7-12013/212-breve-historico-do-termo-competencia>
4. Rovai E. Educação profissional: a formação do cidadão produtivo e transformativo. In: Competência e competências: contribuições críticas ao debate. São Paulo: Cortez; 2010. p. 1999.
5. Fragelli TBO, Shimizu HE. Competências profissionais em Saúde Pública: conceitos, origens, abordagens e aplicações. Rev Bras Enferm. 2012;65(4):667–74.
6. Monticelli M, Boehs AE, Guesser JC, Gehrmann T, Martins M, Manfrini GC. Aplicações da teoria transcultural na prática da enfermagem a partir de dissertações de mestrado. Texto e Context Enferm. 2010;19(2):220–8.
7. Moura GADE. A Hominização da Linguagem do Professor De Le : Da Prática Funcional à Práxis De Le : Da Prática Funcional à Práxis. 2005;
8. Bronckart J-P, Dolz J. A noção de competência: Qual é sua pertinência para o estudo de aprendizagem das ações de linguagem? In: O enigma da competência na educação. Artmed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 232.
9. Zabala A, Arnau L. Como aprender e ensinar competências. Porto Alegre: Artmed; 2010. 197 p.
10. Dias IS. Competências em educação: conceito e significado pedagógico. Psicol Esc e Educ. 2010;14(1):73–8.
11. Perrenoud P. Construindo as competências desde a escola. Artmed, organizador. Porto Alegre: Artmed; 1999. 96 p.
12. Fleury MTL, Fleury A. Construindo o conceito de competência. Rev Adm Contemp. 2001;5(spe):183–96.
13. Lima VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de

- profissionais de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2005;9(17):369–79.
14. Tjoflat I, Razaonandrianina J, Karlsen B, Hansen BS. Complementary knowledge sharing: Experiences of nursing students participating in an educational exchange program between Madagascar and Norway. *Nurse Educ Today*. 2017;49:33–8.
 15. Shen Z. Cultural competence models and cultural competence assessment instruments in Nursing. *J Transcult Nurs* [Internet]. 2015;26(3):308–21. Available at: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1043659614524790>
 16. Fertoni HP, Pires DEP de, Biff D, Scherer MD dos A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2015;20(6):1869–78. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=pt&tlng=pt
 17. Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 1110.
 18. Greatrex-White S. Uncovering study abroad: Foreignness and its relevance to nurse education and cultural competence. *Nurse Educ Today*. 2008;28(5):530–8.
 19. Leininger M. *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. 2^a. New York: Transcultural nursing; 1995. 621 p.
 20. Bond ML, Kardong-Edgren S, Jones ME. Assessment of professional nursing students' knowledge and attitudes about patients of diverse cultures. *J Prof Nurs*. 2001;17(6):305–12.
 21. Boehs AE. Analysis of the Negotiation / Accommodation Concepts in M . Leininger ' S Theory. *Rev Latino-am Enferm*. 2002;10(1):90–6.
 22. Vilelas JM da S, Janeiro SID. Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. *Rev Min Enferm*. 2012;16(1):120–7.
 23. Leininger MM. What is Transcultural Nursing and Culturally Competent Care? *J Transcult Nurs*. 1999;10(1):1.
 24. Shen Z. Cultural Competence Models in Nursing: A Selected Annotated Bibliography. *J Transcult Nurs* [Internet]. 2004;15(4):317–22. Available at: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1043659604268964>
 25. Douglas MK, Rosenkoetter M, Pacquiao DF, Callister LC, Hattar-Pollara M, Lauderdale J, et al. Guidelines for implementing culturally competent nursing care. *J*

- Transcult Nurs [Internet]. 2014;25(2):109–21. Available at:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24549502>
26. Schim SM, Doorenbos AZ, Miller J, Benkert R. Development of a cultural competence assessment instrument. *J Nurs Meas* [Internet]. 2003;11(1):29–40. Available at:
<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-2342481812&partnerID=40&md5=7a66fbbba056f9c3a711f177d08f25ee>
 27. Doorenbos AZ, Schim SM. Cultural Competence in hospice. *Am J Hospice&palliative Care*. 2004;21(April):28–32.
 28. Doorenbos AZ, Schim SM, Benkert R, Borse NN. Psychometric Evaluation of the Cultural Competence Assessment Instrument Among Healthcare Providers. *Nurs Res* [Internet]. 2005;54(5):324–31. Available at:
<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00006199-200509000-00006>
 29. Schim SM, Doorenbos AZ, Borse N. Cultural competence among Ontario and Michigan healthcare providers. *J Nurs Scholarsh*. 2005;25(3):1–13.
 30. Schim MS, Doorenbos AZ, Borse NN. Enhancing Cultural Competence Among Hospice Nurses. *J Hosp Palliat Nurs* [Internet]. 2006;8(5):308–9. Available at:
<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00129191-200609000-00017>
 31. Miller-Krainovich B, Yost JM, Norman RG, Auerhahn C, Dobal M, Rosedale M, et al. Measuring cultural awareness in nursing students: A first step toward cultural competency. *J Nurs Educ*. 2003;42(6):249–57.
 32. Chang H-Y, Yang Y-M, Kuo Y-L. Cultural sensitivity and related factors among community health nurses. *J Nurs Res* [Internet]. 2013;21(1):67–73. Available at:
<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00134372-201303000-00010%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23407339>
 33. Colet PC, Cruz JP, Cruz CP, Al-Otaibi J, Qubeilat H, Alquwez N. Patient Safety Competence of Nursing Students in Saudi Arabia: A Self-Reported Survey. *Int J Health Sci (Qassim)* [Internet]. 2015;9(4):418–26. Available at:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4682596&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 34. Branco EM da SC, Peixoto M de AP, Alvim NAT. Tradução e adaptação da escala do

- controle da ação visando ao cuidado de enfermagem. *Texto&Contexto Enferm.* 2015;24(2):371–80.
35. Lin C-N, Mastel-Smith B, Alfred D, Lin Y-H. Cultural Competence and Related Factors Among Taiwanese Nurses. *J Nurs Res.* 2015;23(4):252–61.
 36. Fernandes AB, Monteiro AP. Contributo para o estudo de competência cultural em saúde mental de enfermeiros em portugal. *Rev Port Enferm Saúde Ment.* 2015;14:39–47.
 37. Liu M, Poirier T, Butler L, Comrie R, Pailden J. Design and evaluation of interprofessional cross-cultural communication sessions. *J Interprof Care* [Internet]. 2015;29(6):622–7. Available at: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13561820.2015.1051215>
 38. Rohrbach Viadas C. Historic perspectives from anthropology. Reflections proposed to Transcultural Nursing. *Investig y Educ en Enferm.* 2015;33(2):365–73.
 39. Kwiatkoski DR, Mantovani M de F, Pereira EM, Bortolato-Major C, Mattei ÂT, Peres AM. Translation and cross-cultural adaptation of the Clinical Competence Questionnaire for use in Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2017;25(0):1–9. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100346&lng=en&tlng=en
 40. Lin C, Lee C, Huang M. Cultural Competence of Healthcare Providers : A Systematic Review of Assessment Instruments. 2017;25(3).
 41. Paris GF, Montigny F De, Pelloso SM. Cross-Cultural Adaptation and Validation Evidence of the Perinatal Grief Scale. *Texto&Contexto Enferm.* 2017;26(1):1–10.
 42. Sánchez-Ojeda MA, Arrebola IA, Vigil MÁG. Visión de enfermería hacia el colectivo de pacientes marroquíes. *Rev Enferm da USP.* 2017;51:1–7.
 43. ANA. Nursing Scope and Standards of Practice, 3rd Edition [Internet]. Silver Spring: American Nurses Association; 2015. 264 p. Available at: <http://www.nursesbooks.org/ebooks/download/Nursing-Scope&Standards-3E.pdf>
 44. Marion L, Douglas M (Marty), Lavin MA, Barr N, Gazaway S, Thomas E (Libby), et al. Implementing the New ANA Standard 8: Culturally Congruent Practice. *OJIN Online J Issues Nurs* [Internet]. 2017;22. Available at: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-22-2017/No1-Jan-2017/Articles-Previous->

Topics/Implementing-the-New-ANA-Standard-8.html

45. Calvillo E, Clark L, Ballantyne JE, Pacquiao D, Purnell LD, Villarruel AM. Cultural competency in baccalaureate nursing education. Vol. 20, American Association of Colleges of Nursing. Washington DC; 2008.
46. Rosenjack Burchum JL. Cultural Competence: An Evolutionary Perspective. Nurs Forum. 2002;37(4):5–15.
47. Albougami AS, Pounds KG, Alotaibi JS. Nursing and Health Care Comparison of Four Cultural Competence Models in Transcultural Nursing : A Discussion Paper. Int Arch Nurs Heal care. 2016;2(3):3–7.
48. Pagiluca, Lorita Marlena Freitag; Maia ER. Competência para prestar cuidado de enfermagem transcultural à pessoa com deficiência : instrumento de autoavaliação. Rev Bras Enferm. 2012;65(5):849–55.
49. Giger JN, Davidhizar R. The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. J Transcult Nurs [Internet]. 2002;13(3):185–8. Available at: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10459602013003004>
50. Andrews MM, Boyle JS. Transcultural concepts in nursing care. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.; 2003. 573 p.
51. Campinha-Bacote J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. J Transcult Nurs. 2002;13(3):181–4.
52. Purnell L. The Purnell Model for cultural competence. J Transcult Nurs. 2005;13(3):193–6.
53. Gregis C, Martini JG. Processo de competência cultural nos cuidados de enfermagem a usuários de drogas injetáveis no projeto de redução de danos de Porto Alegre- Brasil. Rev Eletrônica Saúde Ment Álcool e Drog. 2006;
54. Jeffreys MR, Dogan E. Evaluating the Influence of Cultural Competence Education on Students' Transcultural Self-Efficacy Perceptions. J Transcult Nurs. 2012;23:188–97.
55. Reyes H, Hadley L, Davenport D. A comparative analysis of cultural competence in beginning and graduating nursing students. ISRN Nurs [Internet]. 2013;2013:5. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3676966&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
56. Isaacson M. Clarifying concepts: Cultural humility or competency. J Prof Nurs.

