



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA – UFRB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E
INDÍGENA
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL

DEYSIANNE GOUVEIA GOMES

INTERCULTURALIDADE EM SAÚDE NA ATENÇÃO À POPULAÇÃO INDÍGENA

SALVADOR-BA
2022

DEYSIANNE GOUVEIA GOMES

INTERCULTURALIDADE EM SAÚDE NA ATENÇÃO À POPULAÇÃO INDÍGENA

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da População Negra e Indígena, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB.

Orientadora: Profa. Dra. Maria da Conceição Costa Rivemales.

SALVADOR-BA
2022

Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde - UFRB

G633 Gomes, Deysianne Gouveia

Interculturalidade em saúde na atenção à população indígena / Deysianne Gouveia Gomes. - Santo Antônio de Jesus, BA, 2022.
85 f. ; il.

Orientadora: Profª. Dra. Maria da Conceição Costa Rivemales.
Dissertação (Mestrado em Saúde da População Negra e Indígena) -
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde, 2022.

1. Saúde pública - Índios. 2. Aldeias indígenas. 3. Pessoal da área médica. 4. Comunicação intercultural. 5. Saúde pública - Avaliação. I. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Centro de Ciências da Saúde. II. Rivemales, Maria da Conceição Costa. III. Título.

CDD : 362.1

DEYSIANNE GOUVEIA GOMES

INTERCULTURALIDADE EM SAÚDE NA ATENÇÃO À POPULAÇÃO INDÍGENA

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da População Negra e Indígena, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB.

Aprovada em: _____

Banca examinadora:

Maria da Conceição Costa Rivemales – Orientadora
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Ana Cláudia Gomes de Souza
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Maria Lidiany Tributino de Sousa
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Rosa Candida Cordeiro
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

RESUMO

Introdução: A prática biomédica com conhecimentos científicos e ocidentais, pautada na formação das graduações na área de saúde, delimita a assistência à saúde de forma padronizada. Os profissionais da área de saúde, de forma geral, têm em sua formação acadêmica um déficit sobre o conhecimento acerca da diversidade da cultura indígena. **Objetivo:** Compreender de que forma a interculturalidade em saúde é realizada no processo de trabalho dos profissionais de saúde do polo base de Paulo Afonso. **Método:** Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa. **Resultados:** as categorias de análise que emergiram foram: Formação dos Profissionais para atenção à saúde indígena; Interculturalidade é respeitar a cultura do outro; Relação entre a biomedicina e os saberes tradicionais; Desafios para execução da atenção à saúde indígena. **Conclusões:** A análise permitiu compreender que existem desafios diversos para a atuação dos profissionais de saúde em contexto intercultural, o que confirmou a necessidade de um preparo específico para o trabalho com os povos indígenas e refletiu a ausência de uma formação que possa proporcionar essa discussão nos cursos de formação da área de saúde. Além disso, a falta de infraestrutura e logística é um fator que atravessa as falas no que diz respeito às dificuldades encontradas no acesso às aldeias para a execução do trabalho. Foi possível perceber que os profissionais, em sua maioria, entendem a interculturalidade em saúde como “respeitar a cultura do outro”, entendendo que, além do conhecimento científico, existem outras formas de pensar e fazer saúde, através dos saberes tradicionais dos povos por eles assistidos. O presente estudo apresenta como contribuições, para a Saúde Coletiva e no contexto do SUS, a possibilidade de os dados obtidos proporcionarem conhecimentos científicos, problematizações e subsídios teóricos e práticos para embasamento de políticas públicas, bem como a importância do entendimento da diversidade de sistemas e práticas de saúde, o que contribui para o direcionamento e tomada de decisão através dos gestores. O estudo busca contribuir em especial para a nossa saúde. Nós, povos indígenas, precisamos e devemos ter a garantia e a oferta de um serviço que contemple e respeite a nossa diversidade.

Palavras-chave: Saúde da população indígena. Profissionais de saúde. Interculturalidade.

ABSTRACT

Introduction: Biomedical practice with scientific and Western knowledge, based on the training of graduates in the health area, delimits health care in a standardized way. Health professionals, in general, have a deficit in their academic training regarding knowledge about the diversity of indigenous culture. **Objective:** To understand how interculturality in health is carried out in the work process of health professionals at the base center of Paulo Afonso. **Method:** This is an exploratory research with a qualitative approach. **Results:** the categories of analysis that emerged were: Training of Professionals for Indigenous Health Care; Interculturality is respecting the culture of the other; Relationship between biomedicine and traditional knowledge; Challenges for implementing indigenous health care; **Conclusions:** The analysis made it possible to understand that there are different challenges for health professionals to work in an intercultural context, which confirmed the need for specific preparation for working with indigenous people and reflected the absence of training that could provide this solution in courses. training in the health area. In addition, the lack of infrastructure and logistics is a factor that crosses the lines regarding the difficulties encountered in accessing the villages to carry out the work. It was possible to perceive that the professionals, for the most part, understand the interculturality in health as “respect the culture of the other”, understanding that, in addition to scientific knowledge, there are other ways of thinking and doing health, through the traditional knowledge of the people they have. assisted. The present study presents as contributions to Collective Health and in the context of the SUS, the possibility that the data obtained provide scientific knowledge, problematizations and theoretical and practical gains to support public policies, as well as the importance of understanding the diversity of systems and practices of health, which contributes to the direction and decision-making by managers. The sacredness of study seeks to contribute in particular to our health. We, indigenous peoples, need and must have the guarantee and offer of a service that contemplates and respects our diversity.

Keywords: Health of the indigenous population. Health professionals. Interculturality.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Mapa do Polo base de Paulo Afonso	31
Figura 2 –	PRISMA Fluxograma de busca e seleção dos artigos na revisão integrativa	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Polos Bases e municípios de abrangência	25
Quadro 2 –	Quadro demográfico extraído do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena em abril de 2022	30
Quadro 3 –	Quadro para organização e tratamento dos dados	35
Quadro 4 –	Estratégia PICo e descritores utilizados na busca nas bases de dados – Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil, 2022	49
Quadro 5 –	Estratégia de busca aplicada nas bases de dados – Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil, 2022	50
Quadro 6 –	Caracterização dos artigos selecionados quanto à autoria e ano de publicação, objetivo, tipo de estudo, participantes, local de realização e principais resultados – Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil, 2022	52

LISTA DE TABELA

Tabela 1 –	Caracterização do perfil dos participantes do estudo segundo a faixa etária, sexo, formação profissional e tempo de trabalho no Polo base de Paulo Afonso, Salvador, 2022	38
------------	---	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIS	Agentes Indígenas de Saúde
AISAN	Agente Indígena de Saneamento
BA	Bahia
CHESF	Companhia Hidrelétrica do São Francisco
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COGASI	Coordenação de Gestão da Atenção da Saúde Indígena.
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DASI	Diretório Acadêmico de Sistemas de Informação
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
DSEIs	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
ESI	Espaço de Saúde Integrada
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
EMSI	Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASI	Núcleo de Apoio à Saúde Indígena
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
SasiSUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado como SUS
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIASI	Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SPI	Serviço de Proteção aos Índios
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBSI	Unidades Básicas de Saúde Indígena

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
MOTIVAÇÃO	12
JUSTIFICATIVA	13
DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	14
OBJETIVOS	14
1 REFERENCIAL TEÓRICO	16
1.1 PREPARO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE PARA ATUAÇÃO COM COMUNIDADES INDÍGENAS	18
2 MÉTODO DE PESQUISA	24
2.1 LOCAL DE ESTUDO	24
2.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA	31
2.3 COLETA DE DADOS	32
2.3.1 Coleta de dados através do grupo focal	32
2.3.2 Coleta de dados da revisão integrativa	33
2.3.3 Coleta de dados para a elaboração da cartilha	34
2.4 ANÁLISE DOS DADOS	34
2.4.1 Análise de dados através do grupo focal	34
2.4.2 Análise de dados da revisão integrativa	36
2.4.3 Análise de dados para a elaboração da cartilha	36
2.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	36
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
3.1 SOBRE OS DADOS COLETADOS ATRAVÉS DO GRUPO FOCAL	38
3.1.1 Caracterização dos participantes da pesquisa	38
3.1.2 Formação dos profissionais para atenção à saúde indígena	38
3.1.3 Interculturalidade é respeitar a cultura do outro	40
3.1.4 Relação entre a biomedicina e os saberes tradicionais	42
3.1.5 Desafios para execução da atenção à saúde indígena	44
3.2 SOBRE A REVISÃO INTEGRATIVA	46
3.2.1 Procedimentos metodológicos da Revisão Integrativa	48
3.2.2 Resultados e discussão	52
3.2.3 Síntese	60
3.3 SOBRE A CARTILHA	61
3.3.1 Apresentação da cartilha	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICES	80
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCL	80
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E	83

ESCLARECIDO: “INTERCULTURALIDADE EM SAÚDE NA ATENÇÃO À POPULAÇÃO INDÍGENA” (COLETA <i>ONLINE</i>)	
APÊNDICE C – ROTEIRO PERGUNTAS DISPARADORAS: GRUPO FOCAL	84
ANEXO	85
ANEXO1 – CARTA DE ANUÊNCIA DSEI	85

INTRODUÇÃO

Peço licença a todos os meus ancestrais para dar início à construção deste estudo, que não é somente meu, mas de um coletivo, reunindo a força, o desejo, as mãos e as vozes de muitos.

A invasão do Brasil registrou, desde o início, a tentativa de um processo de extermínio da população indígena. Em diferentes momentos da história brasileira. O Serviço de Proteção ao Índio (SPI) acabou por servir muito mais aos interesses dos grupos econômicos que visavam às terras indígenas do que garantir os direitos dos indígenas, que viram seus territórios serem reduzidos e ocupados¹. Percebeu-se, por parte desse órgão, que não houve nenhuma forma de prestação de serviço, restringindo-se a ações emergenciais. Na década de 50, foi criado o Serviço de Unidade Sanitárias Aéreas (SUSA), no Ministério da Saúde, com o objetivo de levar ações básicas de saúde às populações indígenas e rurais, em áreas de difícil acesso. Essas ações eram essencialmente voltadas para a vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis (BRASIL, 2002).

Em 1967, com a extinção do SPI, foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que baseava-se no modelo de atenção do SUSA, sendo criadas as Equipes Volantes de Saúde (EVS). Essas equipes realizavam atendimento esporádico a povos indígenas de suas áreas de atuação, prestando assistência médica, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local, realizado geralmente por auxiliares ou atendentes de enfermagem (BRASIL, 2002). Observa-se que, até então, não se pensava em um programa ou órgão que atuasse de forma direta na atenção à saúde dos povos indígenas. Os programas que existiam atuavam de forma pontual, não se traduzindo em ações efetivas.

A atenção à saúde dos povos indígenas tornou-se competência do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 1999, com a Lei Arouca nº 9.836/99, sendo a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) aprovada no ano de 2002, com a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e

¹ Informações disponíveis no site: [https://pib.socioambiental.org/pt/Servi%C3%A7o_de_Prote%C3%A7%C3%A3o_aos_%C3%8Dndios_\(SPI\)>_Acesso_em:_14_mar._2023_](https://pib.socioambiental.org/pt/Servi%C3%A7o_de_Prote%C3%A7%C3%A3o_aos_%C3%8Dndios_(SPI)>_Acesso_em:_14_mar._2023_)

culturais e seus direitos territoriais (BRASIL, 2002). Tem como objetivo assegurar aos povos indígenas o acesso à atenção à saúde, conforme os princípios e diretrizes do SUS, levando em conta as especificidades culturais, sociais, cosmológicas, políticas e geográficas de cada povo. Atualmente, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) é responsável por sistematizar e gerir a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, tendo como missão implementar um novo modelo de gestão e de atenção no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado como SUS (SasiSUS), descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira e responsabilidade sanitária dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) (BRASIL, 2020). Nos DSEI, a assistência se dar a partir da atuação das equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI), tendo como elo com as comunidades os Agentes Indígenas de Saúde (AIS). No que diz respeito ao atendimento aos povos indígenas, a legislação por meio da política voltada à atenção aos povos preconiza que

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional (BRASIL, 2002, p. 28).

Nesse sentido, busca-se compreender de que forma acontece uma abordagem que possa atender integralmente a assistência à saúde da população indígena e contemple, de forma intercultural, as suas especificidades. Para execução de uma atenção à saúde que respeite as especificidades culturais dos povos indígenas, o serviço precisa efetuar as diretrizes dispostas em sua política, entre elas a necessidade de uma preparação de profissionais para atuação em contexto intercultural (BRASIL, 2002).

A prática biomédica com conhecimentos científicos e ocidentais, pautada na formação das graduações na área de saúde, delimita a assistência à saúde de forma padronizada. Os profissionais da área de saúde, de forma geral, têm em sua formação acadêmica um déficit sobre o conhecimento acerca da diversidade da cultura indígena. Há ainda um entendimento arcaico, romântico e limitado sobre diversos aspectos da vida desses povos. Atrelado ao não conhecimento e/ou falta de interesse, a sociedade brasileira cotidianamente reproduz práticas de racismo e preconceito, enraizadas desde o período colonial.

Segundo Pontes, Rego e Garnelo (2015), a formulação do modelo de atenção para os DSEIs, ao se restringir às instâncias biomédicas oficiais, ignora e nega a existência de outras formas de atenção nos territórios indígenas. Dessa forma, a interculturalidade em saúde entre

profissionais e usuários deve acontecer de modo que os saberes tradicionais e práticas de cuidados possam ser harmônicos, ou pelo menos, que o sujeito a receber os cuidados e atendimentos ofertados possa escolher como ou por quem ser atendido, considerando o respeito a suas crenças e concepções de saúde e doença.

MOTIVAÇÃO

Sou Deysianne, mulher indígena e mãe, pertenço a nação Tuxá, sou natural da cidade de Rodelas, nascida e criada na Aldeia Mãe, que está localizada nas margens do rio São Francisco, na região Norte da Bahia. Filha de Reginaldo e Dolores, grandes exemplos no que diz respeito à saúde indígena. Meu pai sempre esteve na militância do movimento indígena, no controle social e, posteriormente, no trabalho como agente indígena de saneamento (AISAN); já minha mãe sempre esteve percorrendo os territórios indígenas no caminho da assistência, atuando como auxiliar de enfermagem. Vi nas experiências dos meus pais a vontade de poder também vivenciar e contribuir no desafio que é promover uma saúde de qualidade para os nossos.