- 2014;30(3):251–8.
57. Meydanlioglu A, Arikan F, Gozum S. Cultural sensitivity levels of university students receiving education in health disciplines. *Adv Heal Sci Educ*. 2015;20(5):1195–204.
 58. Repo H, Vahlberg T, Salminen L, Papadopoulos I, Leino-Kilpi H. The Cultural Competence of Graduating Nursing Students. *J Transcult Nurs* [Internet]. 2016;28(1):98–107. Available at: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1043659616632046>
 59. Page-Reeves J, Regino L, Murray-Krezan C, Bleecker M, Erhardt E, Burge M, et al. A comparative effectiveness study of two culturally competent models of diabetes self-management programming for Latinos from low-income households. *BMC Endocr Disord* [Internet]. 2017;17:1–8. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5525248/pdf/12902_2017_Article_192.pdf
 60. Oikarainen A, Mikkonen K, Tuomikoski A-M, Pitkänen S, Elo S, Ruotsalainen H, et al. Mentors' Competence in mentoring culturally and linguistically diverse nursing students during clinical placement. *Int J Lab Hematol*. 2017;38(1):42–9.
 61. Santos B de S. A ecologia dos saberes. In: *A gramática do tempo: para uma nova cultura política*. São Paulo: Cortez; 2006. p. 511.
 62. Santos B de S. *Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social*. São Paulo: Boitempo; 2007. 126 p.
 63. Madeleine Leininger. Culture Care Theory-A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices.pdf. *J Transcult Nurs*. 2002;13(3):189–92.
 64. Leininger M. Cultural care assessments for congruent competency practices. In: *Transcultural Nursing: concepts, theories, research & practice*. third ed. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 621.
 65. Campinha-Bacote J. The Quest for Cultural Competence in Nursing Care. *Nurs Forum*. 1995;30(4):19–25.
 66. Campinha-Bacote J. Delivering Patient-Centered Care in the Midst of a Cultural Conflict: The Role of Cultural Competence. *OJIN Online J Issues Nurs* [Internet]. 2011;16. Available at: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals>

/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No2-May-2011/Delivering-Patient-Centered-Care-in-the-Midst-of-a-Cultural-Conflict.html

67. Silva HP. A saúde humana e a Amazônia no século XXI : reflexões sobre os objetivos do milênio. *Novos Cad Naea* [Internet]. 2006;9(1):77–94. Available at:
<http://www.degruyter.com/view/j/ijnes.2006.3.1/ijnes.2006.3.1.1173/ijnes.2006.3.1.1173.xml>
68. MORIN E. A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento [Internet]. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2003. 128 p. Available at:
<http://xa.yimg.com/kq/groups/18140382/1878061791/name/Edgar+Morin+-+A+cabeca+bem+feita.pdf>
69. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. Paz e Terr. 2005.
70. Gersem dos Santos L. O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. *Coleção Educação para Todos*. 2006. 233 p.
71. IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Crescimento populacional por região [Internet]. Censo Demográfico 2010. Crescimento populacional. 2010. Available at:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/taxa_crescimento_regiao.pdf
72. IBGE. Os indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. *Inst Bras Geogr e Estatística*. 2012;31.
73. Berlin EA, Fowkes WC. A teaching framework for cross-cultural health care. Application in family practice. *West J Med* [Internet]. 1983;139(6):934–8. Available at:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1011028&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
74. Lea A. Nursing in today 's multicultural society : a transcultural perspective. *J Adv Nurs*. 1994;307–13.
75. Gaffney KF, Kodadek MP, Meuse MT, Jones GB. Assessing Infant Health Promotion: Cross-Cultural Comparison. *Clin Nurs Res*. 2001;10(2):102–16.
76. Brown TM, Cueto M, Fee E. A Transição de saúde internacional para global e a Organização Mundial de Saúde. *História, Ciências, Saúde*. 2006;13:623–47.
77. Saúde BV de. *Saúde Global* [Internet]. *Descritores em ciência da Saúde*. 2017.

Available at: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>

78. Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, Sewankambo NK, et al. Towards a common definition of global health. *Lancet* [Internet]. 2009;373:1993–5. Available at: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(09\)60332-9.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(09)60332-9.pdf)
79. Quijano A. Clonialidade do poder e classificacao social. In: *Epistemologia do Sul*. São Paulo: Cortez; 2010. p. 84–144.
80. De Lavor A. Do outro lado da linha. *Radis*. setembro de 2017;35.
81. ONU. Universal declaration of human rights. 1948;
82. Peduzzi M, Anselmi ML. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. *Rev Bras Enferm*. 2002;55(4):392–8.
83. Nurses IC of. Position Statement: Nurses and human rights. *Nurses Hum rights* [Internet]. 2011;(14):1–3. Available at: www.icn.ch
84. International Council of Nurses. Cultural and Linguistic Competence. Position Statement [Internet]. 2013;41(1):1–3. Available at: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/B03_Cultural_Linguistic_Competence.pdf
85. Truong M, Paradies Y, Priest N. Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2014;14(1):99. Available at: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-99>
86. Horvat L, Horey D, Romios P. Cultural competence education for health professionals (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(5):100.
87. Price EG, Beach, Mary Catherine Gary TL, Robinson KA, Gozu A, Palacio A, Smarth C, et al. A systematic review of the methodological rigor of studies evaluating cultural competence training of health professionals. *Acad Med J Assoc Am*. 2005;80:578–86.
88. Lie DA, Lee-Rey E, Gomez A, Berekenyei S, Braddock CH. Does cultural competency training of health professionals improve patient outcomes? A systematic review and proposed algorithm for future research. *J Gen Intern Med*. 2011;26(3):317–25.
89. Gallagher RW, Polanin JR. A meta-analysis of educational interventions designed to enhance cultural competence in professional nurses and nursing students. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2015;35(2):333–40. Available at:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2014.10.021>

90. Bhui K, Aslam RW, Palinski A, McCabe R, Johnson MRD, Weich S, et al. Interventions designed to improve therapeutic communications between black and minority ethnic people and professionals working in psychiatric services: A systematic review of the evidence for their effectiveness. *Health Technol Assess (Rockv)*. 2015;19(31):1–173.
91. Beach MC, Price EG, Gary TL, Robinson KA, Gozu A, Palacio A, et al. Cultural competence: a systematic review of health care provider educational interventions. *Med Care [Internet]*. 2005;43(4):356–73. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15778639>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15778639>
92. Purnell L. Are We Really Measuring Cultural Competence? *Nurs Sci Q*. 2016;29(2):124–7.
93. Guerra O, Kurtz D. Building Collaboration: A Scoping Review of Cultural Competency and Safety Education and Training for Healthcare Students and Professionals in Canada. *Teach Learn Med [Internet]*. 2017;29(2):129–42. Available at: <http://dx.doi.org/10.1080/10401334.2016.1234960>
94. Hawthorne K, Robles Y. Culturally appropriate health education for type 2 diabetes mellitus in ethnic minority groups: review. *Cochrane Database ... [Internet]*. 2008;(3). Available at: [/citations?view_op=view_citation&continue=/scholar%3Fhl%3Den%26start%3D30%26as_sdt%3D0,5%26scilib%3D1&citilm=1&citation_for_view=K8xBQr8AAAAJ:5nxA0vEk-isC&hl=en&oi=p](http://citations?view_op=view_citation&continue=/scholar%3Fhl%3Den%26start%3D30%26as_sdt%3D0,5%26scilib%3D1&citilm=1&citation_for_view=K8xBQr8AAAAJ:5nxA0vEk-isC&hl=en&oi=p)
95. Shrader A, Casero K, Casper B, Kelley M, Lewis L, Calohan J. Military Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Awareness Training for Health Care Providers Within the Military Health System. *J Am Psychiatr Nurses Assoc [Internet]*. 2017;8. Available at: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1078390317711768>
96. Mcelfish PA, Long CR, Rowland B, Moore S, Wilmoth R, Ayers B. Improving Culturally Appropriate Care Using a Community-Based Participatory Research Approach : Evaluation of a Multicomponent Cultural Competency. *Prev Chronic Dis Public Heal Res Pract policy*. 2017;14:1–11.
97. Alfred M, Ubogaya K, Chen X, Wint D, Worrall PS. Effectiveness of culturally focused interventions in increasing the satisfaction of hospitalized Asian patients. *JBIC Database*