Acessar a universidade não foi apenas uma vontade minha, mas o desejo dos meus pais, que não tiveram essa oportunidade antes. Trilhar essa caminhada nunca foi fácil; passar por momentos difíceis nunca passado antes me fez de alguma forma não baixar a cabeça diante das dificuldades enfrentadas ao longo desse período. Estar hoje no mestrado, representa mais que o alcance de um título, representa a continuidade da luta dos nossos ancestrais, a representação do nosso povo e da nossa cultura. Demarcar esses espaços é trazer para a Universidade uma nova forma de fazer pesquisa através da diversidade da cultura indígena por meio de seus pesquisadores, no intuito de termos mais referenciais teóricos sobre o tema e realidade de cada comunidade.

Sou enfermeira formada pela Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, especialista em Saúde Coletiva: Concentração em Monitoramento, Avaliação e Informação Estratégica, pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), e em Saúde Indígena, pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Atuo na Divisão de Atenção a Saúde Indígena (DIASI) do DSEI-BA, como Ponto Focal do Sistema de Informação da Atenção à *Saúde Indígena (SIASI)*.

Vivenciando o meu processo de trabalho e conhecendo outras realidades diferentes da minha, fui percebendo o quanto é necessário ainda promover um serviço que contemple o que de fato faz sentido para as comunidades indígenas da Bahia. O desafio é diário; ele não está só

na execução, mas nas estratégias planejadas e pensadas, com e para o nosso povo. E é por isso que, enquanto única profissional indígena que atua na área técnica e de gestão, eu devo trazer minhas indagações para o trabalho em equipe. Existe um mito que muitas vezes é repetido no serviço, de que “se não for assim com dificuldade, não é saúde indígena”. Eu discordo muito dessa afirmação, porque acredito que não devemos romantizar o sofrimento. Não escolhemos ser violentados, ter nossas terras invadidas; não escolhemos adoecer de enfermidades desconhecidas e muito menos não ter água potável para beber. Desse modo, as consequências existentes são o reflexo de um imensurável processo de violação das nossas vidas, e não escolhas próprias das comunidades.

Seja no monitoramento e avaliação dos dados epidemiológicos e indicadores, na elaboração de estratégias para o planejamento em saúde ou nos diálogos com os gestores e colegas de trabalho, assim como com o estado e municípios, caminhamos em busca de realizar um trabalho que questione as nossas práticas e o que estamos fazendo ou tentando fazer para a qualidade do serviço.

A partir dessas observações, trago ao processo de trabalho o meu olhar como profissional indígena, a partir da minha vivência profissional e experiência de vida no desejo de uma atenção à saúde que contemple a diversidade cultural dos povos indígenas em sua contemporaneidade.

JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa justifica-se pela importância de compreender como acontece a interculturalidade em saúde através da rotina de trabalho dos profissionais de saúde que prestam assistência às comunidades indígenas do Polo Base de Paulo Afonso, de modo a entender como a atenção diferenciada preconizada na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no Brasil é executada, contemplando as particularidades dos povos assistidos.

Sabemos que o Serviço de atenção a Saúde indígena vem avançando. Porém, apesar dos esforços, ainda não contempla a qualidade de saúde que merecemos e desejamos ter para toda a população indígena. A Política em sua escrita deixa lacunas que precisam também ser preenchidas e contempladas para que o objetivo possa ser alcançado. Estudos como este não só promovem reflexão e colaboram para a melhoria do serviço, como também contribuem para a elaboração e fortalecimento das políticas públicas para as populações indígenas.

DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Com muita luta, a população indígena busca ter seus direitos respeitados até os dias de hoje. A qualidade da atenção à saúde indígena é uma das pautas mais discutidas pelas comunidades depois da demarcação das terras indígenas. A atenção à saúde indígena já foi responsabilidade de alguns órgãos. Segundo o site Instituto Socioambiental (2018), o SPI foi criado em 1910 e operou em diferentes formatos até 1967, quando foi substituído pela FUNAI. Logo após esse período, foi regulamentada pelo Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Medida Provisória n.º 1.911-8, que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios, na qual está incluída a transferência de profissionais e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) (BRASIL, 2002). Atualmente, SESAI é a responsável por esse serviço.

Nesse sentido, através do histórico de tentativas de um serviço de atenção à saúde diferenciado, contemplando as especificidades e diversidades das populações indígenas e através da vivência em minha comunidade e da minha experiência como profissional indígena, entendo que temos um avanço em relação à atuação de uma secretaria específica. Ademais, a partir do meu processo de trabalho como Enfermeira Responsável Técnica na Divisão de Atenção à Saúde Indígena do Distrito Sanitário de Saúde Indígena da Bahia (DSEI-BA) que levanta o seguinte problema: como é realizada a interculturalidade em saúde a partir da atuação dos profissionais de saúde indígena conforme preconiza a Política de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas?

OBJETIVOS

Objetivo geral

Compreender de que forma a interculturalidade em saúde é realizada no processo de trabalho dos profissionais de saúde do polo base de Paulo Afonso.

Objetivos específicos

- Identificar de que forma a interculturalidade em saúde é executada na prática pelos profissionais de Saúde Indígena;

- Descrever como acontece a operacionalização da atenção à saúde aos povos indígenas assistidos pelo Polo base de Paulo Afonso; Contribuir para a problematização de reflexões que possam embasar Leis, implementação de cursos na perspectiva intercultural e políticas públicas;
- Identificar os desafios;
- Elaborar uma cartilha como produto final deste trabalho, que possa contribuir para a preparação no acolhimento do profissional e trabalhador de Saúde;
- Elaborar uma Revisão Integrativa.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

Para se falar em saúde, faz-se necessário entender inicialmente o que é cultura. Cultura é, em Antropologia Social e Sociologia, um mapa, um receituário, um código através do qual as pessoas de um dado grupo pensam, classificam, estudam e modificam o mundo e a si mesmas (DAMATTA, 1981). Penso que seja um conceito que está sempre em desenvolvimento, em transformação, e com o passar do tempo pode ser influenciado por novas maneiras de pensar sem deixar de conservar suas origens.

A cultura indígena é ampla e plural. Cada povo tem especificidades que fazem parte de um conjunto de fatores, seja pelas lutas e entraves por todos os tipos de violências vividas, pelos direitos não respeitados ou pelo território e extensão geográfica de seu ambiente e pelas crenças, costumes, ancestralidade e espiritualidade de cada povo. Definir e padronizar a cultura indígena em um único fenótipo e estereótipo romantizado no imaginário da sociedade é limitar a diversidade cultural que existe em cada um dos 305 povos, segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), residentes do Brasil atualmente.

A sociedade brasileira ainda reproduz atitudes coloniais que buscam por diversas vezes inferiorizar a cultura indígena, seja pelo “mito do desconhecimento” sobre a cultura em sua contemporaneidade ou exatamente pela forte discriminação alimentada cotidianamente entre gerações que buscam subestimar indivíduos de culturas diferentes.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, definiu saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade².

O conceito de saúde, o entendimento no que se diz respeito à doença, corpo para populações indígenas vai além do senso comum. Existe uma relação com a terra, com o território, com a espiritualidade, envolvendo uma visão de mundo que traz diversos fatores inter-relacionados, pelo entendimento sobre o “bem viver”, pelo uso dos saberes tradicionais sobre as orientações através da oralidade e sobre os cuidados com o corpo e com a vida. Nesse sentido, entender e conhecer a percepção do que o outro entende é algo essencial e intrínseco, compreendendo de que modo esse olhar é constituído e influência de forma direta e indireta a prestação de assistência à saúde.

Ailton Krenak, grande líder indígena e ativista traz em sua fala reflexões sobre a

² Informações disponíveis em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quer-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude#:~:text=Seguindo%20essa%20linha%20mais%20abrangente,aus%C3%Aancia%20de%20doen%C3%A7a%20ou%20enfermidade>>. Acesso em: 14 mar. 2023.

importância dos vínculos que os indígenas têm com a ancestralidade e a natureza, com o ambiente em que vive, sendo, dessa forma, parte integrante dela.

A ideia de que os brancos europeus podiam sair colonizando o resto do mundo estava sustentada na premissa de que havia uma humanidade esclarecida que precisava ir ao encontro da humanizada obscurecida, trazendo-a para essa luz incrível. Esse chamado para o seio da civilização sempre foi justificado pela noção de que existe um jeito de estar aqui na terra, uma certa verdade, ou uma concepção de verdade, que guiou muitas escolhas feitas em diferentes períodos da história (KRENAK, 2019, p. 11).

A abordagem do Bem Viver contraria a visão individualista, o que contraria o senso de comunidade. Implica reconhecer a vida a partir de uma cosmovisão – concepção ou visão de mundo – que integra o ser humano à Natureza, essa entendida como sujeito de direitos, independentemente de sua utilidade prática e imediata para os seres humanos (ALCÂNTARA; SAMPAIO, 2017). Isso significa dizer que é importante conhecer e entender para poder cuidar, ou seja, o processo de cuidar da saúde do outro tem maior qualidade quando existe respeito pelos diferentes conceitos de saúde.

Kopenawa e Albert (2015) dizem que o xamã pode fazer viagens entre vários mundos, entre o visível e o invisível, fazendo redes para que o céu não caia. Ele é capaz de sonhar e andar entre fronteiras, desterritorializando o olhar.

Falar em saúde, partindo do meu lugar de fala é trazer essa reflexão sobre o contexto histórico e como tudo isso influencia na conjuntura do que é saúde nos tempos atuais. Minha ancestralidade e os meus já tinham seus sistemas de saúde, sua forma de curar e, em contato com os colonizadores, esses sistemas foram violados, mas não quer dizer que tenham acabado, pois continuam existindo, são realizados por cuidadores que detêm o conhecimento do seu povo, conhecimento das formas de prevenção, são saberes tradicionais que são passados a diante. A saúde existe e prevalece quando existe um equilíbrio entre fatores que constituem o território, seja o som, os animais, as águas, a terra, as plantas daquele lugar, os encantados e as pessoas que ali vivem, pois tudo está relacionado.

A interculturalidade, segundo Albó (2012), pode ser negativa, quando a relação acaba destruindo ou reduzindo o que é culturalmente distinto (etnicídio cultural) ou até mesmo quando há simplesmente a assimilação da cultura dominante pela cultura dominada, ou positiva, quando resulta na aceitação do que é culturalmente distinto e na troca de conhecimentos, com enriquecimento mútuo. Partindo dessa reflexão, podemos dizer que a imposição de um saber científico para uma cultura que tem sua própria “ciência” é reproduzir ou dar continuidade a um tipo de silenciamento já sofrido anteriormente, em que populações indígenas e negras foram

violentadas e desrespeitadas também nesse sentido.

As doenças que hoje acometem as populações indígenas não existiam entre os meus. Elas chegaram em um “pacote” de violências a partir de um contato com invasores colonizadores. Se pensarmos no quanto já fomos e somos alvo de violências, podemos entender quanto é grande a nossa luta para existir. Nossas vozes foram silenciadas, nosso choro ninguém escutou, porque fomos negados de afirmar nossas identidades e nossas especificidades culturais. Não houve acordo, houve imposição. Foi imposta e determinada uma religião, um idioma, uma educação. Nossa vida foi e ainda é tratada como algo sem valor.

1.1 PREPARO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE PARA ATUAÇÃO EM COMUNIDADES INDÍGENAS

A cultura indígena não é discutida no processo educacional da sociedade brasileira. As crianças não conhecem a cultura como um fator importante a ser entendido e respeitado. E na formação em saúde não é diferente. Os profissionais de saúde, em sua maioria, não estão preparados para o devido acolhimento da população indígena, conforme suas especificidades, na rede de atenção à saúde, seja ela pública ou privada. Conseqüentemente, a equipe multiprofissional termina reproduzindo fenômenos de racismo e discriminação no seu processo de trabalho.

Atualmente, a literatura produzida por pessoas de diferentes povos indígenas mostra que esses povos romperam com a perspectiva equivocada de que eles estariam num processo lento e gradual da evolução humana. Parte dessa compreensão inapropriada foi construída silenciosamente pelos livros didáticos ao “folclorizarem o índio” (DELGADO; TERENA, 2018, p. 20). Ou seja, existem muitas produções idealizadas por autores indígenas que trazem discussões contemporâneas a respeito de vários temas. O que precisa ser feito ou já deveria ter sido feito é a problematização e discussão desses conteúdos no sistema de educação, do ensino fundamental às universidades.

Para Quijano (2010), a colonialidade é um dos elementos constitutivos e específicos do padrão mundial do poder capitalista. Sustenta-se na imposição de uma classificação racial/étnica da população do mundo como pedra angular do referido padrão de poder e opera em cada um dos planos, meios e dimensões, materiais e subjetivos, da existência social cotidiana e da escala societal. É nesse sentido que podemos refletir que, mesmo com o fim do colonialismo, vivemos a colonialidade rotineiramente, sendo um desafio a mudança do presente, para a construção de um futuro diferente, a partir da descolonização de uma história

que não foi contada por nós, povos indígenas escravizados e silenciados em sua existência.

Para Cruz (2017), o colonialismo que funda e perpassa toda a história das relações interétnicas tem inúmeras facetas nas diferentes regiões que assolou, mas é possível dizer que a história dos povos nativos, desde a chegada do homem branco em sua expansão mercantil, tem sido uma história marcada pelo sangue do genocídio, do silenciamento ensurdecedor e da expropriação de terras.

Historicamente, o processo de estruturação da sociedade brasileira é traçado por um conjunto de violências e massacres que se refletem na rotina de vida, com a existência de racismo e discriminação. O problema é que, sempre que nos aproximamos de alguma forma de comportamento e de pensamento diferente, tendemos a classificar a diferença hierarquicamente, o que é uma forma de excluí-la (DAMATTA, 1981).

A reprodução da falsa supremacia da branquitude, eurocentrada no domínio do conhecimento, é algo que precisa e deve ser discutido nos espaços de educação, no ensino básico, superior e na pós-graduação, na formação do indivíduo a partir do conhecimento da cultura indígena em sua forma real, através de produções literárias de pesquisadores indígenas.

A respeito do conceito de racismo, Munanga (2004) mostra que no pensamento racista,

[...] o racista cria a raça no sentido sociológico, ou seja, a raça no imaginário racista não é exclusivamente um grupo definido pelos traços físicos. A raça na cabeça dele é um grupo social com traços culturais, linguísticos, religiosos, etc. que ele considera naturalmente inferior o grupo a qual ele pertence (MUNANGA, 2004, p. 22).

Os povos indígenas foram os primeiros a serem escravizados. Segundo Marquese (2006), a mão-de-obra empregada na montagem dos engenhos de açúcar no Brasil foi predominantemente indígena. A escravização desses corpos foi uma das primeiras formas de violência sofridas pelas populações indígenas, junto com o estupro das mulheres e crianças e, sobretudo, a proibição e demonização de suas crenças e espiritualidade, através do poder da igreja Católica.

Foi negada e determinada a impossibilidade da afirmação de suas identidades e hoje se questiona nossa aparência, nossos hábitos? Categorizando quem é ou não indígena a partir de um fenótipo ou até por fazer uso de tecnologias de comunicação? Então, dizer que os povos indígenas são alvos de racismo é afirmar que, em nosso cotidiano, precisamos reafirmar nossa identidade e explicar a nossa existência, porque o racismo questiona a nossa presença nos espaços e na própria sociedade através dos olhares, dos discursos de ódios e das “brincadeiras

e piadas” recreativas.

O racismo contra os povos indígenas acontece e é, muitas vezes, negado pela sociedade brasileira. Implícito e disfarçado, o racismo brasileiro desmobiliza as vítimas e diminui a sua coesão com a compartimentação entre negros e indígenas, criando a ambiguidade dos “mestiços” e “pardos” (MILANEZ et al., 2019).

Na academia, é possível observar o protagonismo de pesquisadores e estudantes indígenas após lutas e criação de uma política de ações afirmativas. Porém, é preciso cada vez mais a ocupação desses espaços no que diz respeito ao ingresso, permanência e produção de saberes a partir do nosso lugar de fala.

A epistemologia racista considera nossos saberes como folclore, minimiza os conhecimentos que não são científicos e idolatra tudo aquilo que é europeu, mal sabendo que a nossa ciência abrange um campo muito maior que esse.

É importante também sinalizarmos que, em meio ao racismo vivido pelas populações indígenas, a interseccionalidade é um termo que nos faz perceber como somos atravessados por diferentes fatores que atuam de formas combinadas. É nesse sentido que Patrícia Hill Collins (2013[1990]) considera a interseccionalidade ao mesmo tempo um “projeto de conhecimento” e uma arma política. Sendo essa uma forma de lutar contra as múltiplas opressões.

É fato que se faz necessária uma abordagem ampla relacionada à cultura indígena para a sociedade em geral problematizar o sistema imposto em nosso dia a dia, sobretudo, para os estudantes de graduação dos cursos na área de Saúde. É um importante fator para a formação desses futuros profissionais a “desconstrução e o rompimento” do aprendizado distorcido provocado pela ótica do colonialismo europeu. O imperativo da interculturalidade expõe as fragilidades da formação acadêmica, cujos conteúdos estão muito distanciados das necessidades específicas desse campo de trabalho (MARTINS, 2017).

A pesquisadora maori Linda Tuhiwai Smith, atualmente professora de Educação Indígena na University of Waikato, na Nova Zelândia, em seu livro “Descolonizando metodologias: pesquisa e povos indígenas” (2018), traz uma discussão muito importante para nós pesquisadoras indígenas, tratando sobre a dupla posição adotada por pesquisadores entre outros capítulos que buscam também trazer uma análise crítica às bases históricas e filosóficas da pesquisa ocidental. Assim, para Smith (2018), a descolonização, outrora considerada um procedimento formal de entrega dos instrumentos de governo, é agora reconhecida como um processo de longo prazo, envolvendo o despojamento burocrático cultural, linguístico e psicológico do poder colonial.

A discussão acerca das mudanças nessecenárias é, de fato, uma missão social e

institucional, entendendo que é de suma importância a relação de equilíbrio entre os saberes, em que, segundo Albó (2005, p. 48), “[...] as relações de alteridade são positivas quando os dois pólos – o da própria identidade e o ‘outro’ – se fortalecem, se enriquecem e se transformam mutuamente, sem, no entanto, deixar de ser o que são”. Construindo uma relação linear, para se conhecer, entender, respeitar e aceitar diferentes formas de se pensar o processo de saúde-doença.

Os profissionais que pretendem trabalhar com povos indígenas precisam se despir de preconceitos e buscar conhecer de fato a história do Brasil, reconhecendo-se em seus privilégios e lugares que ocupam na sociedade. Basicamente, saber da história e organização daquele povo que estará cotidianamente envolvido é algo imprescindível para entender epidemiologicamente o território, pois a origem e a história de vida desses povos influenciam em sua saúde. Como exemplo, trago a história do povo Tuxá. Meu povo foi expulso de suas terras para construção da Hidrelétrica de Itaparica, construída pela Companhia Hidrelétrica do São Francisco (CHESF), com violação de direitos, promessas e perdas irreparáveis. O meu povo luta e permanece esperando a regularização desse processo.

O exemplo de parte da história do meu povo é um dos diversos exemplos de outros povos aqui do sertão nordestino, pois são projetos genocidas para o “progresso”, que invadem a história e a vida de pessoas que lutam pelo reconhecimento dos seus direitos. Esse processo de luta influencia o processo de saúde-doença dessas pessoas em seu atual território, em sua organização social, nas modificações e adaptações da sua cultura como forma de resistência contra as diversas violências.

Assim como o povo Tuxá, que há 30 anos luta por justiça e pelo reconhecimento de seus direitos que foram negligenciados, usurpados pela empresa CHESF, há outros povos que têm em suas histórias de vida a interferência das violências que se iniciaram obviamente desde o início da invasão pelos portugueses e que estão presentes em nossas vidas diariamente, de diferentes formas. E falar em saúde é entender essas e muitas outras questões, porque o elo entre o povo e suas terras é vital.

Desse modo, para o alcance dos objetivos que propõe a Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas, são estabelecidas as seguintes diretrizes:

- Organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Pólos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;
- Preparação de profissionais para atuação em contexto intercultural;

- Monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
- Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- Promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
- Promoção de ações específicas em situações especiais;
- Promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
- Promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
- Controle social.

No que diz respeito à diretriz “Preparação de profissionais para atuação em contexto intercultural”, destaco ser algo essencial para o desenvolvimento do trabalho, evitando possíveis entraves ou situações desnecessárias. Quando se fala em “preparação”, entendo que é importante que exista antecipadamente pelo menos uma noção sobre a cultura indígena, dos povos daquela região, bem como todo o contexto que os cerca. É importante dizer que não necessariamente os profissionais vão entender ou saber das mais diferentes especificidades existentes relacionadas às etnias com as quais irá trabalhar, mas existem informações minimamente básicas que precisam estar presentes nessa preparação.

A atenção à saúde dessas populações é realizada por profissionais não indígenas, vindo de diferentes lugares do Brasil ou de fora dele, como é o caso da presença de alguns profissionais médicos, e indígenas, que atuam em suas comunidades de origem ou em outras diferentes da sua. Para esse profissional, também é importante pensar no dilema de poder manter o respeito aos saberes tradicionais e o equilíbrio entre os saberes ocidentais adquiridos na academia. Atualmente, cursos básicos são ofertados de forma gratuita em plataformas virtuais educacionais e, através desses cursos, o profissional pode ter uma noção superficial a respeito da cultura indígena e suas formas de organização e modo de vida .

Uma assistência centrada não só na patologia do paciente, mas também em seus aspectos sociais e culturais, favorece uma maior qualidade no cuidado, pois esses aspectos são importantes influenciadores no estado de saúde das pessoas. A relação de respeito entre comunidade e profissional se dá através do entendimento das diversas possibilidades que existem de se fazer saúde. Nessa perspectiva, a escuta qualificada possibilita o encontro com a subjetividade do indivíduo e pode ser definida como o ato de estar sensível ao que é comunicado e expresso através de gestos e palavras, ações e emoções (SANTOS, 2014). A escuta qualificada é uma ferramenta fundamental no processo de cuidado, pois proporciona a oportunidade de

conhecer melhor e entender o universo de concepções que o outro tem. Além da escuta dos paciente, é preciso realizar a escuta do território. O que, além dos indicadores de saúde porpostos pelo serviço, o profissional consegue perceber? Antes de levar o que se acha necessário porque no olhar biomédico pode estar faltando, precisamos saber se realmente aquela comunidade e aquelas pessoas necessitam daquilo para suas vidas.

2 MÉTODO DE PESQUISA

Foi realizada uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa. A opção pela pesquisa qualitativa ocorreu porque essa abordagem busca trabalhar com conceitos, crenças e opiniões, visando compreensão do tema analisado, favorecendo o processo de reflexão e discussão de forma subjetiva.

Conforme propõe Minayo (1996), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo, designificados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Isso corresponde a um espaço mais profundo de relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Para a composição deste trabalho, elaborou-se, a princípio, a delimitação teórica do problema acerca do tema e utilizou-se o levantamento e análise de fontes secundárias, como artigos acadêmicos e livros que colaboraram para a contextualização do assunto.

2.1 LOCAL DE ESTUDO

O Estado da Bahia está localizado ao sul da Região Nordeste do Brasil e ocupa uma área de 559.951 km², limitando-se ao norte com os Estados de Alagoas, Sergipe, Pernambuco e Piauí; a Leste com o Oceano Atlântico, ao sul com os Estados de Minas Gerais e Espírito Santo; e a oeste com os Estados de Goiás e Tocantins (MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES, 2021). Segundo o IBGE (2010), conta com uma população de 14.016.906.

O DSEI-BA está localizado na capital do estado, Salvador, e é composto por 10 (dez) Polos Bases (Euclides da Cunha, Feira de Santana (administrativo), Ibotirama, Ilhéus, Itamaraju, Juazeiro, Pau Brasil, Paulo Afonso, Porto Seguro e Ribeira do Pombal), com um total de 34 (trinta e quatro) Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), que atendem a uma população de 35.014 indígenas que vivem em comunidades indígenas³. Além disso, existe um polo em Feira de Santana que serve de apoio administrativo para a sede e para os Polos Bases da região Norte (Euclides da Cunha, Paulo Afonso e Ribeira do Pombal).

O DSEI-BA oferta serviço para 142 comunidades indígenas, atualmente distribuídas em 30 municípios de abrangência:

³ Informações retiradas do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), sistema de informação utilizado pelos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena.

Quadro1 – Polos Basesemunicípios de abrangência

Polo Base	Município	Aldeia	Etnia
EUCLIDES DA CUNHA Polo Base tipo II	EUCLIDES DA CUNHA	BAIXA DA OVELHA	KAIMBÉ
		ICÓ	KAIMBÉ
		ICÓ - OUTRA BANDA	KAIMBÉ
		ICÓ - SACO DAS COVAS	KAIMBÉ
		ICÓ – VÁRZEA	KAIMBÉ
		ILHA	KAIMBÉ
		LAGOA SECA	KAIMBÉ
		MASSACARÁ	KAIMBÉ
IBOTIRAMA Polo Base tipo II	SANTA RITA DE CÁSSIA	GENIPEPEIRO	ATIKUM
	*BARREIRAS	*BARREIRAS KIRIRI	KIRIRI
	ANGICAL	BENFICA	ATIKUM
	IBOTIRAMA	MORRINHOS	TUXÁ
	MUQUÉM DE SÃO FRANCISCO	PASSAGEM	PANKARÚ
		ITAIM	KIRIRI
		TUXÁ KIONAHÁ	TUXÁ
	UTINGA	PAYAYA	PAYAYÁ
	SERRA DO RAMALHO	VARGEM ALEGRE	PANKARÚ
	SERRA DO RAMALHO	LAGOA BONITA	KAPINAWÁ
	SERRA DO RAMALHO	INDUALHÁ	FUNI-Ô
*COCOS	*PORCOS	XAKRIABÁ	
ILHÉUS Polo Base tipo II	ILHÉUS	OLIVENÇA ALESSANDRA	TUPINAMBÁ
	ILHÉUS	OLIVENÇA EDNALDO	TUPINAMBÁ
	ILHÉUS	OLIVENÇA GERBERSON	TUPINAMBÁ
	ILHÉUS	IGALHA	TUPINAMBÁ
	ILHÉUS	CAMPO DE SÃO PEDRO	TUPINAMBÁ
	ILHÉUS	TUCUM	TUPINAMBÁ
	ILHÉUS	PARQUE DE OLIVENÇA	TUPINAMBÁ
	ILHÉUS	ITAPUÂ	TUPINAMBÁ
	ILHÉUS	ACUIPE DO MEIO I	TUPINAMBÁ
	ILHÉUS	ACUIPE DO MEIO II	TUPINAMBÁ
	ILHÉUS	ACUIPE DE CIMA	TUPINAMBÁ
	ILHÉUS	AGUAS DE OLIVENÇA	TUPINAMBÁ
	ILHÉUS	SAPUCAEIRA I	TUPINAMBÁ
	ILHÉUS	SAPUCAEIRA II	TUPINAMBÁ
	UNA	LAGOA DO MABAÇO	TUPINAMBÁ
	ILHÉUS	SANTANA I	TUPINAMBÁ
	ILHÉUS	SANTANA II	TUPINAMBÁ
	ILHÉUS	SANTANINHA	TUPINAMBÁ
	ILHÉUS	SANTANA TAMANDARÉ	TUPINAMBÁ