- Syst Rev Implement Reports [Internet]. 2016;14(8):219–56. Available at:
<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=01938924-201608000-00016>
98. Ruthes RM, Cunha ICKO. Entendendo as competências para aplicação na enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(1):109–12.
 99. Nursing EP of the AA of, Society TN. Standards of Practice for Culturally Competent Nursing Care: Executive Summary. *Glob e Nurs Heal*. 2010;1–35.
 100. Kersey-Matusiak G. Delivery Culturally competent nursing care. New York: Springer Publishing Company; 2013. 45 p.
 101. Brown EA, Bekker HL, Davison SN, Koffman J, Schell JO. Supportive Care: Communication strategies to improve cultural competence in shared decision making. *Clin J Am Soc Nephrol* [Internet]. 2016;11(5):7. Available at:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27510456>
 102. Henckemaier L, Siewert JS, Tonnera LCJ, Alvarez AM, Meirelles BHS, Nitschke RG, et al. Cuidado transcultural de Leininger na perspectiva dos programas de pós-graduação em enfermagem: revisão integrativa. *Ciência & Saúde* [Internet]. 2014;7(2):85–91. Available at:
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/15722>
 103. American NAIR team. A Guide to Cultural Awareness of Minnesota. Washington DC: CASSP Technical Assistance Center; 1989. 16 p.
 104. Koskinen L, Tossavainen K. Study abroad as a process of learning intercultural competence in nursing. *Int J Nurs Pract*. 2004;10(3):111–20.
 105. Silva AA de F. Diálogos entre diferentes: O indígena e o enfermeiro no atendimento à saúde em Cuiabá- MT. Universidade Federal do Mato Grosso; 2015.
 106. Pina RMP. O cuidado à saúde da população indígena Mura de Autazes-Amazonas: A perspectiva das enfermeiras dos serviços. Universidade de São Paulo; 2017.
 107. Pereira ÉR, Biruel EP, Oliveira LS de S, Rodrigues DA. A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. *Saude e Soc*. 2014;23(3):1077–90.
 108. Frenopoulo C, Milani E, Moreira N, Vasconcelos V, Moreira A. Capacitação em Competência Cultural na Saúde Indígena : Avaliação de uma Oficina de Capacitação para Profissionais de Enfermagem Capacitação em Competência Cultural na Saúde

- Indígena : Avaliação de uma Oficina de Capacitação para Profissionais de Enfermag. Rev científica Multidiscip núcleo do conhecimento. 2017;1–18.
109. Frenopoulo C, Milani E, Moreira N, Vasconcelos V, Moreira A. Efeitos Mantidos no tempo após capacitação em Competência Cultural: Segunda Fase de uma Pesquisa com profissionais da saúde indígena. Rev científica Multidiscip núcleo do conhecimento. 2017;1–18.
 110. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996. 148 p.
 111. Sordi MRL de, Ludke M. Da avaliação da aprendizagem à avaliação institucional: Aprendizagens necessárias. Avaliação. 2009;14:313–36.
 112. Foucault M. Microfísica do poder. 25ª. São Paulo: Graal; 2012. 174 p.
 113. Sordi MRL, Silva MM. O uso de portfólios na pedagogia universitária: Uma experiência em cursos de enfermagem. Interface Commun Heal Educ. 2010;14(35):943–53.
 114. Camelo SHH, Angerami ELS. Competência profissional: A construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. Texto Context Enferm [Internet]. 2013;22(2):552–60. Available at: <http://www.redalyc.org/pdf/714/71427998034.pdf>
 115. Couzos S, Murray R. Aboriginal primary health care: an evidence-based approach [Internet]. 2008. Available at: <http://eprints.jcu.edu.au/27771>
 116. Langdon EJ. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: Longdon EJ, Garnelo L, organizadores. Saúde dos povos indígenas Reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Antropologia; 2004. p. 196.
 117. do Nascimento KC, Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(4):643–8.
 118. Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura U. Educação: Um tesouro a construir. Paris: UNESCO; 1996. p. 41.
 119. Brasil RF do. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 [Internet]. Diário Oficial da União Brasil; 1990 p. 1–13. Available at: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:LEI+Nº+8.080,+DE>

+19+DE+SETEMBRO+DE+1990#1

120. Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção a saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: Edufba; 2006. 237 p.
121. 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 Saude Publica [Internet]. 2014;30(4):867–74. Available at: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84901946563&partnerID=40&md5=3a0279b9ce96ccabbb40b7863e66cdd7>
122. Novo MP. Saúde e Interculturalidade: A participação dos Agentes Indígenas de Saúde/AISs do Alto Xingu. Rev Antropol Soc dos Alunos do PPGAS-UFSCar. 2009;1(1):122–47.
123. Lima M do R de A, Nunes ML de A, Klüppel BLP, Medeiros SM de, Sá LD de. Atuação de enfermeiros sobre práticas de cuidados afrodescendentes e indígenas. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(5):840–6. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500840&lng=en&nrm=iso&tlng=en
124. Rocha ESC. Atenção primária à saúde indígena e não indígena no Alto Rio Negro, Amazonas, na perspectiva dos profissionais de saúde. Universidade de São Paulo; 2016.
125. Ribeiro AA, Fortuna CM, Irene C, Arantes S. O Trabalho de enfermagem em uma instituição de apoio ao indígena. Texto&Contexto Enferm. 2015;24(1):138–45.
126. Breilh J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 317 p.
127. Campos GW de S, Amaral MA do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciência&Saúde Coletiva. 2007;849–59.
128. Helman CG. Interações médico-paciente. In: Cultura, saúde e doença. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 432.
129. Helman CG. Introdução: a abrangência da antropologia médica. In: Cultura, saúde e doença. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 432.
130. Starfield B. Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasil M da S, organizador. Vol. 112, The British Journal of Psychiatry.

Brasília: UNESCO; 2002. 710 p.

131. Brasil FN de S. Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. Lei nº9836/99 Brasil; 2002 p. 42.
132. Martins JCL. O trabalho do enfermeiro na Saúde Indígena : desenvolvendo competências para a atuação no contexto intercultural. Universidade de São Paulo; 2017.
133. Novo MP. Política e intermedicalidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena. Cad Saude Publica [Internet]. 2011;27(7):1362–70. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000700011&lng=pt&tlng=pt
134. Langdon EJ. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: Longdon EJ, Garnelo L, organizadores. Saúde dos povos indígenas: Reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Antropologia; 2004. p. 196.
135. Falkenberg MB, Shimizu HE, Bermudez XPD. Social representations of the health care of the Mbyá-Guarani indigenous population by health workers. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2017;25:e2846. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100308&lng=en&nrm=iso&tlng=en%0Ahttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28177056%0Ahttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC5308547
136. Castro NJC de, Cavalcante IM da S, Palheta A do SE, Santos N dos. Inclusão de disciplinas em graduação de enfermagem sobre populações tradicionais Amazônicas. Cogitare Enferm. 2017;(22):9.
137. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução Cne/Ces Nº 3, De 7 De Novembro De 2001 [Internet]. Diário Oficial da União Brasil; 2001 p. 37. Available at: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
138. Boehs AE, Monticelli M, De A, Wosny M, Heidemann IBS, Grisotti M. A Interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. Texto&Contexto Enferm. 2007;16(2):307–14.
139. Almutairi AF, McCarthy A, Gardner GE. Understanding Cultural Competence in a Multicultural Nursing Workforce. J Transcult Nurs [Internet]. 2015;26(1):16–23.

Available at: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1043659614523992>

140. Perrenoud P. Dez novas competências para ensinar. Dez novas competências para ensinar. Porto Alegre: Art; 2000. 192 p.
141. Le Boterf G. Desenvolvendo a competência dos profissionais. Porto Alegre: Artmed; 2003. 278 p.
142. Boterf G Le. Três dimensões a explorar. Pessoal [Internet]. 2006;60–3. Available at: [http://www.guyleboterf-conseil.com/Article evaluation version directe Pessoal.pdf](http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf)
143. Rios TA. Ética e competência. 20ª. São Paulo: Editora Cortez; 2011. 86 p.
144. Deluiz N. Modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. Bol Técnico do SenacTécnico do Senac. 2001;27:13–25.
145. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health Background document to WHO – Strategy paper [Internet]. Vol. 14, Main. 2007. 67 p. Available at: http://ideas.repec.org/p/hhs/ifswps/2007_014.html
146. Purnell L. The Purnell Model for Cultural Competence. J Transcult Nurs. 2002;13(3):193–6.
147. Spector RE. Cultural diversity in health and illness. J Transcult Nurs. 2002;13(3):197–9.
148. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press; 1980. 49–70 p.
149. Narayan MC. Six Steps Towards Cultural Competence: A Clinician’s Guide. 2010;14(5):378–86.
150. Campinha-Bacote J. A Culturally Competent Model Of Care for African Americans Josepha Campinha-Bacote. Cult Divers Issues. 2009;29(1):49–55.
151. Darnell LK, Hickson S V. Cultural Competent Patient-Centered Nursing Care. Nurs Clin NA [Internet]. 2015;50(1):99–108. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cnur.2014.10.008>
152. Cury CRJ. Educação e contradição: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo. São Paulo: Cortez; 2000. 134 p.
153. Garnelo L. Política de Saúde dos Povos Indígenas no Brasil : Análise Situacional do Período de 1990 a 2004. Amaz políticas públicas e Divers Cult. 2004;(9):29.
154. Brasil RF do. Lei nº 9.836 de 23 de setembro de 1999 [Internet]. Brasília; 1999 p. 2.