	ILHÉUS	SERRA DAS TREMPES I	TUPINAMBÁ
	ILHÉUS	PEA PE	TUPINAMBÁ
	CAMAMU	NOVA VIDA	PATAXÓ HÃ HÃ HÃE
	ILHÉUS	PINDOBA	TUPINAMBÁ
	ILHÉUS	JAIRI	TUPINAMBÁ
	ILHÉUS	TABA JAIRI	TUPINAMBÁ
	ILHÉUS	SIRYIBA	TUPINAMBÁ
	ILHÉUS	CURURUTINGA	TUPINAMBÁ
	ILHÉUS	SERRA NEGRA	TUPINAMBÁ
	ILHÉUS	PIXIXICA	TUPINAMBÁ
	ILHÉUS	ACUIPE DE BAIXO I	TUPINAMBÁ
	ILHÉUS	ACUIPE DE BAIXO II	TUPINAMBÁ
	ILHÉUS	GRAVATÁ	TUPINAMBÁ
	UNA	SERRA DO SERROTE	TUPINAMBÁ
	UNA	MARUIM	TUPINAMBÁ
	UNA	MAMÃO	TUPINAMBÁ
	ILHÉUS	TUPA	TUPINAMBÁ
	ILHÉUS	CURUPITANGA	TUPINAMBÁ
	ILHÉUS	IPANEMA	TUPINAMBÁ
	BUERAREMA	SERRA DO PADEIRO	TUPINAMBÁ
	UNA	SERRA DAS TREMPES II	TUPINAMBÁ
ITAMARAJU Polo Base tipo II	PRADO	ÁGUAS BELAS	PATAXÓ
	PRADO	CRAVEIRO	PATAXÓ
	PRADO	MONTE DOURADO	PATAXÓ
	PRADO	CANTO DA MATA	PATAXÓ
	PRADO	MUCUJÊ	PATAXÓ
	PRADO	ALEGRIA NOVA	PATAXÓ
	PRADO	PEQUI	PATAXÓ
	PRADO	CAHY	PATAXÓ
	PRADO	TIBÁ	PATAXÓ
	PRADO	GURITA	PATAXÓ
	PRADO	DOIS IRMÃOS	PATAXÓ
	ALCOBAÇA	RENASCER	PATAXÓ HÃ HÃ HÃE
	PORTO SEGURO	PÉ DO MONTE	PATAXÓ
	ITAMARAJU	TREVO DO PARQUE	PATAXÓ
	PORTO SEGURO	GUAXUMA	PATAXÓ
	PORTO SEGURO	NOVA ESPERANÇA	PATAXÓ
	PORTO SEGURO	ALDEIA NOVA	PATAXÓ
	PORTO SEGURO	JITAI	PATAXÓ
	PRADO	TAWÁ	PATAXÓ
	PRADO	CORUMBAUZINHO	PATAXÓ
ABARÉ	NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO PAMBÚ	TUMBALALÁ	
		TUMBALALÁ	

JUAZEIRO Polo Base tipo II	CURAÇA		TUMBALALÁ	
			TUMBALALÁ	
	CURAÇA	ALTA MIRA	ATIKUM	
	SOBRADINHO	CAMIXÁ	TRUKÁ	
PAU BRASIL Polo Base tipo II	PAU BRASIL	ÁGUA VERMELHA	PATAXÓ HÃ HÃ HÃE	
			PATAXÓ HÃ HÃ HÃE	
			PATAXÓ HÃ HÃ HÃE	
		CARAMURU		PATAXÓ HÃ HÃ HÃE
				PATAXÓ HÃ HÃ HÃE
				PATAXÓ HÃ HÃ HÃE
				PATAXÓ HÃ HÃ HÃE
				PATAXÓ HÃ HÃ HÃE
				PATAXÓ HÃ HÃ HÃE
	RIO PARDO		PATAXÓ HÃ HÃ HÃE	
			PATAXÓ HÃ HÃ HÃE	
			PATAXÓ HÃ HÃ HÃE	
	CAMACAN	PANELÃO	PATAXÓ HÃ HÃ HÃE	
			PATAXÓ HÃ HÃ HÃE	
			PATAXÓ HÃ HÃ HÃE	
			PATAXÓ HÃ HÃ HÃE	
ITAJU DO COLÔNIA	BAHETÁ	PATAXÓ HÃ HÃ HÃE		
		PATAXÓ HÃ HÃ HÃE		
		PATAXÓ HÃ HÃ HÃE		
		PATAXÓ HÃ HÃ HÃE		
		PATAXÓ HÃ HÃ HÃE		
	GLÓRIA	BREJO DO BURGO	PANKARARE	

PAULO AFONSO Polo Base tipo II	GLÓRIA	SERROTA	PANKARARÉ
	GLÓRIA	CERQUINHA	PANKARARÉ
	PAULO AFONSO	TRUKÁ-TUPAN	TRUKÁ
	PAULO AFONSO	BATIDA	KANTARURÉ
	GLÓRIA	BAIXA DAS PEDRAS	KANTARURÉ
	GLÓRIA	QUIXABA	XUCURU-KARIRI
	GLÓRIA	CHICO	PANKARARÉ
	PAULO AFONSO	KARIRI XOCÓ	KARIRI-XOCÓ
	RODELAS	TUXÁ ALDEIA MÃE	TUXÁ
	RODELAS	ATIKUM NOVA VIDA	ATIKUM
	RODELAS	ATIKUM BENTO 01	ATIKUM
	RODELAS	ATIKUM NOVA ALIANÇA	ATIKUM
	RODELAS	RODELAS - PANKARARÉ	PANKARARÉ
	RODELAS	RODELAS - NEÓ - PANKARARE	PANKARARÉ
	RODELAS	NOVA PANKARARÉ	PANKARARÉ PANKARÁ KAMBIWÁ
	RODELAS	ATIKUM NOVA ESPERANÇA	ATIKUM
	RODELAS	ATIKUM RODELAS	ATIKUM
ABARÉ	TUXI DE ABARÉ	TUXI	
PORTO SEGURO Polo Base tipo II	SANTA CRUZ CABRÁLIA	COROA VERMELHA	PATAXÓ
		NOVA COROA	PATAXÓ
		AROEIRA	PATAXÓ
		AGRICULTURA	PATAXÓ
		ARATICUM	PATAXÓ
		ITAPOROROCA	PATAXÓ
		TXIHI KAMAYUWRÁ	PATAXÓ
	PORTO SEGURO	NOVOS GUERREIROS	PATAXÓ
	SANTA CRUZ CABRÁLIA	MATA MEDONHA	PATAXÓ
	BELMONTE	PATIBURI	TUPINAMBA

	ITAPEBI	ENCANTO DA PATIOBA	PATAXÓ
	PORTO SEGURO	JUERANA	PATAXÓ
		RESERVA DA JAQUEIRA	PATAXÓ
		*MIRAPÉ	PATAXÓ
		BARRA VELHA	PATAXÓ
		XANDÓ	PATAXÓ
		PARÁ	PATAXÓ
		CAMPO DO BOI	PATAXÓ
		BUGIGÃO	PATAXÓ
		CASSIANA	PATAXÓ
		BOCA DA MATA	PATAXÓ
		MEIO DA MATA	PATAXÓ
		ALDEIA VELHA	PATAXÓ
		IMBIRIBA	PATAXÓ
RIBEIRA DO POMBAL Polo Base Tipo II	BANZAÊ	ARAÇA	KIRIRI
		BAIXA DA CANGALHA	KIRIRI
		BAIXA DO JUÁ	KIRIRI
		CAJAZEIRA	KIRIRI
		SEGREDO	KIRIRI
		LAGOA GRANDE	KIRIRI
		MARCAÇÃO	KIRIRI
		MIRANDELA	KIRIRI
		PAU FERRO	KIRIRI
		GADO VELHACO	KIRIRI
		TUXÁ-BANZAÊ	TUXÁ

Fonte:Dados extraídos do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena.

*indica que a informação não esta cadastrada no sistema.

Quadro 2 – Quadro demográfico extraído do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena em abril de 2022

POLO BASE	TOTAL		TOTAL
	M	F	
EUCLIDES DA CUNHA	512	501	1013
IBOTIRAMA	456	436	892
ILHÉUS	3111	3041	6152
ITAMARAJU	1902	1804	3706
JUAZEIRO	926	891	1817
PAU BRASIL	1896	1814	3710
PAULO AFONSO	2270	2375	4645
PORTO SEGURO	5023	5348	10371
RIBEIRA DO POMBAL	1400	1308	2708
TOTAL DSEI	17496	17518	35014

Fonte: Dados extraídos do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena.

Atende cerca de 21 etnias segundo o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena em 26 Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI), sendo que as localidades que não têm UBSI são atendidas em pontos de apoio improvisados pela comunidade (escolas, casas de lideranças, sombra de árvores etc.). Os polos são a primeira referência para os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias; podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência (BRASIL, 2002). No caso do DSEI–BA, encontram-se nos municípios de referência.

A assistência à saúde prestada às comunidades indígenas é realizada através da atuação de profissionais indígenas e não indígenas, que compõem as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena – EMSI –, que são compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, Agente indígena de Saúde, Agente indígena de Saneamento, técnicos de enfermagem e auxiliar de saúde bucal,; e através do Núcleo de Apoio à Saúde Indígena – NASI (nutricionistas, psicólogas, farmacêuticos e assistente social).

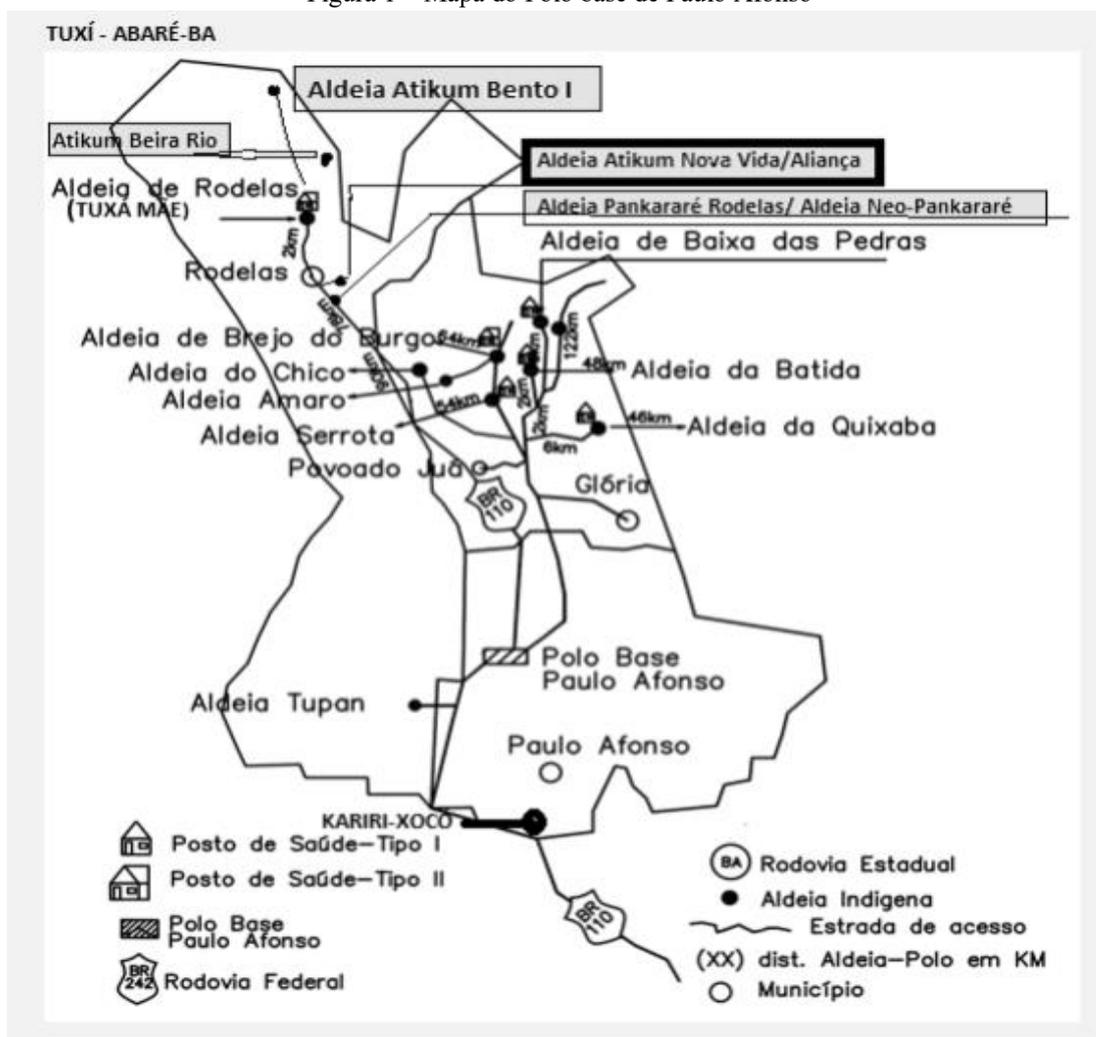
O Polo base de Paulo Afonso está localizado na cidade de Paulo Afonso, no sertão baiano, a 460 km da capital. Paulo Afonso fica situada à margem do São Francisco, fazendo divisa com os estados de Pernambuco, Alagoas e Sergipe. A região é de clima semi-árido, com a vegetação da caatinga por quase toda a área⁴.

O Polo base de Paulo Afonso é o Polo Base mais diverso em relação a quantidade de etnias. Atualmente, presta serviço de atenção à saúde a um total de 14 povos, quais sejam: Tuxá,

⁴ Informações extraídas do site do Governo da Bahia, acessadas através do link: <http://www.bahia.com.br/paulo-afonso/>.

Xukuru-Kariri, Atikum, Fulni-Ô, Truká, Pankararé, Kantaruré, Kaimbé, Kambiwa, Tuxí, Tumbalalá, Pankararú, Kariri Xocó e Pankará. Com seus territórios distribuídos em 4 municípios, a saber: Rodelas, Glória, Paulo Afonso e Abaré. São 19 aldeias/comunidades (Quixaba, Truká-Tupan, Atikum Nova Vida, Rodelas – Pankararé, Batida, Rodelas - Neó – Pankararé, Baixa das Pedras, Brejo do Burgo, Cerquinha, Chico, Serrota, Tuxá Aldeia Mãe, Atikum Bento 01, Nova Pankararé, Tuxi de Abaré, Kariri Xocó, Atikum Nova Aliança, Atikum Nova Esperança, Atikum Rodelas).

Figura 1 – Mapa do Polo base de Paulo Afonso



Fonte: planejamento estratégico operacional do polo base de Paulo Afonso para contingenciamento do novo coronavírus (covid-19) em povos indígenas, versão 02, 2020.