- Available at: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisi/doc/Lei_9836_1999.pdf
155. Brasil RF do. Portaria nº 254 de 31 de janeiro de 2002 [Internet]. 254 Brasil; 2002 p. 11. Available at: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_254_2002.pdf
 156. Garnelo L, Macedo G, Brandão LC. Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil. Brasília: OPAS; 2003. 120 p.
 157. Conselho Indigenista Missionário - CIMI, Altini E, Rodrigues G, Padilha L, Moraes PD, Liebgott RA. A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil [Internet]. Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; 2013. p. 1–28. Available at: <http://goo.gl/jOWr3n%5Cnhttps://cursosadeindigena.files.wordpress.com/2016/03/tema3-texto1-cartilhasac3badeindc3adgenacimi.pdf>
 158. Costa DC. Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. Cad Saúde Pública [Internet]. 1987;3(4):388–401. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1987000400003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 159. Ferreira LO. Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. In: Langdon EJ, Cardoso MD, organizadores. SAÚDE INDÍGENA : políticas comparadas na América Latina [Internet]. Florianópolis: Ed. da UFSC; 2015. p. 217–46. Available at: https://www.researchgate.net/profile/Esther_Jean_Langdon/publication/305637071_Saude_Indigena_Politicas_Comparadas_na_America_Latina/links/579682a808aed51475e554d7.pdf#page=33
 160. Silva CD da. De improviso e cuidados: a saúde indígena e o campo da enfermagem. In: Teixeira CC, Garnelo L, organizadores. Saúde indígena em perspectiva: Explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 181–212.
 161. Garleno L (organizadora). Saúde indígena: Uma introdução ao tema. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI; 2012. 280 p.
 162. Ministério da Saúde. Programa Saúde Indígena: etnodesenvolvimento das sociedades indígenas. 2001. 52 p.
 163. Pontes AL de M, Rego S, Garnelo L. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. Cien Saude Colet [Internet]. 2015;20(10):3199–210. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232015001003199&lng=pt&tlng=pt

164. Jaccoud L, Osório RG, Soares S. As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil 120 anos após a abolição. 2008;
165. Freire P. Educação como prática da liberdade [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Paz e terra S/A; 1967. 189 p. Available at:
<http://books.google.com/books?id=WDTTAqAAQBAJ&pgis=1>
166. Freire P. Conscientização: Teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Cortez&Moraes; 1979. 52 p.
167. Dickmann I, Dickmann I. Primeiras palavras em Paulo Freire. São Paulo: Ação Cultural; 2016. 240 p.
168. Santos B de S. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. 5a ed. São Paulo: Cortez; 2005. 415 p.
169. Santos B de S. Sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. In: A gramática do tempo: para uma nova cultura política. São Paulo: Cortez; 2006. p. 511.
170. Santos B de S. Norte, Sul e a Utopia. In: Pela mão de Alice O social e o político na pós-modernidade. Porto: Edições Afrontamento; 1999. p. 270.
171. Santos B de S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: Epistemologia do Sul. São Paulo: Cortez; 2010. p. 637.
172. Santos B de S. Para uma concepção intercultural dos direitos humanos. In: A gramática do tempo: para uma nova cultura política. São Paulo: Cortez; 2006. p. 434–511.
173. Lazarini FM, Barbosa DA. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2017;25(0). Available at:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100305&lng=en&tlng=en
174. Campinha-Bacote J. Many faces: Addressing diversity in health care. Online J Issues Nurs [Internet]. 2003;8:www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketp. Available at:
[www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume82003/No1Jan2003/AddressingDiversityinHealthCare.aspx)
[TableofContents/Volume82003/No1Jan2003/AddressingDiversityinHealthCare.aspx](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume82003/No1Jan2003/AddressingDiversityinHealthCare.aspx)
175. MIGNOLO WD. Colonialidade: O Lado Mais Escuro Da Modernidade. Revista Brasileira de Ciências Sociais. 2017;32(94):01.
176. Walsh C. Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias

- político-epistêmicas de refundar el Estado. *Tabula Rasa*. 2008;(9):131–52.
177. Walsh C. Interculturalidade Crítica e Pedagogia Decolonial :in-surgir, re-existir e re-viver. *Educação intercultural na América Latina: entre concepções, tensões e propostas*. 2009;
 178. Walsh C. *Interculturalidad, estado, sociedad*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar; 2009. 253 p.
 179. Brandão CR. *Vocação de criar: anotações sobre a cultura e as culturas populares*. *Cardernos de pesquisa*. 2009;39.
 180. Brandão CR. *Educação como cultura*. São Paulo: Mercado de Letras; 2002. 255 p.
 181. Silva Filho CC da, Drago LC, Maestri E, Funai A, Backes VMS. Da pirâmide para o círculo: em busca de práticas educativas participantes em saúde. In: Paulo Freire: a beleza de ensinar e aprender na saúde. Florianópolis: NFR/UFSC; 2016. p. 141–56.
 182. Brandão Neto W, Silva MAI, Aquino JM de, Lima LS de, Monteiro EMLM. Violência sob o olhar de adolescentes: intervenção educativa com Círculos de Cultura. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015;68(4):617–25. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000400617&lng=pt&tlng=pt
 183. Heidemann ITSB, Dalmolin IS, Rumor PCF, Cypriano CC, Costa MFBNA, Durand MK. Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Freire: Contribuições para a saúde. *Reflexão Texto Context Enferm* [Internet]. 2017;26(4):e0680017. Available at: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e0680017.pdf>
 184. Brandão CR. *O que é o método Paulo Freire*. São Paulo: Brasiliense; 2008. 113 p.
 185. Monteiro EMLM. (Re) construção de ações de educação em saúde a partir de círculos de cultura: experiência participativa com enfermeiras do PSF do Recife/PE. Universidade Federal do Ceará; 2007.
 186. Heidemann ITSB, Wosny A de M, Boehs AE. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2014;19(8):3553–9. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803553&lng=pt&tlng=pt
 187. Busana J de A, Heidemann ITSB, Wendhausen ÁLP, Lazzari DD. Conferência local de saúde a partir do itinerário de pesquisa de Freire: Relato de experiência. *Rev Enferm e*

- Atenção à saúde. 2016;13(3):651–6.
188. Dalmolin IS, Faria LM, Perão OF, Nunes SFL, Meirelles BHS, Heidemann vonete TSB. Dialogando com Freire no círculo de cultura: Uma estratégia de promoção da saúde. *Rev Enferm UFPE Line*. 2016;10(1):185–90.
 189. Romão JE, Cabral IE, Carrão EV de M, Coelho EP. Círculo epistemológico círculo de cultura como metodologia de pesquisa. *Educação&Linguagem* [Internet]. 2009;13:173–95. Available at:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.asw.2013.04.001>
http://journals.cambridge.org/abstract_S0140525X00005756
<http://www.brie.org/pub/index.php/rbie/article/view/1293>
<http://www-psych.nmsu.edu/~pfoltz/reprints/Edmedia99.html>
<http://urd>.
 190. Freire P. Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In: Brandão CR, organizador. *Pesquisa Participante* [Internet]. 3ª. Brasília: Brasiliense; 1981. p. 34–41. Available at:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.asw.2013.04.001>
http://journals.cambridge.org/abstract_S0140525X00005756
<http://www.brie.org/pub/index.php/rbie/article/view/1293>
<http://www-psych.nmsu.edu/~pfoltz/reprints/Edmedia99.html>
<http://urd>.
 191. Gibbs P, Cartney P, Wilkinson K, Parkinson J, Cunningham S, James-Reynolds C, et al. Literature review on the use of action research in higher education. *Educ Action Res*. 2017;25(1):3–22.
 192. Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educ e Pesqui*. 2005;31(3):443–66.
 193. Sousa DM de, Mocelin J, Danielski K, Prado ML do. O pensamento de Freire na educação e na pesquisa em saúde e enfermagem. In: Paulo Freire: a boniteza de ensinar e aprender na saúde. Florianópolis: NFR/UFSC; 2016. p. 141–56.
 194. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18ª. São Paulo: Cortez; 2011. 136 p.
 195. Munkhondya B, Myhre K, Hagen L. Similarities and mutual understanding: Exchange experiences in Malawi for host and guest students: Original Article. *Int Nurs Rev*. 2009;56(4):476–82.
 196. Wang C. Youth Action for Health Through Youth-Led Research. *J Community Pract*. 2006;14(1–2):107–23.