2.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram da pesquisa profissionais de nível superior e médio que atuam nas comunidades indígenas tanto nas EMSI como no NASI. O estudo teve a inscrição de 26

profissionais. No entanto, somente foi possível a participação de 16. Aqueles que se recusaram, informaram não poder participar por motivos pessoais, tais como divergência nos dias e horários propostos pela maioria, consultas, entre outros.

2.3 COLETA DE DADOS

2.3.1 Coleta de dados através do grupo focal

A coleta de dados foi realizada no formato remoto, através da plataforma virtual *google meet*, utilizando a técnica de grupo focal. Foram realizados três encontros, sendo um para cada Grupo focal. No grupo 01, tivemos a participação de 7 técnicos de enfermagem e 01 Auxiliar de Saúde bucal; no grupo 02, tivemos a participação de 02 Agentes de Saúde Indígena e 03 Agentes Indígenas de Saneamento, e o grupo 3, tivemos a participação de 01 enfermeira, 01 nutricionista e 02 dentistas.

Os critérios de inclusão foram: atuação com mais de 1 ano no serviço de assistência em área, aceitar participar voluntariamente da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: estar como Referência Técnica do Polo Base, ser servidor público administrativo e ter menos de 1 ano no trabalho de assistência a saúde indígena. Em relação aos critérios de construção do grupo focal, foi pensada uma lógica que pudesse reunir grupos de profissionais que têm nível de formação semelhante.

Foi realizada uma discussão com os profissionais localizados no Polo base de Paulo Afonso, pois esse é o polo base de maior diversidade étnica dos 09 polos bases do DSEI-BA, contemplando as diferentes experiências compartilhadas pelos profissionais participantes.

Segundo Krueger (1988), a coleta de dados através do grupo focal tem como uma de suas maiores riquezas basear-se na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos. Ele contrasta, nesse sentido, com dados colhidos em questionários fechados ou entrevistas individuais, em que o indivíduo é convocado a emitir opiniões sobre assuntos nos quais talvez nunca tenha pensado anteriormente.

O Grupo Focal tem o objetivo de identificar a compreensão dos participantes a respeito de um determinado assunto. Gaskell e Bauer (2002) consideram que os grupos focais propiciam um debate aberto e acessível em torno de um tema de interesse comum aos participantes. Um debate que se fundamenta numa discussão racional, na qual as diferenças de *status* entre os participantes não são levadas em consideração.

O grupo estimula o debate entre os participantes, permitindo que os temas abordados

sejam mais problematizados do que em uma situação de entrevista individual (BACKES et al., 2011). Através da plataforma *online* utilizando o Google Meet, acessando a sala através do link enviado previamente, os participantes puderam participar do grupo focal, respondendo às perguntas lançadas ao grupo a partir do roteiro de entrevista, permitindo ao pesquisador acompanhar pontos de vista diversos dos participantes sobre o objeto de estudo. Os encontros foram gravados e transcritos para constituir os dados empíricos da pesquisa.

Foi utilizado, como instrumento de coleta de dados, o roteiro de entrevista (apêndice C), através das questões norteadoras que foram disparadas ao longo da interação entre o grupo focal. Além disso, foi realizado o levantamento do perfil dos profissionais através do acesso a um formulário eletrônico para preenchimento das informações a respeito dos dados de identificação e características socioeconômicas, assim como acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

A técnica de Grupo Focal de forma remota foi muito desafiadora, tendo como fatores limitante a dificuldade com a conexão de internet em alguns momentos. Além disso, foi observado que alguns profissionais ficaram mais à vontade para responder do que outros. Alguns não tinham destreza para manusear o aparelho utilizado e, por vezes, solicitou ajuda de alguém próximo. A não possibilidade de estarmos de forma presencial torna a técnica mais complexa do que já é. Percebo como potencialidades o uso da internet como uma ferramenta essencial, pois mesmo com limitações, consegue reunir várias pessoas que estão em diferentes localizações geográficas em um mesmo propósito, depois do horário de expediente, o que presencialmente, talvez, não fosse possível.

2.3.2 Coleta de dados da revisão integrativa

Percebeu-se a necessidade da realização de uma Revisão Integrativa (RI) após a triangulação com as narrativas. A estratégia de identificação e seleção dos estudos partiu da busca de publicações indexadas nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (*LILACS*), Scientific Electronic Library Online (SciELO), *Medical Literature and Retrieval System onLine (MEDLINE/PubMed)*, *SCOPUS* e Biblioteca Virtual em Saúde dos Povos Indígenas. Realizou-se a busca de artigos no mês de dezembro de 2021 e atualização em julho de 2022, utilizando os descritores oriundos dos Descritores das Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings (MeSH)*, conforme a base de dados pesquisada. Como estratégia de busca, os descritores foram combinados, por meio dos operadores *booleanos AND* e *OR*. Utilizaram-se

descritores e/ou palavras-chave que têm relação com a pergunta norteadora, assim como critérios de inclusão idênticos, buscando coerência e evitando possíveis vieses.

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram: artigos de pesquisa com texto completo disponível *online* nas bases de dados selecionadas, no idioma português, inglês e espanhol, publicados no período de 2012 a 2022. Foram excluídos os trabalhos que não contemplavam a temática do estudo, artigos de revisões, comentários e opiniões, anais, carta ao editor e artigos duplicados. Realizou-se a caracterização dos dados, a partir da síntese descritiva de cada artigo selecionado e inserido em tabela no Microsoft Excel com as variáveis: tema principal, identificação dos artigos (título, revista, autores, ano de publicação), metodologia (tipo de estudo, população/participantes, tamanho da amostra), principais resultados pertinentes ao tema em estudo, conclusões e nível de evidência de cada artigo.

2.3.3 Coleta de dados para a elaboração da cartilha

A elaboração da cartilha se deu a partir das seguintes fases: 1- Diagnóstico situacional, que tem por objetivo delimitar os problemas acerca do tema do estudo; 2- Levantamento bibliográfico da temática; 3- Seleção das ilustrações e produção das fotos utilizadas; 4- Formulação e montagem da cartilha educativa; 5- Divulgação da cartilha (SALOMÉ et al., 2019).

2.4 ANÁLISE DOS DADOS

2.4.1 Análise de dados através do grupo focal

A análise de dados é o processo de organização da composição dos dados, em que há a interpretação do que as pessoas disseram e o que o pesquisador ouviu e viu durante o processo de coleta das informações.

Os pesquisadores afirmam que as interações entre os participantes de grupos focais criam incentivos para iniciar processos de aprendizagem, uma vez que as experiências dos participantes e os desafios cognitivos desenvolvem seus argumentos e, algumas vezes, até mesmo modificam suas opiniões durante o debate (BILLIG,1996; DOLMANS et al.,2001).

Ao final das sessões com os Grupos Focais, pretendeu-se analisar o que cada colaborador deste estudo trouxe em sua participação nas discussões.

Para análise dos achados, segundo Minayo (1998), uma pesquisa passa por três fases:

- a) Fase exploratória, na qual se amadurece o objeto de estudo e se delimita o problema de investigação;
- b) Fase de coleta de dados, em que se recolhem informações que respondam ao problema;
- c) Fase de análise de dados, na qual se faz o tratamento, por inferências e interpretações, dos dados coletados.

A separação do conteúdo, por temas convergentes, é importante para posterior categorização durante a análise.

Dessa forma, a pesquisa qualitativa proporciona um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, direcionado à compreensão da manifestação do objeto de estudo (MINAYO, 2007).

Foi realizada a descrição analítica, em que o material foi submetido a um estudo aprofundado, orientado pela fundamentação teórica. Foram realizados os processos de codificação, classificação e categorização dos achados. A etapa final se constituiu na interpretação referencial, que se iniciou desde a pré-análise, mas alcançou nessa fase a sua maior intensidade por consistir em reflexão embasada no material empírico adquirido no estudo. Nessa fase, foi realizada a síntese por cada categoria de análise que emergiu nas transcrições realizadas, permitindo alcançar o objetivo proposto para este estudo. Portanto, através do caminho percorrido, foi possível compreender de que forma a interculturalidade em saúde é realizada no processo de trabalho dos profissionais de saúde do polo base de Paulo Afonso.

Foi elaborado um quadro para organização e tratamento dos dados, com a descrição da categoria, subcategoria, núcleos de sentido, discussão e síntese dos achados, conforme representação abaixo:

Quadro 3 – Quadro para organização e tratamento dos dados

CATEGORIA:		
SUBCATEGORIA	NÚCLEOS DE SENTIDO	DICUSSÃO E SÍNTESE

Fonte: elaboração própria.

Foi realizada a análise descritiva e conclusões através dos achados, do que emergiram quatro categorias temáticas, a saber: reparo dos Profissionais, o Entendimento da Interculturalidade em Saúde, Relação entre a Biomedicina e os Saberes Tradicionais, e Desafios

para Execução da Atenção à Saúde Indígena.

2.4.2 Análise de dados da revisão integrativa

A análise foi realizada a partir da interpretação dos resultados, utilizando como método de análise do material empírico a análise de conteúdo temática, que “[...] consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (Minayo, 2013, p. 316,). Foi elaborada uma síntese interpretativa dos resultados obtidos através da discussão de temas que envolvem o objeto do trabalho e interferências baseadas, conforme achados na literatura.

2.4.3 Análise de dados para a elaboração da cartilha

A Análise do conteúdo para a construção da cartilha foi baseado nas demandas identificadas através das falas dos profissionais de saúde que atuam em comunidades indígenas no decorrer da pesquisa realizada, e nos dados provenientes da busca na literatura realizada no mesmo estudo para embasamento teórico. Esses dados garantem a fundamentação científica, pois isso é condição essencial para preservar a segurança do leitor e definir apropriadamente os conceitos constantes em um material educativo (ECHER, 2005).

Selecionado o conteúdo, foi realizada a adequação da linguagem para facilitar a compreensão. Nos trabalhos de educação e promoção a saúde, é importante que a escrita seja de fácil entendimento. Embora o presente estudo seja direcionado aos profissionais de saúde, devem-se restringir os termos técnicos para que a população em geral compreenda o que está sendo abordado (DOAK; DOAK; ROOT, 1996). Desse modo, os resultados da presente dissertação serão apresentados em três seções, através da:

- Análise dos dados empíricos;
- Revisão Integrativa;
- Apresentação da cartilha.

2.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para o cumprimento dos aspectos éticos em pesquisa, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRB, recebendo parecer favorável, com

aprovação por esse comitê, conforme Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE (50784121.9.0000.0056), com liberação para o início da coleta de dados de acordo com a Resolução CNS nº 304, de 10 de agosto de 2000, que procura afirmar o respeito devido aos direitos dos povos indígenas, no que se refere ao desenvolvimento teórico e prático de pesquisa em seres humanos que envolvam a vida, os territórios, as culturas e os recursos naturais dos povos indígenas do Brasil. A Resolução CNS nº 466 de 2012 incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Em atenção a Resolução de Nº510/2016, de 7 de abril de 2016, segundo o Art. 1, essa Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nessa Resolução. De acordo com a Nota Técnica Nº 16/2020-COGASI/DASI/SESAI/MS, que trata da realização de investigação, pesquisa científica e acadêmica no âmbito da Área Temática Especial – Estudos com populações indígenas. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas estabelece, por meio da Diretriz 4.7 e em consonância com as normativas que regulamentam a Ética em Pesquisa no Brasil, a adoção de medidas para a proteção ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde em contextos de alta diversidade sociocultural e linguística.

Diante do contexto da pandemia de COVID-19 e respeitando as orientações do Ministério da Saúde, foi adotada a modalidade de Técnica de Grupo Focal, em modalidade virtual, conforme orientações do Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, que trata das orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Assim, os documentos em formato eletrônico relacionados à obtenção do consentimento devem apresentar todas as informações necessárias para o adequado esclarecimento do participante, com as garantias e direitos previstos nas Resoluções CNS nº 466, de 2012, e 510, de 2016, e de acordo com as particularidades da pesquisa.

Foi solicitada a permissão dos participantes para gravação de todo o processo de coleta de dados por meio do Grupo Focal. Explicou-se que existem riscos de sentirem-se desconfortáveis ao falar de temas ou situações pessoais e profissionais durante a participação no Grupo Focal. Enfatizamos, ainda, que a participação é um ato voluntário, podendo haver desistência por parte dos mesmos a qualquer momento, sem prejuízos pessoais ou profissionais.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 SOBRE OS DADOS COLETADOS ATRAVÉS DO GRUPO FOCAL

3.1.1 caracterização dos participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa têm entre 29 e 55 anos e há uma predominância relevante do sexo feminino, sendo 14 profissionais femininas e 03 masculinos, sendo 11 profissionais indígenas. Em relação à escolaridade, a grande maioria tem o ensino médio completo; dentre esses, 02 participantes informaram ter especialização em saúde indígena; foi informado também que os profissionais têm mais de 10 anos no serviço de atenção à saúde indígena.

Tabela 1 – Caracterização do perfil dos participantes do estudo segundo a faixa etária, sexo, formação profissional e tempo de trabalho no Polo base de Paulo Afonso, Salvador, 2022

Faixa etária	N.º	%
29 - 39	12	%
42 - 55	05	%
Total	17	100,00%
Sexo	N.º	%
Masculino	03	%
Feminino	14	%
Total	17	100,00%
Escolaridade	N.º	%
Ensino médio	09	00%
Ensino superior	06	00%
Pós Graduação	02	00%
Total	17	100,00%
Tempo de trabalho	N.º	%
1-5 anos	02	%
6-10 anos	06	%
11-15 anos	03	%
>15 anos	06	%
Total	17	100,00%

Fonte: elaboração própria.

3.1.2 Formação dos Profissionais para atenção à saúde indígena

Diante dos achados, podemos observar que os profissionais indígenas e não indígenas não tiveram uma formação específica para atuação no serviço de assistência à saúde indígena. A preparação com informações básicas é importante para o profissional de saúde, pois mesmo aquele que vem de um determinado povo, pode ter dificuldades ao atuar na atenção à saúde de outros povos, tendo em vista que nossa cultura é diversa.