197. Wang C, Burris MA. Photovoice: Concept, Methodologym and use for participatory needa assessment. *Heal Educ &Behavior*. 1997;24(3):369–87.
198. Brasil RF do. Lei nº 9.611, de 19 de fevereiro de 1998 [Internet]. Brasil; 1998 p. 7. Available at: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/697242.pdf>
199. Brasil RF do. Código Civil Brasileiro [Internet]. 2a Brasil; 2008 p. 616. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10406.htm
200. Santos A de L, Silva EM da, Marcon SS. ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM DIABETES NO HIPERDIA : ASSISTANCE FOR PEOPLE WITH DIABETES IN PRIMARE CARE : CAPABILITIES AND LIMITS THE PERSPECTIVE OF NURSES. *Texto Context Enferm*. 2018;27(1):1–10.
201. Mendes G do SC V., Caramelo J, Arelaro LRG, Terrasêca M, De Sordi MRL, Kruppa SMP. Autoavaliação como estratégia de resistência à avaliação externa ranqueadora. *Educ e Pesqui*. 2016;41(spe):1283–98.
202. Mary R. Lynn. Determination and Quantificatiom of Conten Validity.pdf [Internet]. Vol. 136, *Journal of Experimental Psychology: General*. 1986. p. 382–6. Available at: <http://ijoh.tums.ac.ir/index.php/ijoh/article/view/26>
203. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiquiatr Clínica* [Internet]. 1998;25(5):206–2013. Available at: <http://mpet.ifam.edu.br/wp-content/uploads/2017/12/Principios-de-elaboracao-de-escalas-psicologicas.pdf>
204. Almeida MHM de, Spínola AW de P, Lancman S. Técnica Delphi: validação de um instrumento para uso do terapeuta ocupacional em gerontologia. *Rev Ter Ocup da Univ São Paulo*. 2013;20(1):49–58.
205. Minayo MC de S, Assis SG de, Souza ER de. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 244 p.
206. Revorêdo L da S, Maia RS, Torres G de V, Maia EMC. O uso da técnica delphi em saúde. *Arq Ciênc Saúde*. 2015;22(2):16–21.
207. Marques JBV, Freitas D de. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. *Pro-Posições*. 2018;29(2):389–415.
208. Juventino ES. Construção e validação de escala para mensurar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil. Universidade Federal do Ceará; 2013.
209. DSEI GUATOC DSEIG-T. Cartografia dos fatores intervenientes na mortalidade materna, fetal e infantil e e os itinerários de produção da saúde do Dsei Guatoc no

- estado do Pará. Belém; 2017.
210. IBGE- Instituto Brasileiro de geografia e estatística. Estatística- Indicadores Sociais [Internet]. Estatística. 2010. p. 3. Available at:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/tabelas_pdf/tab16.pdf
 211. Monteiro EMM, Vieira NFC. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(3):397–403.
 212. Gomes R, Souza ER de, Minayo MC de S, Malaquias JV, Silva CFR da. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: *Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 244.
 213. Durey A, Halkett G, Berg M, Lester L, Kickett M. Does one workshop on respecting cultural differences increase health professionals' confidence to improve the care of Australian Aboriginal patients with cancer? An evaluation. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2017;17(1):660. Available at:
<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2599-z>
 214. Minayo MC de S. *Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2008. 407 p.
 215. Minayo MC de S. Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social. In: *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p. 380.
 216. Cardoso MF, Batista-dos-Santos AC, Alloufa JM de L. Sujeito, Linguagem, Ideologia, Mundo: Técnica Hermenêutico-dialética para Análise de Dados Qualitativos de Estudos Críticos em Administração. *Rev Adm FACES J.* 2015;14(2).
 217. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. *Interface - Comun Saúde Educ.* 2000;6(2):109–16.
 218. Picheth SF, Cassandre MP, Thiollent MJM, Thiollent MJM. Analisando a pesquisa-ação à luz dos princípios intervencionistas: um olhar comparativo. *Educação* [Internet]. 2016;39(4):3. Available at:
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/24263>
 219. Machado MH. *Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final: Brasil*. Rio de Janeiro; 2017.

220. Rocha ESC, Gonçalves MJF, Cruz MJF, Baroni RAL. Perfil de enfermeiros (as) que atuam na saúde indígena e não indígena/ Profile of nurses who work in indigenous and non-indigenous health care. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2018;17(4):0–3.
221. Hirata H. Gênero, classe e raça: Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. *Tempo social, Revista de Sociologia da Usp*. 2014;26(1):199–204.
222. Hirata H. Entrevista: Helena Hirata. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2019;17(2):1–11.
223. Padilha MI de S, Vaghetti HH, Brodersen G. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. *R Enferm UERJ*. 2006;2.
224. Figueiredo MAG, Peres MAA. Identidade da enfermeira : uma reflexão iluminada pela perspectiva de Dubar. *Revista de Enfermagem Referência [Internet]*. 2019;149–54. Available at: <https://doi.org/10.12707/RIV18079>
225. do Espírito Santo TB, Oguisso T, da Fonseca RMGS. A profissionalização da enfermagem brasileira na mídia escrita no final do século XIX: Uma análise de gênero. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011;19(5):1265–71.
226. Wan Der Maas L. Análise comparativa da base social da medicina e enfermagem no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. *Cad Saude Publica*. 2018;34(3).
227. Helena Machado M, Aguiar Filho W, Ferraz de Lacerda W, de Oliveira E, Lemos W, Wermelinger M, et al. Características Gerais Da Enfermagem: O Perfil Sócio Demográfico. *Enferm Foco [Internet]*. 2015;6(4):11–7. Available at: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Características-gerais-da-enfermagem-o-perfil-socio-demografico.pdf>
228. Gama ASM, Fernandes TG, Parente RCP, Secoli SR. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saude Publica*. 2018;34(2):1–16.
229. Machado MH, Wermelinger M, Vieira M, Oliveira E De, Lemos W, Filho WA. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. *Foco [Internet]*. 2016;6(24):15–27. Available at: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/687/297>
230. Machado MH, Lemos WR, Lacerda F De, Justino E. Mercado de trabalho em enfermagem no âmbito do SUS : uma abordagem a partir da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. *Divulgação em saúde para debate*. 2016;52–69.
231. Machado MH, Oliveira E de, Lemo W, Lacerda WF de, Filho A, Wermelinger W, et al.

- Mercado De Trabalho Da Enfermagem: Aspectos Gerais - Debatedor 2. Enferm em Foco. 2017;7(ESP):57.
232. Persegona MFM, Oliveira E dos S, Pantoja VJ da, Conceição. As características geopolíticas da enfermagem brasileiras. In: FIOCRUZ FOC, organizador. Relatório final da pesquisa da enfermagem no Brasil. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); 2016. p. 192.
 233. Ito EE, Peres AM, Takahashi RT, Leite MMJ. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. Rev da Esc Enferm da USP [Internet]. 2006;40(4):570–5. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000400017&lng=pt&tlng=pt
 234. Palheta RP. Política indigenista de saúde no Brasil. São Paulo: Cortez; 2015. 128 p.
 235. Araújo Dos Santos T, Silva-Santos H, Silva M, Coelho ACC, Pires CGSS, Melo CM. Precarização do trabalho de enfermeiras, técnicas e auxiliares de Enfermagem nos hospitais públicos. Rev da Esc Enferm da USP [Internet]. 2013;52:e03411. Available at: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017050503411>
 236. Druck G. A TERCEIRIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA: FORMAS DIVERSAS DE PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO. Trab Educ Saúde. 2016;15–43.
 237. Ribeiro AA, Aciole GG, Arantes CIS, Reading J, Kurtz DLM, Rossi LA. The work process and care production in a Brazilian indigenous health service. Esc Anna Nery. 2017;21(4):1–9.
 238. Garnelo L, Maquiné A. Financiamento e gestão do subsistema de saúde indígena: considerações à luz dos marcos normativos da administração pública no Brasil. In: Ed ufsc, organizador. SAÚDE INDÍGENA : políticas comparadas na América Latina. Florianópolis; 2015. p. 310.
 239. Santos B de S. A crise do contrato social da modernidade e a emergência do fascismo social. In: A gramática do tempo: para uma nova cultura política. São Paulo: Cortez; 2006. p. 511.
 240. Carneiro S. Racismo, sexismo e desigualdades no Brasil. São Paulo: Selo Negro; 2011. 190 p.
 241. Pires AMLT. El prejuicio racial en Brasil: Medidas comparativas. Psicología e Sociedade. 2010;22(1):32–42.