Falar em preparação específica me remete a pensar como a sociedade, de modo geral, ainda tem acesso a informações deturpadas sobre nós, povos indígenas, seja nos núcleos familiares ou até mesmo nos espaços de educação, o que, por vezes, ainda reproduz informações folclorizadas, com um único estereótipo e modo de vida, como se estivéssemos no passado distante, contribuindo, dessa forma, para um imaginário que tem uma visão limitada e romântica sobre nossa cultura:

*“Por favor, não me julguem, porque eu vou falar algumas coisas até ofensivas que faziam parte do meu passado. Eu entrei já tem alguns anos, bastante anos, uns 23 anos, e então vocês imaginem que **eu vim pra trabalhar com índio e eu não sabia nem que no Nordeste tinha índio.**”* Participante 01, sexo feminino, cirurgiã dentista.

*“No meu caso, durante 22 anos não tivemos treinamento desse tipo, tivemos treinamento de como trabalhar com saneamento, como diz a lei o AISAN e AIS tem que ser indígena e **durante esses 22 anos eu mesmo só tive uma reciclagem por pouco tempo em Feira de Santana.**”* Participante 03, sexo masculino, AISAN.

*“Eu não recebi não, **a gente teve alguns acessos, alguns cursos sobre interculturalidade durante o processo, mas antes não.**”* Participante 02, sexo feminino, Técnica de enfermagem.

Como profissional de saúde, pude observar que esse tipo de informação fortalece a reprodução cotidiana do racismo e promove a discriminação em diversos espaços onde estamos inseridos. Compartilho com a narrativa apresentadas por Krenak (2019), ao apontar que a historiografia tradicional deu pouca atenção ao protagonismo da resistência indígena à colonização, desconsiderando, inclusive, a violência do sistema de exploração da força de trabalho e o genocídio que permanecem até a atualidade.

Assim, conhecer o histórico da organização da nossa sociedade atual se reflete em entender onde estamos inseridos como sujeitos, quais os nosso privilégios, antes mesmo da nossa percepção e atuação profissional. Para além disso, existe a necessidade de problematizar o sistema imposto em nosso dia a dia, sobretudo, para os estudantes de graduação dos cursos na área de saúde. Para Martins (2017), o imperativo da interculturalidade expõe as fragilidades da formação acadêmica, cujos conteúdos estão muito distanciados das necessidades específicas desse campo de trabalho.

Desse modo, um importante fator para a formação desses futuros profissionais é a “desconstrução e o rompimento” do aprendizado distorcido, provocado pela ótica do colonialismo europeu. Como afirma Alencar (2006), a formação acadêmica deve promover uma

verdadeira articulação entre a educação e os serviços de saúde, valorizando as relações existentes no cotidiano do trabalho. Nesse sentido, a decolonização do saber é necessária para que o profissional possa ultrapassar a limitação do conhecimento patriarcal, hegemônico e eurocentrado.

3.1.3 Interculturalidade é respeitar a cultura do outro

As narrativas revelam que o “respeito” é uma das palavras que mais aparece nos discursos citados. Os interlocutores compreendem a interculturalidade em saúde como um processo de respeitar a cultura e os saberes tradicionais presentes na comunidade atendida por eles, mas também sendo uma relação de troca, na qual cada um vai ser modificado por esse processo de alguma forma. Destaco duas falas em que os participantes afirmam a facilidade e a dificuldade em executar a assistência mesmo sendo profissionais indígenas. Isso nos faz pensar que o processo de interculturalidade é desafiador e contínuo para todos os profissionais, sendo importante, além de respeitar, se permitir ir além para melhor entender e conhecer uma cultura tão diversa, em que cada povo tem suas particularidades, seus saberes, costumes, organizações sociais e práticas de cuidado.

“Eu acho que o indígena que trabalha com o indígena será mais prático que o não indígena, na minha opinião. Porque o indígena já tem a capacidade e melhor conhecimento para trabalhar com indígena.” Participante 01, sexo masculino, AÍSAN.

“interculturalidade envolve muito o respeito também, é você respeitar a cultura do outro, a diferença do outro né? Mesmo sendo indígena, estando dentro de área, é difícil trabalhar, são etnias diferentes né, e pra mim praticamente é isso, mas o básico é isso, principalmente pra gente que tá dentro de área, o respeito, é o respeito da cultura, da diferença né?” Participante 03, sexo feminino, Enfermeira.

Para Langdon e Diehl (2007), Lorenzo (2011) e Peruzzo (2016), a interculturalidade pressupõe também relações de conflitos e atritos, não sendo espaço de acomodação. O diálogo intercultural nem sempre será tranquilo ou alcançará o consenso. Além disso, todo o aparato que estrutura o modelo de atenção tende a privilegiar as práticas biomédicas, reduzindo a interlocução com as práticas tradicionais ao plano da complementariedade.

“quando a gente entra nessa questão, nessa ‘seara da saúde’, especificamente da saúde indígena, quando a gente vai criando esses atritos,

é impossível a gente... só se você realmente tiver muita resistência, porque é impossível você não modificar e não ser modificado, é realmente uma via, uma troca, uma via de mão dupla, é... ora a ciência dando lugar a crença, ora a crença dando lugar a ciência e aí a gente vai nessa negociação que não é fácil ponderar até onde ir com cada coisa né? Que a gente também tem as nossas crenças próprias, mas assim, para mim é isso, para mim qualquer conceito é você se permitir mudar o outro e ser mudado pelo outro". Participante 01, sexo feminino, Cirurgiã dentista.

Segundo Albó (2012), a interculturalidade, pode ser negativa, quando a relação acaba destruindo ou reduzindo o que é culturalmente distinto (etnicídio cultural) ou até mesmo quando há simplesmente a assimilação da cultura dominante pela cultura dominada, ou positiva, quando resulta na aceitação do que é culturalmente distinto e na troca de conhecimentos, com enriquecimento mútuo.

“é respeitando os saberes e costumes dos povos e junto com essa sabedoria você saber aplicar, vamos dizer assim, a ciência né? Junta o que a gente estudou, aprendeu e aplicar de forma sábia respeitando todos os saberes e costumes dos povos indígenas”. Participante 02, sexo feminino, Técnica de enfermagem.

Partindo dessa reflexão, podemos dizer que a imposição de um saber científico para uma cultura que tem sua própria “ciência” é reproduzir ou dar continuidade a um tipo de silenciamento já sofrido anteriormente, no qual populações indígenas e negras foram violentadas e desrespeitadas também nesse sentido. Mendonça (2013) afirma que, na saúde indígena, se torna imprescindível que os profissionais de saúde tenham sensibilidade cultural, postura política, conhecimentos antropológicos e, principalmente, a capacidade de escuta, diálogo e negociações.

Levando em conta o discusso de Pontes, Rego e Garnelo (2015), a formulação do modelo de atenção para os DSEIs, ao se restringir às instâncias biomédicas oficiais, ignora e nega a existência de outras formas de atenção nos territórios indígenas. Assim, a interculturalidade em saúde entre profissionais e usuários deve acontecer de modo que os saberes tradicionais e práticas de cuidados possam ser simétricos, ou pelo menos que o sujeito a receber os cuidados e atendimentos ofertados possa escolher como ou por quem ser atendido, considerando o respeito a suas crenças e concepções de saúde e doença. Escutar o território é aprender observando, perguntando e buscando conhecer as demandas de cada local e respeitar os limites colocados, assim como aprender fatores que podem ser importantes para uma boa comunicação, seja as línguas ou termos utilizados no cotidiano de cada vocabulário regional.

3.1.4 Relação entre a biomedicina e os saberes tradicionais

Falar em medicina tradicional ou saberes tradicionais é falar sobre um universo que chamamos de saúde. Porque nós, povo originários, sobretudo, indígenas nordestinos, da caatinga e do sertão, somos diversos e plurais; temos muitos sistemas de saúde, temos a nossa ciência, com o uso de banhos, rituais, ervas, defumação, cantos e particularidades que não podem ser descritas aqui, mas que nos antecedem, a partir de uma ancestralidade presente em nossas vidas, envolvendo uma cosmovisão que se entrelaça a uma espiritualidade que envolve símbolos e, principalmente, os elementos do nosso território e da nossa terra.

Outrossim, é importante salientar que essa diversidade envolve, também, ser indígena e utilizar da medicina ocidental conforme achar necessário, pois como já diziam os mais velhos, “nós não temos doença de índio, nós temos doença de branco” e, para combater doenças que não existiam entre nós e agora existem, precisamos também conhecer e utilizar a biomedicina a nosso favor. O que me preocupa, enquanto indígena, é que o uso imposto ou demasiado da biomedicina tome lugar de modo a não reconhecer como importante os saberes tradicionais presentes em nossas comunidades.

*“Aqui na aldeia Tuxá esses cuidados tradicionais estão bem presentes, os banhos, as ervas e **muitos preferem não fazer uso da medicação e tomar o seu chá, mas tem muito que preferem a medicação porque o efeito é mais rápido e não tem paciência para fazer seu chá, porém aqui ainda é muito presente**”.* Participante 02, sexo feminino, AIS.

*“A convivência dos rezadores com a equipe multidisciplinar, eu só tenho que **dizer que é boa, porque já aconteceu comigo e outra colega, de alguns momentos, a mulher estava entrando em trabalho de parto e a gente fazer nossa parte e não ter como levar a mulher para a emergência e o menino tá nascendo, e ir atrás da parteira e ela fazer a parte dela, excelente**”.* Participante 03, sexo feminino, Técnica de enfermagem.

Para os povos indígenas estudados por Pires, Neves e Fialho (2016), a doença é para além do adoecimento físico, é algo mais amplo, que está relacionado de forma intrínseca com o espírito. O cuidado direcionado à saúde, através da relação entre os profissionais de saúde e os curadores tradicionais, deve considerar a forma como a natureza pode contribuir com o processo de cura para o indivíduo que necessita de cuidados. Corroborando o discurso de Pires, Neves e Fialho (2016), nesse universo de saberes, há povos que utilizam a biomedicina em seu cotidiano, somando a suas práticas de cuidados individuais e coletivas. Porém, existem aqueles que já não fazem mais o uso e não fazem não só por escolha, mas por fatores que atravessaram

os desdobramentos do uso e da prática, o processo de saúde-doença envolve várias dimensões.

A diversidade de povos indígenas no polo base em estudo reflete, através das falas dos participantes da pesquisa, as diferentes relações entre os saberes tradicionais e biomédicos, no processo de trabalho na assistências às comunidades locais. Há aqueles locais em que se faz uso dos saberes tradicionais de forma rotineira, junto à assistência biomédica e os que já não fazem tanto o uso, ou já não têm os cuidadores tradicionais presentes no território. Isso aponta para a importância de se conhecer o histórico de luta dessas comunidades, a fim de entender o quanto os processos de contato ou de interculturalidade negativa puderam gerar violações múltiplas dos corpos e dos territórios e interferir no processo de organização das comunidades, sobretudo, em seus próprios sistemas de saúde.

Para Falkenberg, Shimizu e Bermudez (2017), ao longo do tempo, a existência dos dois sistemas médicos possibilitou aos profissionais de saúde atuarem de forma negociada, buscando soluções para questões práticas em suas rotinas diárias. No que se refere à intermedialidade, essa auxilia na mediação dos conflitos para lidar com o diferente em um processo de negociação ou interação social a partir de acordos. O desafio é não somente respeitar os saberes tradicionais, mas harmonizar os conhecimentos de forma mútua, de modo que se possa ofertar o cuidado junto ao que se entende como saúde e doença a partir do olhar e subjetividade dos povos indígenas.

“Algumas aldeias da gente não contam com essa figura in locus, buscam outras figuras, porque que eu estou falando isso? Porque quando a gente conta com essa figura in locus e alguma dificuldade de tratamento, de mediação, digamos atrito, a gente poderia buscar conversar com o rezador pra ele fazer um meio de campo e ir entendendo e gerenciando isso junto... Tentar fazer umas força tarefa”. Participante 01, sexo feminino, cirurgiã dentista.

Discordando de Falkenberg, Shimizu e Bermudez (2017), afirmo que não se trata de dois sistemas médicos, pois um caminha na lógica curativista, hegemônica e fragmentadora e o outro não se limita apenas a um tipo de saber, antes contemplando diversas dimensões de saberes e concepções próprias de cada povo.

Estudo realizado sobre atenção na cultura Mbyá Guarani, acerca das práticas de cuidado da medicina tradicional e a biomedicina, evidenciou a necessidade de uma negociação permanente entre os profissionais de saúde e as lideranças de cada comunidade (FALKENBERG, SHIMUZU, BERMUDEZ, 2017).

Uma das participantes desse estudo, em sua fala, cita a necessidade de “negociação”

junto ao cuidador tradicional, quando esse faz parte da comunidade, sendo algo difícil se o mesmo não residir no território. Essa fala é interessante porque mostra também a interação de respeito no processo de interculturalidade, quando há um entendimento do profissional sobre a importância de poder buscar um diálogo com os cuidadores tradicionais sobre os tipos de tratamentos realizados para o paciente.

“Aqui na aldeia Pankararé tem bastante, muita gente toma banho de ervas, pega cascas de árvores para fazer remédio, temos muitos medicamentos desse tipo aqui.” Participante 04, sexo masculino, AISAN.

Vieira, Oliveira e Neves (2013) estudam as representações sociais do cuidado entre os profissionais das EMSI, expressando também uma tensão na atuação das práticas de cuidado da medicina tradicional e o modelo biomédico, sendo necessário definir novas bases para o processo de cuidar em saúde indígena, compreendendo as necessidades refratadas, as negociações do sujeito individual e coletivo e os trabalhadores nos serviços de saúde, estabelecendo um diálogo intercultural de múltiplas vozes.

Desse modo, faz-se necessário o entendimento de que, para além da biomedicina, a relação dos povos indígenas com o seu território reflete-se nas condições de saúde, pois existe uma ligação com todos os elementos físicos e não físicos de cada povo.

Vieira, Oliveira e Neves (2013) trazem em suas abordagens que a interculturalidade em saúde faz parte do itinerário terapêutico dos povos indígenas. As diversas práticas de cura têm se relacionado com as práticas de saúde biomédicas. No entanto, os indígenas relatam que os médicos se relacionam com a comunidade sem muito interesse pela cultura local.

O reducionismo do adoecimento em sua dimensão biológica e individual, traço marcante do modelo biomédico, contrapõe-se ao paradigma indígena, no qual o processo de adoecimento e cura é pensado como sendo sociocultural. Nas concepções indígenas, o adoecimento é um evento que incide sobre a vida das pessoas em uma relação íntima com o corpo social e tem determinações e implicações mais coletivas que individuais, extrapolando em muito a capacidade explicativa da biomedicina (LANGDON, 1999; GARNELO; BUCHILLET, 2006).

3.1.5 Desafios para execução da atenção à saúde indígena

Observo que, na prática do processo de trabalho das EMSI e NASI, o desafio dos profissionais de saúde, para além da formação profissional, é também a falta de infraestrutura para a operacionalização da assistência.

“O NASI está sempre a prova de fogo, sempre tentando ir pra área mas sempre tem as dificuldades que acontece, principalmente em relação ao transporte. Pra quem não sabe o NASI é um núcleo ampliado de apoio à família como o NASF atuava ou atua em alguns (municípios)”. Participante 02, sexo feminino, nutricionista.

“A pessoa tem que ver que sem o trabalho do Agente Indígena de Saúde (AIS) não tem atendimento médico, não existe. O AIS que leva a demanda para a enfermeira fazer o atendimento dela e assim o médico também. O Agente Indígena de Saneamento (AISAN) se não trabalhar não tem água, mas não podemos pagar para trabalhar, desse jeito não vai! Então assim, a SESAI tem que fazer reciclagens, o Serviço de Edificação e Saneamento Ambiental Indígena – SESANI junto com a SESAI, precisam fazer mais reciclagem e dar manutenção preventiva, porque não adianta comprar uma bomba e jogar lá e gastar do seu bolso”. Participante 03, sexo masculino, AISAN.

Entre os diversos desafios de promover uma interculturalidade positiva, existe também o de executar uma assistência que possa conter privacidade, uma unidade de saúde, uma maca, entre outros suportes básicos. Falkenberg, Shimizu e Bermudez (2017) reiteram a complexidade do trabalho na atenção à saúde indígena. Em seu estudo, demonstram que ainda existe uma distância entre o modelo que é considerado ideal na organização dos serviços como preconizado pela PNASPI e a realidade vivenciada no dia a dia dos trabalhadores. Entre os desafios já citados, a logística é um dos fatores mais mencionados, o que interfere de forma direta no acesso aos territórios.

“Em relação à viatura mesmo, combustível, como é que a equipe vai levar as ações para dentro de área né se realmente elas não tão conseguindo entrar dentro de área, a gente que fica realmente dentro da aldeia, que trabalha dentro da aldeia, é difícil!” Participante 05, sexo feminino, Técnica de enfermagem.

A falta de infraestrutura para atendimento nas aldeias, os modos de organização de trabalho em saúde, precarização dos vínculos empregatícios, baixas remunerações e falta de projetos de capacitação, todas essas vertentes mencionadas impactam de forma negativa na assistência prestada pelos profissionais de saúde à população indígena (FALKENBERG; SHIMIZU; BERMUDEZ, 2017).

Falar em logística é falar em acesso, garantir veículos, combustível e condutores que possam levar todos os profissionais até as comunidades, sem a precariedade de disputa de vagas nos transportes para poder realizar seu trabalho. Ademais, é importante lembrar que, além da SESAI, os municípios precisam ter a responsabilidade de acessar as áreas através do SAMU

para atender a urgências e emergência, desafogando assim também uma demanda que, por vezes, é realizada através do uso de veículos que não tem esse objetivo.

Existe um discurso que se repete entre muitos profissionais que vivem em uma realidade diferente da nossa aqui do Nordeste, que é de falar a seguinte frase: “se não for assim, não é saúde indígena”, quando se deparam com desafios estruturais como os já mencionados. Porém, afirmo aqui uma crítica muito dura aos que, muitas vezes, repetiram essa frase sem reflexão. Nós, povos indígenas, não romantizamos o nosso sofrimento; não optamos por ter tantos desafios e mazelas, muito menos escolhemos ser violentados como somos. Então, é sempre muito importante refletir até quando a nossa saúde, nosso bem viver é lido como algo difícil, selvagem e próprio da nossa existência.

Partindo da minha realidade profissional, percebo, pela vivência e também pelos relatos dos colegas profissionais, que o DSEI-BA, através dos nove polos bases, caminha para avanços, com a participação do controle social em diálogo com as gestões que buscam promover um serviço de qualidade para as comunidades indígenas. Contudo, precisamos, enquanto serviço, alçar vôos com maiores resultados, pois se faz necessária uma melhor infraestrutura, que possa promover um atendimento pautado na privacidade e conforto, com qualidade e condições necessárias de trabalho para atuação dos trabalhadores da saúde indígena.

3.2 SOBRE A REVISÃO INTEGRATIVA

A atenção à saúde dos povos indígenas tornou-se competência do SUS a partir de 1999, com a Lei Arouca nº 9.836/99, sendo a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) aprovada no ano de 2002, com a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais (BRASIL, 2002). Tem como objetivo assegurar aos povos indígenas o acesso à atenção à saúde, conforme os princípios e diretrizes do SUS, levando em conta as especificidades culturais, sociais, cosmológicas, políticas e geográficas de cada povo. Atualmente, SESAI é responsável por sistematizar e gerir a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, tendo como missão (BRASIL, 2020), implementar um novo modelo de gestão e de atenção no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS (SasiSUS), descentralizado, com autonomia administrativa,

orçamentária, financeira e responsabilidade sanitária dos 34 DSEI. Nos DSEI, a assistência se dá a partir da atuação das equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI), tendo como elo com as comunidades os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e o Agente indígena de Saneamento (AISAN). No que diz respeito ao atendimento aos povos indígenas, a legislação por meio da política voltada à atenção aos povos preconiza que:

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional (BRASIL, 2002).

Nesse sentido, busca-se compreender de que forma acontece uma abordagem que possa atender integralmente a assistência à saúde da população indígena e contemple, de forma intercultural, as suas especificidades. Para execução de uma atenção à saúde que respeite as especificidades culturais dos povos indígenas, o serviço precisa efetuar as diretrizes dispostas em sua política, entre elas há necessidade de uma preparação de profissionais para atuação em contexto intercultural (BRASIL, 2002).

A interculturalidade em saúde é um fator desafiador do cotidiano do processo de trabalho entre os profissionais e a população assistida, principalmente no que se refere à sua execução na prática, quando os profissionais da área de saúde se deparam também com situações interpessoais e sociais e precisam se despir de julgamentos e preconceitos, assim como admitir a falta de conhecimento necessário sobre a cultura indígena em sua contemporaneidade.

Segundo Falkenberg, Shimizu e Bermudez (2017), a efetividade dos cuidados à saúde da população indígena se dá pelo processo dialógico e de reconhecimento da pluralidade das práticas de cuidado, constituindo assim um processo de interculturalidade nas práticas de cuidado à saúde.

O modelo biomédico possui uma visão de saúde baseado no reducionismo do adoecimento, já na concepção indígena a visão é sociocultural, indo além da capacidade explicativa da biomedicina. O adoecimento é considerado um evento que recai sobre a vida das pessoas, correlacionando o íntimo e o corpo social, o qual possui determinações e inferências mais coletivas do que individuais (GARNELO; BUCHILLET, 2006; PONTES; REGO; GARNELO, 2015). A ausência de uma discussão específica acerca da cultura indígena na formação educacional brasileira se reflete também na ausência de um conteúdo específico sobre

a saúde dos povos indígenas nas universidades, o que nos leva a afirmar que existe um déficit na formação dos profissionais da área de saúde.

A interculturalidade em saúde entre profissionais e usuários deve acontecer de modo que os saberes tradicionais e práticas de cuidados possam ter simetria, ou pelo menos que o sujeito a receber os cuidados e atendimentos ofertados possa escolher como ou por quem ser atendido, a partir do respeito às suas crenças e concepções de saúde e doença (PONTES; REGO; GARNELO, 2015).

Assim, a presente seção consiste em uma revisão integrativa da literatura, cujo objetivo é identificar de que forma a interculturalidade em saúde é executada na prática pelos profissionais que prestam assistência à saúde da população indígena.

3.2.1 Procedimentos metodológicos da Revisão Integrativa

Trata-se de uma Revisão Integrativa (RI), com abordagem qualitativa, pois essa trabalha com conceitos, crenças, opiniões, visando compreender o tema pesquisado, favorecendo o processo de reflexão e discussão de forma subjetiva. Conforme propõe Minayo (2013), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Isso corresponde a um espaço mais profundo de relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Foi utilizado a estratégia PICO para a formulação da pergunta, que tem como objetivo a recuperação de pesquisas do tipo qualitativas com foco nas experiências humanas e nos fenômenos sociais (STERN; JORDAN; MCARTHUR, 2014). Na presente pesquisa, o P (População) corresponde à população indígena, o I (Fenômeno de interesse) à interculturalidade em saúde e o Co (Contexto) à assistência prestada pelos profissionais de saúde, conforme disposto no quadro 4. Uma vez estabelecido o acrônimo PICO, delineou-se a seguinte questão de pesquisa: de que forma a interculturalidade em saúde é executada na prática pelos profissionais que prestam assistência à saúde da população indígena?

Quadro 4 – Estratégia PICO e descritores utilizados na busca nas bases de dados – Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil, 2022

Objetivo/problema		De que forma a interculturalidade em saúde é executada na prática pelos profissionais que prestam assistência à saúde da população indígena?		
		P	I	Co
Extração		População Indígena	Interculturalidade em saúde	Assistência prestada pelos profissionais de saúde
Descritores		“Saúde da população indígena”, “Indígenas”	“Interculturalidade”	“Atenção à Saúde”, “Profissionais de saúde”,
Estratégia de Busca	DeCS	Saúde da população indígena AND Profissionais de saúde AND Interculturalidade AND Atenção à Saúde AND Indígenas		
	MeSH	Health of Indigenous Peoples AND Health professionals AND Interculturality AND health care AND indigenous		

Fonte: elaboração própria.

A estratégia de identificação e seleção dos estudos partiu da busca de publicações indexadas nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (*LILACS*), Scientific Electronic Library Online (SciELO), *Medical Literature and Retrieval System on Line (MEDLINE/PubMed)*, *SCOPUS* e Biblioteca Virtual em Saúde dos Povos Indígenas.

Realizou-se a busca de artigos no mês de dezembro de 2021 e atualização em julho de 2022, utilizando os descritores oriundos dos Descritores das Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), conforme a base de dados pesquisada. Como estratégia de busca, os descritores foram combinados, por meio dos operadores *booleanos AND* e *OR*.

Utilizaram-se descritores e/ou palavras-chave que tem relação com a pergunta norteadora, assim como critérios de inclusão idênticos, buscando coerência e evitando possíveis vieses. O quadro 5 demonstra a estratégia de busca em cada base de dados.

Quadro 5– Estratégia de busca aplicada nas bases de dados – Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil, 2022

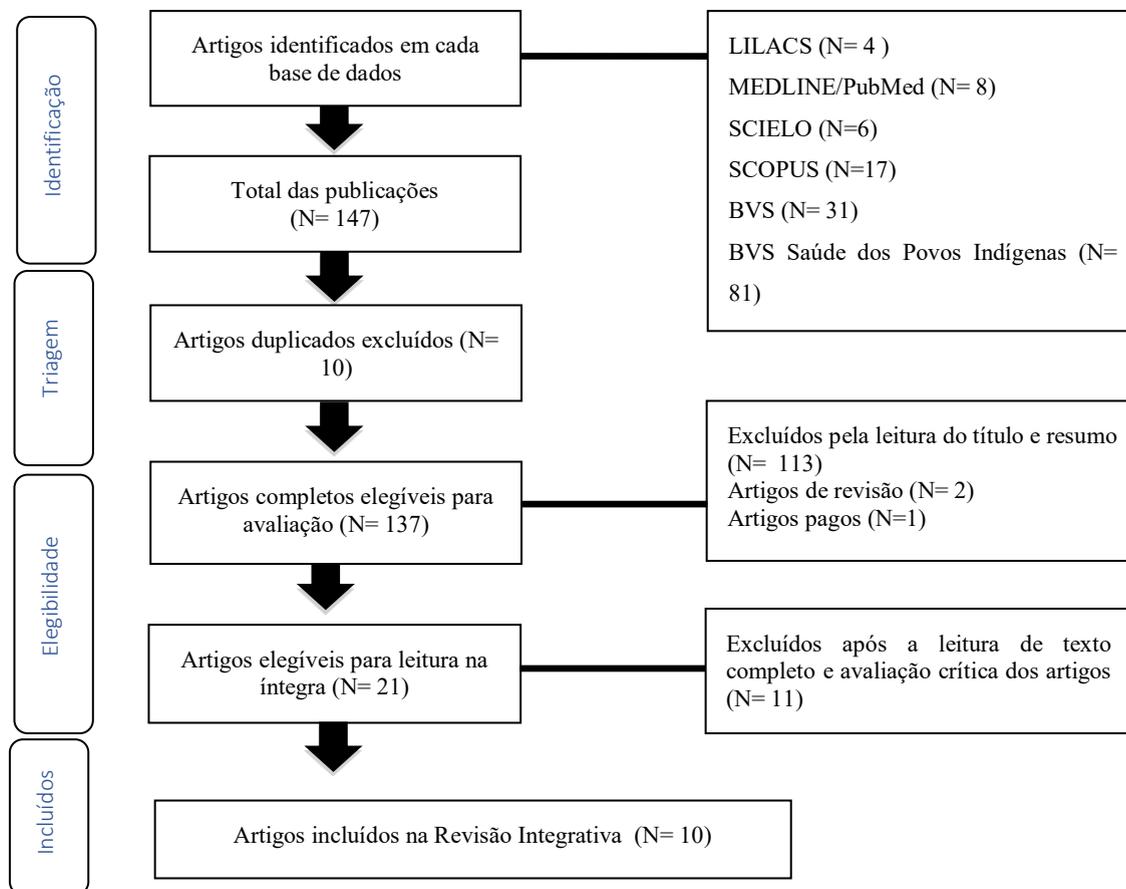
Bases de dados	Estratégias utilizadas
BVS	Saúde da população indígena AND Profissionais de saúde AND Interculturalidade AND Atenção à Saúde AND Indígenas
LILACS	Saúde da população indígena AND Profissionais de saúde AND Interculturalidade AND Atenção à Saúde AND Indígenas
MEDLINE/PubMed	(((((Health of Indigenous Peoples) AND (Health professionals)) AND (Interculturality)) AND (health care)) AND (indigenous))
SciELO	Health of Indigenous Peoples AND Health professionals AND Interculturality AND health care AND indigenous
SCOPUS	(TITLE-ABS-KEY (health AND of AND indigenous AND peoples) AND TITLE-ABS-KEY (health AND professionals) AND TITLE-ABS-KEY (intercultural) AND TITLE-ABS-KEY (health AND care) AND TITLE-ABS-KEY (indigenous))
BVS Saúde dos Povos Indígenas	Saúde da população indígena AND Profissionais de saúde AND Interculturalidade AND Atenção à Saúde AND Indígenas

Fonte: elaboração própria.