242. Turra C, Venturini G. Racismo cordial: a mais completa análise sobre o preconceito de cor no Brasil. São Paulo: Atica; 1995. 208 p.
243. Milanez F, Sá L, Krenak A, Cruz FSM, Ramos EU, Taquary Pataxó G dos S de J. Existência e Diferença : O Racismo Contra os Povos Indígenas. Rev Direito Práx. 2019;10:2161–81.
244. Ribeiro D. O erótico tem poder [Internet]. Folha de são Paulo. 2019. Available at: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/djamila-ribeiro/2019/08/o-erotico-como-poder.shtml>
245. Santos B de S. Para uma concepção intercultural dos direitos humanos. In: A gramática do tempo: para uma nova cultura política. São Paulo: Cortez; 2006. p. 433–70.
246. Marx K. Contribuição à crítica da economia política. São Paulo: Expressão popular; 2008. 288 p.
247. Santos Luciano G. Educação para manejo e domesticação do mundo entre a escola ideal e escola real: Os dilemas da educação escolar indígena no Alto Rio Negro. 2011.
248. Tubino F. La interculturalidad crítica como proyecto ético-político. In: Encuentro continental de educadores agustinos [Internet]. Lima; 2005. p. 4. Available at: <http://oala.villanova.edu/congresos/educación/lima-ponen-02.html>
249. República D a, Do F. Constituição da Republica Federativa do Brasil [Internet]. Brasil, Senado Federal Brasil; 1989 p. 4. Available at: <http://www.uol.com.br>
250. Saúde CN. Resolução n 569 Diretrizes Curriculares dos cursos da área da saúde. Brasil, Republica Federativa do Brasil; 2017 p. 9–15.
251. Mancia JR, Cabral LC, Koerich MS. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. Revista Brasileira de Enfermagem. 2004;57(5):605–10.
252. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes; 2012. 291 p.
253. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2005;9(16):161–8.
254. Ceccim RB. Desenvolvimento de competências no trabalho em saúde : educação , áreas do conhecimento e profissões no caso da saúde. Rev Tempus Actas Saúde Coletiva. 2012;253–77.
255. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área sa saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. Rev Saúde Coletiva. 2004;14(2):41–65.
256. Freire AMA. A compreensão de educação de Paulo Freire: Indignação e sonho. Revista

- de Educação POpular. novembro de 2002;8.
257. Pires D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Rev Bras Enferm.* 2009;62:739–44.
 258. Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura U. Idiomas indígenas importam para o desenvolvimento , construção da paz e reconciliação [Internet]. idiomas indígenas importam para o desenvolvimento , construção da paz e reconciliação. 2019. Available at: <https://en.iyil2019.org>
 259. Santos B de S. Mulheres não são homens [Internet]. 10 de março de 2011. 2011. p. 4. Available at: [http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Mulheres não são Homens_large_10Mar11.pdf](http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Mulheres%20n%C3%A3o%20s%C3%A3o%20Homens_large_10Mar11.pdf)
 260. Friedrich E. Carta de engels a bloch. Londres; 1890. p. 3.
 261. Marx K. Divisão do mais-valor em capita e renda. A teoria da abstinência. In: *O capital Crítica da economia política*. São Paulo: Boitempo; 2013. p. 1493.
 262. Trabalho OI do. Convenção 169 da OIT sobre povos indígenas e tribais. Suíça; 1989 p. 10.
 263. Brasil. Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais [Internet]. Brasil; 2007. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm
 264. Vergne C de M, De Vilhena J, Zamora MH, Rosa CM. A palavra é.. Genocídio: A continuidade de práticas racistas no Brasil. *Psicologia e Sociedade*. 2015;27(3):516–28.
 265. Lemkin R. Genocide. *American Scholar*. 1946;(April):1–9.
 266. Unidas O das N. Convenção para prevenção e repressão do crime de genocídio. França; 1951 p. 5.
 267. Shelton D, Vaz A, Castillo BH, Nassar CC, Bello LJ, Colleoni P, et al. Pueblos Indígenas en Aislamiento Voluntario y Contacto Inicial. Vol. 2 (7), *Ciencia Hoy*. Amazônia: FUNAI; 2012. 278 p.
 268. Rampinelli WJ. A história da destruição cultural da América Latina: da conquista à globalização. *Revista Brasileira de estudos Latino-Americanos*. 2014;542–57.

10. ANEXOS

Anexo 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Cara(o) Colega,

Eu, Pesquisadora Inara Mariela da Silva Cavalcante, professora da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) e estudante do Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Universidade de São Paulo (USP), tenho a honra de convidá-la(o) para participar da pesquisa intitulada **“COMPETÊNCIAS CULTURAIS ENTRE ENFERMEIROS NA SAÚDE INDÍGENA: FORMAÇÃO POR MEIO DE CÍRCULOS DE CULTURA”**.

Trata-se de uma atividade educativa mediada pelos círculos de cultura sobre competências culturais de enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena. Quero investigar, mais especificamente, o desenvolvimento de competências culturais críticas de enfermeiras(os) que atuam na atenção básica da saúde indígena no contexto do DSEI Guamá-Tocantins.

O desenvolvimento do estudo acontecerá durante uma semana no município onde você trabalha com o consentimento e autorização do DSEI Guamá- Tocantins, as atividades ocorrerão em apenas um turno do dia, acordado conforme a disponibilidade e consenso de todos os participantes dos Círculos de Cultura. Sua participação também se dará 30 e 60 dias após a semana dos Círculos de Cultura para autoavaliação o processo de implementação do cuidado de enfermagem culturalmente competente.

Para coletar dados, serão utilizados registros de observação participante através de um caderno de notas e métodos visuais, como fotografias e filmagens. Os encontros serão gravados e fotografados para registro dos momentos do grupo e para serem melhor analisados por mim. Você precisará autorizar o uso da sua imagem através do Termo de Uso de Imagem. Assim como você precisará registrar com equipamento próprio, como o aparelho celular, imagens/fotografias conforme participação das etapas dos Círculos de Cultura. O uso destas também precisará ser autorizado através do Termo de Cessão de Direitos para Uso de Imagens, para serem exibidas em uma exposição fotográfica dos resultados deste estudo.

Outro instrumento que será aplicado é o instrumento de autoavaliação das competências culturais de enfermeiras(os) para o cuidado de enfermagem transcultural na saúde indígena. Será aplicado um antes e outro depois dos Círculos de Culturas, como uma medida de verificação dos valores da enfermagem transcultural. Os instrumentos serão analisados por você e por mim posteriormente.

O risco deste estudo é de você se sentir constrangido em algum momento, durante os Círculos de Cultura, uma vez que eles acontecerão em grupo, e, por este motivo, você tem total liberdade de sair do estudo a qualquer momento, mesmo depois da participação em qualquer uma das etapas do estudo, para isto basta você entrar em contato comigo, sem o menor constrangimento ou penalidade. É garantido o anonimato e privacidade em todas as fases do estudo, uma vez que todos os participantes receberão pseudônimos (nomes falsos).

O benefício do estudo é a contribuição para uma assistência de enfermagem transcultural, para educação em Enfermagem, assim como colaborar com a formação de enfermeiras(os) que respondam de maneira eficaz às demandas dos indígenas, de forma competente culturalmente.

Você receberá uma via deste TCLE assinada pela pesquisadora e com todas as páginas rubricadas. Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), uma vez que este é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos pelo endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 2º andar, sala 202. CEP: 05403-000 - Cerqueira César - São Paulo – SP/ Tel.: (11) 3061-8858- E-mail: cepee@usp.br.

A(o) participante do estudo terá direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Assim como será ressarcida(o) de eventuais despesas decorrentes da pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso às pesquisadoras responsáveis pela investigação para esclarecimento de dúvidas, são elas: Msc Pesquisadora Mariela da Silva Cavalcante, que pode ser encontrada no endereço Conjunto Guajará I, we 54, nº1331, CEP: 67143-300 Ananindeu-PA/ Tel.: (91) 993085915 (24 horas), Email: inaracavalcante@gmail.com ; e a Dra. Vilanice Alves de Araújo Püschel, pode ser encontrada no endereço Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 3º andar, no Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica. CEP: 05403-000 - Cerqueira César - São Paulo – SP/ Tel.: (11) 983462663 (24 horas), Email: vilanice@usp.br .

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Msc. Pesquisadora Mariela da Silva Cavalcante- _____
Assinatura do pesquisador

Dra. Vilanice Alves de Araújo Püschel- _____
Assinatura do pesquisador

Assinatura do participante- _____
Data:/...../.....

Anexo 2

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM ADULTO

Neste ato, _____, nacionalidade _____, estado civil _____, portador da Cédula de identidade (RG) nº. _____, inscrito no CPF/MF sob nº _____, residente à Av/Rua _____, nº. _____, município de _____/Pará, CEP _____. AUTORIZO o uso de minha imagem em todo e qualquer material entre fotos e documentos, para ser utilizada pela pesquisadora Pesquisadora Mariela da Silva Cavalcante, para fins de sua tese e divulgação dos seus resultados, residente no Conjunto Guajará I, WE 54, casa 1331, Bairro Coqueiro, Ananindeua-Pa, CEP 67143-300, de forma que sejam estas destinadas à divulgação ao público em geral. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior, das seguintes formas: inseri-la em qualquer tipo de material, para toda e qualquer finalidade referente à tese e divulgação dos resultados, assim como para uso jornalístico, editorial, didático e outros que existam ou venham a existir no futuro, e para veiculação/distribuição em território nacional e internacional, por prazo de 10 (dez) anos, a partir da data de assinatura deste. Por esta ser a expressão da minha vontade, declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

_____, dia _____ de _____ de _____.

(assinatura)

Nome:

Telefone p/ contato:

Anexo 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA JUÍZES-ESPECIALISTAS

Eu, Pesquisadora Mariela da Silva Cavalcante, gostaria de convidá-lo (a) a participar de uma pesquisa que tem como objetivo “Desenvolver, aplicar e avaliar uma atividade educativa mediada pelos Círculos de Cultura de Paulo Freire sobre competências culturais entre enfermeiras(os) que atuam na atenção básica da saúde indígena na Amazônia Paraense”. Gostaríamos de convidá-lo (a) a ser um dos juízes-especialistas na avaliação do instrumento de autoavaliação que foi produzido com base na literatura. O interesse é desenvolver um instrumento de autoavaliação com informações adequadas e importantes sobre as competências culturais de enfermeiros que trabalham na atenção básica da saúde indígena.

Após sua aceitação em participar deste estudo, lhe entregaremos uma cópia do instrumento de autoavaliação. Cabe ressaltar que caso não haja concordância entre todos os juízes de 80% em cada atributo da competência cultural, o instrumento de autoavaliação será corrigido a partir das sugestões, e reencaminhado para uma nova rodada de avaliação. Informamos, ainda, que lhe são assegurados:

- O direito de não participar desta pesquisa, se assim o desejar, sem que isso acarrete qualquer prejuízo.
- O acesso a qualquer momento às informações de procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer.
- A garantia de anonimato e sigilo quanto ao seu nome e quanto às informações prestadas no instrumento. Não serão divulgados nomes, nem qualquer informação que possam identificá-lo (a) ou que estejam relacionados com sua intimidade.
- A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, durante o andamento da pesquisa, sem que isto lhe traga prejuízo na instituição.

Além disso:

O estudo não acarretará maleficências e seus resultados trarão benefícios para o desenvolvimento científico. Portanto, sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento científico. Certa de contar com a sua colaboração, desde já agradeço.

Atenciosamente.

Pesquisadora

Cavalcante

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO (JUÍZES)

Eu, _____, declaro que tomei conhecimento do estudo e tendo sido devidamente esclarecido (a) sobre seus objetivos, método proposto e condições éticas legais, estou de acordo em participar como juiz desta pesquisa, validando uma TE, por meio de um instrumento.

_____ de _____ de 201__

Assinatura do Participante

Anexo 4

QUESTIONÁRIO DE JUÍZES-ESPECIALISTA

Data: ____/____/____

PARTE I- PERFIL DOS JUÍZES-ESPECIALISTAS

Código/Pseudônimo: _____ Idade _____ Sexo: () M () F

Área de formação _____

Tempo de formação _____

Tempo de atuação/estudo na saúde indígena: _____

Local (is) de trabalho: _____

Tempo de exercício profissional: _____

Titulação Especialização em _____

Mestrado em _____

Doutorado em _____

PARTE II- INSTRUÇÕES

Leia minuciosamente o Instrumento de autoavaliação das competências culturais de enfermeiras(os) (público alvo) que atuam na atenção básica da saúde indígena que foi elaborado para mediar a reflexão e autoanálise sobre as competências culturais desenvolvidas no contexto do público alvo (PA).

Em seguida faça a avaliação marcando um X em um dos números que estão na frente de cada afirmação. Dê a sua opinião de acordo com o que melhor representa o grau em cada critério:

Valoração

1-Totalmente adequado

2- Adequado

3-Parcialmente adequado

4- Inadequado

Para as opções 3 e 4, descreva o motivo pelo qual considerou esse item e faça a sugestão de adequação no espaço destinado após o item. Não existem respostas corretas ou erradas. O que importa é a sua opinião. Por favor, responda a todos os itens.

PARTE III- ESCALA *LIKERT*

1. OBJETIVOS – Referem-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização do Instrumento de autoavaliação das competências culturais do público alvo (PA)

1.1 As informações/conteúdos são ou estão coerentes com as necessidades cotidianas do público-alvo (PA) do instrumento de autoavaliação	1	2	3	4
1.2 As informações/conteúdos são importantes para a qualidade da reflexão sobre competências culturais do PA	1	2	3	4
1.3 Convida e/ou instiga a mudanças de comportamento e atitude no PA	1	2	3	4
1.4 Pode circular no meio científico da área	1	2	3	4
1.5 Atende aos objetivos de instituições em que o PA atua	1	2	3	4

Sugestões _____

2- ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se a forma de apresentar as orientações. Isto inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação.

2.1 o instrumento de autoavaliação é apropriada para o PA	1	2	3	4
2.2 As mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetivas	1	2	3	4
2.3 As informações apresentadas estão cientificamente corretas	1	2	3	4
2.4 O material está apropriado ao nível sociocultural do PA	1	2	3	4
2.5 Há uma sequência lógica de conteúdo proposto	1	2	3	4
2.6 As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia	1	2	3	4
2.7 O vocabulário corresponde ao nível de conhecimento do PA	1	2	3	4
2.8 A linguagem é adequada para a compreensão do PA	1	2	3	4
2.9 O título, tópicos e subitens estão adequados	1	2	3	4
2.10 Os subitens (atributos das competências culturais) são suficientes	1	2	3	4
2.11 A apresentação/formato está apropriado	1	2	3	4
2.12 O número de páginas está adequado	1	2	3	4

Sugestões:

3 – RELEVÂNCIA –Refere-se as características que avalia o grau de significação do instrumento.

3.1 Os temas retratam aspectos-chave que devem ser reforçados para a autoavaliação das competências culturais do PA	1	2	3	4
3.2 O do instrumento de autoavaliação permite transferência e generalização do aprendizado a diferentes contextos	1	2	3	4
3.3 O do instrumento de autoavaliação propõe construção de conhecimento	1	2	3	4
3.4 O instrumento motiva para a autoavaliação das competências culturais do PA	1	2	3	4
3.5 O do instrumento de autoavaliação está adequado para ser usada pelo público-alvo da TE	1	2	3	4

Sugestões:

SUGESTÕES GERAIS:

Anexo 5

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMPETÊNCIAS CULTURAIS ENTRE ENFERMEIROS NA SAÚDE INDÍGENA: FORMAÇÃO POR MEIO DE CÍRCULOS DE CULTURA

Pesquisador: Inara Mariela da Silva Cavalcante

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 90618618.9.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.759.160

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Doutorado vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. A pesquisadora abordará a temática do desenvolvimento de competências culturais entre profissionais da saúde que atuam em cenários interétnicos na área da Saúde Indígena.

A pesquisa foi delineada como um estudo de intervenção, do tipo pesquisa participante e utilizará múltiplos métodos (triangulação) nas etapas de análise e avaliação dos resultados. Os participantes (estimado em 16 pessoas) serão enfermeiras(os) que trabalham na atenção básica da saúde indígena no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Guamá-Tocantins, localizado no estado do Pará. Os enfermeiros serão convidados a participar de 7 Ciclos de Cultura - abordagem teórico-metodológica desenvolvida por Paulo Freire, conhecida como "itinerário de pesquisa" e que compreende três etapas: Temas Geradores, Codificação e Decodificação, e Desvelamento Crítico - com o intuito de avaliar a intervenção antes e depois, por meio da técnica do Photovoice e da aplicação de um instrumento de autoavaliação no último Círculo de Cultura e após 60 dias da intervenção. Os resultados quantitativos serão analisados pelo teste de Friedman e os qualitativos pela hermenêutica-dialética. O instrumento de autoavaliação será validado por um grupo de especialistas por meio da técnica Delphi. O orçamento totaliza R\$6.110,00 e será custeado pela própria pesquisadora.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

CEP: 05.403-000

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.759.160

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo da pesquisa não apresenta óbices éticos que impeçam a sua realização.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil. Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1131892.pdf	19/06/2018 22:43:59		Aceito
Cronograma	CronogramaCEP2.docx	19/06/2018 22:43:03	Inara Mariela da Silva Cavalcante	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECEP.docx	19/06/2018 22:42:48	Inara Mariela da Silva Cavalcante	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCompletoCEP.pdf	19/06/2018 22:42:25	Inara Mariela da Silva Cavalcante	Aceito
Orçamento	OrcamentoCEP.docx	29/05/2018 20:12:27	Inara Mariela da Silva Cavalcante	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoDSEI.pdf	29/05/2018 20:10:27	Inara Mariela da Silva Cavalcante	Aceito
Folha de Rosto	FolhadaRostoAssinada.pdf	28/05/2018 23:03:39	Inara Mariela da Silva Cavalcante	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

CEP: 05.403-000

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.759.160

SAO PAULO, 06 de Julho de 2018

Assinado por:
Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

11. APÊNDICES

Apêndice I

INSTRUMENTO DE AUTOAVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS CULTURAIS DE ENFERMEIRAS (OS) QUE ATUAM NA ATENÇÃO BÁSICA DA SAÚDE INDÍGENA

Responda honestamente a cada uma destas situações a seguir, marcando com um “X” de acordo com a sua avaliação com as seguintes expressões:

Nunca, Às vezes, Quase sempre, Sempre.

Nº	ATRIBUTOS DAS COMPETÊNCIAS CULTURAIS	Nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1	Disponibilizo tempo suficiente para atendimento ao indígena				
2	Escuto sensivelmente e atenciosamente às queixas e demandas				
3	Reconheço as diferenças das percepções dos problemas de saúde entre um indígena e um não indígena				
4	Reconheço as semelhanças das percepções dos problemas de saúde entre indígenas e não indígenas				
5	Acolho os sentimentos dos indígenas				
6	Faço um autoexame sobre meus próprios antecedentes culturais				
7	Considero as diferenças culturais expressas nos modos de viver e nos processos saúde/doença/cuidado				
8	Coloco-me no lugar do outro				
9	Aceito as diferentes perspectivas de saúde, doença e cuidado, sejam elas indígenas, de cada paciente ou da biomedicina				
10	Reconheço os riscos de imposições culturais				
11	Examino as crenças e valores sobre saúde e doença dos indígenas (Espiritualidade, vida, gravidez, nascimento, feitiço, vingança, envelhecimento e morte)				
12	Compreendo as normas de convívio social dos indígenas (Tomada de decisão, hierarquias familiares, dos clãs e sociais, gênero, interação com os “brancos” e com outras etnias)				
13	Aciono o sistema de cuidados de saúde do indígena				

14	Compreendo os costumes alimentares e de bebidas para pessoas saudáveis e doentes entre indígenas				
15	Aciono o uso de chás, ervas, unguentos, rezas, cantorias, banhos, desenhos, pinturas, arranhaduras, escarificações e rituais para cura indígenas				
16	Conheço a classificação dos indígenas das doenças (nomes, categorias, causas atribuídas)				
17	Compreendo os problemas que surgem pelo uso do português para me comunicar com os indígenas em vez de usar a sua língua materna				
18	Utilizo a comunicação verbal e não verbal com os indígenas				
19	Reconheço as soluções dos indígenas para manter/recuperar a saúde do indígena				
20	Reconheço práticas dos indígenas que considero: úteis ou que facilitam o processo saúde-doença				
21	Reconheço práticas dos indígenas que considero arriscadas ao processo saúde-doença				
22	Analiso a incidência e prevalências de doenças entre indígenas (a sua possível relação com os determinantes sociais) a partir dos sistemas de informações de saúde				
23	Analiso a incidência e prevalência de doenças entre indígenas a partir dos seus modelos de explicação e cosmologia				
24	Conheço a eficácia de tratamentos tradicionais desenvolvidos pelos indígenas				
25	Estou motivada(o) para trabalhar com indígenas				
26	Atuo e interajo socialmente com indígenas fora do horário do trabalho				
27	Avalio as necessidades de comunicação do indígena				
28	Desenvolvo estratégias/ferramentas que facilitam o cuidado de enfermagem ao indígena				
29	Negocio cuidados individuais e coletivos considerando eficiência das práticas e crenças dos indígenas				
30	Tomo decisões de saúde em conjunto com pajés e/ou parteiras				
31	Executo ações de saúde em concordância com pajés e/ou parteiras				
32	Tomo decisões em conjunto com o Agente Indígena de Saúde (AIS) e todos os produtores de saúde da comunidade/aldeia				

33	Executo ações em concordância com os AIS's e todos os produtores de saúde da comunidade/aldeia				
34	Considero as informações ou conselhos dos AIS's e todos os produtores de saúde da comunidade/aldeia				
35	Explico assuntos e respondo as dúvidas dos AIS's e todos os produtores de saúde da comunidade/aldeia				
36	Mostro procedimentos e supervisiono a prática dos AIS's e todos os produtores de saúde da comunidade/aldeia				
37	Utilizo a mesma linguagem e vocabulários dos indígenas na interação com eles				
38	Executo ações de saúde conforme as preferências dos indígenas				
39	Considero o ponto de vista do indígena e sua compreensão da doença e/ou tratamento				
40	Converso e procuro informações com a família ou acompanhantes do indígena				
41	Considero as informações ou a mediação de outro indígena (nem familiares, nem pajé)				
42	Executo ações de saúde com outro indígena (nem familiares, nem pajé)				
43	Em momento de frustração com o indígena que estou cuidando, procuro informações ou conselhos para aplicar uma estratégia alternativa				
44	Em momento de frustração com o indígena que estou cuidando, aplico uma estratégia diferente				

Se você quiser, pode fazer qualquer observação ou sugestão no espaço abaixo, fique à vontade.

OBS:

Nota: O Item de 01 ao 05 refere-se ao Domínio Afetivo, atributos do Desejo Cultural; De 06 ao 10, ao Domínio Cognitivo atributos da Consciência/Sensibilização Cultural; De 11 a 15, ao Domínio Cognitivo, atributos do Conhecimento Cultural; De 16 a 24, ao Domínio Comportamental, atributos Habilidades Culturais; De 25 a 44 ao Domínio Comportamental, atributos dos Encontros culturais. Essa nota não constava no instrumento no momento da sua aplicação, foi acrescentado para análise e discussão dos resultados.

Apêndice II

Cartilha de interlocução idiomática com indígena atendido pela CASAI Icoaraci

Etnia Kayapó ou Kayapó Xikrin (Idioma Mehêngôkrê)

Principais saudações

Bom dia- Akatnei
Dia ruim- Akat'pauare
Boa tarde- Amocime ou Amocomei
Boa noite- Akamamí
Como você está?- Mo kome?
Até logo- Okambí
Já estou indo, Tchou- Archutú (08 e 09)

Partes do corpo e sinais e sintomas

Frio- Iky
Calor- kangroo (também significa febre)
Dor - Tey ou Teyen Dey. Conforme a intensidade da dor se entende o
fim da palavra e se fala mais apaga, como: Teyamare
Você está doente?- A'kane?
Olho- Inó

09

Etnia Assurini Xingu/Assurini Trocará

Principais saudações

Bom dia (cumprimento geral)- Kati
Bom dia (resposta)- Kati'atí
Boa noite (resposta negativa)- Kati'atí/Kati
Até amanhã- K'et'et'Xingú / Angot'ot'ot'et' p'et' (Trocará)
Eu vou- Tchou- Mlá'at'at'at' (Xingú) / Ahopota (Trocará)
Eu não- A'chelo

Partes do corpo / sinais e sintomas

Frio- Iy'it'Xingú / Iy'it' (Trocará)
Calor- Minkap' (dormir) - E'at'et'et' com calor
Olho- Reta (Xingú) / Reta (Trocará)
Dor- Hibi

17

Etnia Mundurukú

Principais saudações

Bom dia- Kabá
Boa Tarde- Uoiatê
Boa noite- Uoiatichichin
Boa noite- Uoiatiching
Como você está?- Xipat?
Você está doente? Onde está doendo?- Pó ichelji?
Até logo- Jeyi
Amanhã de chegar- Uijem

Partes do corpo e sinais e sintomas

Dor- Iy (conforme a intensidade da dor, pode prolongar como um lou)
Dor de Cabeça- Uapi

14

Etnia Guarani-Mbyá

Principais saudações

Bom dia- Surijá
Boa tarde- Nshikangjo
Boa noite- Nshimangjo

Partes do corpo e sinais e sintomas

Dor- Ancha
Dor de cabeça- Tchankauanchin
Dor de ouvido- Tchepuxinchin
Dente- Tcheran
Dor de dente- Tcheraninchin
Dor de garganta- Tchepurainchin
Dor no corpo- Tcheraninchin
Dor de barriga- Tcheraninchin
Furto- Pá
Remédio- Pú
Água- Vhi (entre os dentes)

Expressões mais usadas

Homem branco (Não indígena)- Tchikahin
Mulher- Khutá

13

Apêndice III
Matriz FOFA Consolidada

Fortalezas (I)	Oportunidades (E)
- Trabalho em equipe	- Parcerias externas aos serviços de saúde (Ministério Público) e externas da saúde indígena (hospitais, regulação, Upas, Ubs, etc.)
- Ter as EMSI	- Avanços na Política de saúde Indígena (IAEPI)
Presença de indígenas na equipe e gestão	
Fraquezas (I)	Ameaças (E)
- Dificuldades de comunicação com DSEI	- Precarização do trabalho/serviço na saúde indígena (instabilidade, indicação política, terceirização da saúde indígena)
- Dificuldades de comunicação com o indígena	- O próprio indígena e seu modo de reagir as injustiças enfrentadas (conflitos com as lideranças, urbanização dos indígenas, insatisfação com o atendimento na saúde indígena, desrespeito profissional, interrupção no atendimento de enfermagem, ter que lidar com os conflitos familiares indígenas, agressão psicológica)
- Sentimentos de insatisfação com o trabalho na saúde indígena (Falta de paciência, raiva, aborrecimentos) que gera adoecimento profissional	- Preconceito externo, na rede atenção pública, o SUS e na rede de atenção privada.
- Pouca ou nenhuma capacitação e preparo para o profissional entrar e manter-se na saúde indígena	- Capitalismo selvagem