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram: artigos de pesquisa com texto completo disponível *online* nas bases de dados selecionadas, no idioma português, inglês e espanhol, publicados no período de 2012 a 2022. Foram excluídos os trabalhos que não contemplavam a temática do estudo, artigos de revisões, comentários e opiniões, anais, carta ao editor e artigos duplicados.

Os procedimentos referentes à busca e inclusão dos artigos foram adaptados, segundo as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) flowdiagram, conforme ilustrado na Figura 2.

Figura 2 – PRISMA Fluxograma de busca e seleção dos artigos na revisão integrativa



Fonte: elaboração própria.

Realizou-se a caracterização dos dados, a partir da síntese descritiva de cada artigo selecionado e inserido em tabela no Microsoft Excel com as variáveis: tema principal, identificação dos artigos (título, revista, autores, ano de publicação), metodologia (tipo de estudo, população/participantes, tamanho da amostra), principais resultados pertinentes ao tema em estudo, conclusões e nível de evidência de cada artigo.

A análise foi realizada a partir da interpretação dos resultados, utilizando como método de análise do material empírico a análise de conteúdo temática que “[...] consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2013, p. 316). Foi elaborada uma síntese interpretativa dos resultados obtidos através da discussão de temas que envolvem o objeto do trabalho e interferências baseadas conforme achados na literatura.

3.2.2 Resultados e discussão

Após a coleta e análise dos dados, foram inseridos um total de 10 artigos na presente revisão. A base de dados que apresentou o maior quantitativo de artigos foi a Biblioteca Virtual em Saúde – Saúde dos Povos Indígena, com o total de 4 artigos (57%), seguido da Scientific Electronic Library Online, com 2 artigos (29%) e, por fim, a Biblioteca Virtual em Saúde, com 1 artigo. Os anos de 2017, 2020 e 2013 se destacaram com o maior quantitativo de publicações, 2 artigos publicados em cada ano supracitado, seguido dos anos de 2014, 2015, 2016 e 2019, com uma publicação cada ano respectivamente. Quanto aos idiomas, um artigo foi produzido em inglês e nove em português. No quadro 6, estão representadas as informações gerais dos estudos incluídos nesta revisão integrativa. Os resultados foram interpretados e sintetizados, através de uma comparação dos dados evidenciados na análise dos artigos.

Quadro 6 – Caracterização dos artigos selecionados quanto à autoria e ano de publicação, objetivo, tipo de estudo, participantes, local de realização e principais resultados – Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil, 2022

Nº	Autor/Ano	Objetivo	Participantes do estudo	Principais resultados
Art. 1	Falkenberg, Shimizu e Bermudez (2017)	Analisar as representações sociais do cuidado em saúde entre trabalhadores que atuam em equipes multidisciplinares no Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul do Rio Grande do Sul, junto à etnia Mbyá-Guarani.	Vinte trabalhadores que compõem as três equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) dos polos-base.	Verificou-se que existe tensão entre as concepções e práticas de cuidado da medicina tradicional e da biomedicina, mas observam-se alguns avanços na perspectiva da intermedicalidade. Fronteiras étnicas estabelecidas entre os trabalhadores e os indígenas, baseadas em suas representações de cultura e família, da mesma maneira que a falta de infraestrutura e os modos de organização do trabalho em saúde são percebidos como fatores que dificultam o cuidado em contextos de interculturalidade.
Art. 2	Wilson et al. (2015)	Explorar as atitudes e características de profissionais de saúde não indígenas que trabalham na saúde indígena.	Trinta e cinco profissionais de saúde não indígenas.	As atitudes e características gerais dos profissionais de saúde não indígenas foram classificadas usando quatro grupos principais, variando de falta de conhecimento prático, medo da prática, área de conhecimento da saúde indígena percebida como muito difícil e aprender a praticar independentemente.
Art. 3	Von Held et al. (2011)	Percepção de saúde da etnia Guarani Mbyá, realizada em três aldeias no Rio Grande do Sul e uma em Santa Catarina.	Membros das comunidades e profissionais de saúde da Fundação Nacional de Saúde (Funasa)	Os resultados mostram que os Mbyá consideram o choque cultural com a sociedade envolvente o principal fator de adoecimento, enfatizando a importância de preservar e valorizar seu modo de vida tradicional para a manutenção da saúde de indivíduos e coletividades. Os dados apontam a importância de aprimorar a formação dos quadros técnicos de saúde, especificamente no que diz respeito à compreensão das diferenças interétnicas entre a cultura Mbyá e a ocidental para garantir a efetividade de tratamentos e programas.
Art. 4	Sabadini (2019)	Pontuar e analisar os conflitos e interações existentes entre a biomedicina e as medicinas indígenas observadas nos atendimentos de saúde que ocorreram no Hospital Universitário de Brasília (HUB).	Médicos, pacientes e outros profissionais da saúde.	Durante a pesquisa pode-se perceber que aqueles que vivem nas cidades não possuem uma política de saúde específica que garanta a realização de um atendimento de saúde diferenciado à população indígena. Por esses e outros fatores, os indígenas que vivem no DF tem seus modos de viver e identidades étnicas colocadas por questão por muitos profissionais de saúde. Entretanto, ao acompanhar as consultas médicas realizadas à população indígena pode-se perceber que os pacientes indígenas incorporaram tratamentos biomédicos às suas próprias práticas de saúde, compreendendo seus sintomas e utilizando os métodos biomédicos para seus próprios fins.
Art. 5	Martins (2017)	Analisar a vivência do trabalho de saúde dentro do território indígena como um espaço potencial de aprendizagem para que o enfermeiro qualifique a sua prática profissional voltada para a atuação nesse contexto intercultural.	Enfermeiros que atuam no DSEI (Distritos Sanitários Especiais Indígenas)	A partir da inserção no serviço, os enfermeiros iniciam um processo de aprendizado que segue impulsionado cotidianamente pelas situações vivenciadas no trabalho e que tem os indígenas como principais mediadores. Aos poucos, os profissionais aprendem a identificar e mobilizar os recursos necessários para uma atuação profissional mais competente que atenda às demandas

				do contexto. A reprodução de práticas e atitudes é a principal estratégia utilizada pelos profissionais para lidar com as dificuldades.
Art. 6	Pires, Neves e Fialho (2016)	Compreender como as práticas de saúde tradicionais e biomédicas são vivenciadas em diálogo ou em confronto com as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), que atuam em povos com contato prolongado, como é o caso dos índios Xukuru do Ororubá, que habitam o Nordeste do Brasil.	Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI)	A “atenção diferenciada” como proposta na legislação específica, efetivada através do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena foi discutida a partir da noção de práticas de autoatenção, por essa considerar os aspectos sociais, culturais e econômicos envolvidos. O artigo enfatiza a importância da educação intercultural para enfrentar os problemas no campo da saúde e das políticas de saúde indígena.
Art. 7	Picoli (2013)	Discutir a possibilidade de desenvolver uma atenção diferenciada à saúde entre os kaiowá e Guarani da terra indígena Caarapó	Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e a comunidade	As observações levantaram questões relevantes sobre as dificuldades no desenvolvimento de uma atenção diferenciada à saúde, que envolve os aspectos linguísticos e políticos e o reducionismo da biomedicina. Para os aspectos linguísticos, a utilização da Língua Portuguesa pelo profissional de saúde e da Língua Guarani pelo indígena reduzia as possibilidades de uma comunicação. Quanto aos aspectos políticos, observou-se que as dificuldades estão correlacionadas ao caráter genérico das diretrizes preconizadas na Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena que, por sua vez, fragilizavam a sua aplicação pelos profissionais de saúde. Outra dificuldade refere-se ao modo como o profissional de saúde valorizava estritamente os aspectos biológicos e curativos da doença. Observou-se que, na comunidade, o agente indígena de saúde realizava uma atenção diferenciada à saúde ao apropriar-se da biomedicina e reelaborá-la segundo a sua realidade simbólica. Já nos serviços de saúde, a aplicação dessa prática por ele era dificultada pela relação desigual entre a biomedicina e seu sistema cultural de saúde.
Art. 8	Vieira, Oliveira e Neves (2013)	Identificar as práticas de autoatenção nos índios Truká e a relação dessa população com a biomedicina, constatando a ocorrência ou não de interrelação das práticas biomédicas com os sistemas tradicionais de cura.	Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI).	Para os Truká, o processo de cura é polissêmico. Composto por posse do território, práticas rituais, tais como o Toré, rezas, além do uso de lambedor e garrafadas. Fazem uso dos medicamentos alopáticos, em um processo chamado de intermedicalidade.
Art. 9	Nascimento, Hattori e Terças-Trettel (2019)	Identificar os desafios no processo de formação de enfermeiros indígenas em Mato Grosso, Brasil.	11 enfermeiros indígenas	Verificou-se que todos participantes, buscam a integração dos saberes tradicionais indígenas com os conhecimentos técnico científicos durante suas práticas, o que facilita a

				interação satisfatória com a comunidade. Durante a graduação de Enfermagem, tiveram pouco ou nenhum contato com conteúdos relacionados à saúde indígena e, ao término da formação, vislumbravam despreparo para atender às variadas demandas em saúde. Historicamente, apresentam-se subalternizados em relação aos não indígenas, o que se reflete em desvantagens no processo de ensino-aprendizagem, tanto relacionados aos aspectos técnicos/tecnológicos como sociais
Art. 10	Pereira et al. (2014)	Descrever alguns aspectos sobre a importância, características e funcionamento desse ambulatório que é singular no atendimento à saúde indígena no Brasil.	Alunos de graduação em medicina e enfermagem da universidade em projetos de extensão universitária.	Os projetos de extensão tiveram por finalidade criar espaços de conversa, identificar percepções sobre processo saúde-doença e estabelecer projeto de cuidado a partir da identificação das necessidades do paciente indígena. Desafiou a equipe de saúde a proposta de formar vínculo com pacientes indígenas que ultrapasse o objetivo de resolução de um problema de saúde, mas adentre nas interfaces entre saúde, cultura e modo de vida.

Fonte: elaboração própria.

Após a leitura minuciosa dos estudos selecionados para a revisão, foi realizada a análise descritiva dos seus resultados e conclusões, na qual emergiram 4 categorias:

Saberes tradicionais e biomédicos no cuidado à população indígena

No que se refere à intermedicalidade, essa auxilia na mediação dos conflitos em lidar com o diferente (FALKENBERG; SHIMUZU; BERMUDEZ, 2017). Em um processo de negociação, como já mencionado, ou interação social a partir de acordos, o desafio é não somente respeitar os saberes tradicionais, mas harmonizar os conhecimentos de forma mútua, para que se possa ofertar o cuidado junto ao que se entende como saúde e doença a partir do olhar e subjetividade dos povos indígenas.

Falkenberg, Shimuzu e Bermudez (2017) abordam em seu estudo a tensão na cultura Mbyá Guarani acerca das práticas de cuidado da medicina reacional e a biomedicina, emergindo a necessidade de uma negociação permanente entre os profissionais de saúde e as lideranças de cada comunidade. Com o intuito de encontrar o equilíbrio, torna-se constante a necessidade de não interferir tanto na cultura e ao mesmo tempo cumprir com os deveres enquanto trabalhadores da biomedicina. Vieira, Oliveira e Neves (2013) estudam as representações sociais do cuidado entre os profissionais da EMSI, expressando também uma tensão na atuação nas práticas de cuidado da medicina tradicional e o modelo biomédico, sendo necessário definir

novas bases para o processo de cuidar em saúde indígena, compreendendo as necessidades refratadas, as negociações do sujeito individual e coletivo e os trabalhadores nos serviços de saúde, estabelecendo um diálogo intercultural de múltiplas vozes.

Para os povos indígenas estudados por Pires, Neves e Fialho (2016), a doença, para além do adoecimento físico, é algo mais amplo, que está relacionado de forma intrínseca com o espírito. O cuidado direcionado à saúde, através da relação entre os profissionais de saúde e os curadores tradicionais, deve considerar a forma como a natureza pode contribuir com o processo de cura para o indivíduo que necessite de cuidados (PIRES; NEVES; FIALHO, 2016). Desse modo, se faz necessário o entendimento de que, para além da biomedicina, a relação dos povos indígenas com o seu território se reflete nas condições de saúde, pois existe uma ligação com todos os elementos físicos e não físicos de cada povo. Por sua vez, Vieira, Oliveira e Neves (2013) comentam que a interculturalidade em saúde faz parte do itinerário terapêutico dos povos indígenas. As diversas práticas de cura têm se relacionado com as práticas de saúde biomédicas. No entanto, os indígenas relatam que os médicos se relacionam com a comunidade sem muito interesse pela cultura local. Ademais, mesmo que exista uma relação mais próxima com os técnicos de enfermagem, enfermeiros e agentes de saúde, por muitas vezes ocorrem problemas de comunicação durante o trabalho entre a EMSI e os povos indígenas.

A atuação dos profissionais de saúde no contexto indígena

A atuação dos profissionais na saúde indígena é baseada na escuta ativa e negociações entre os trabalhadores e os indígenas, na tentativa de não interferir tanto na cultura, mas ao mesmo tempo, cumprir o papel da biomedicina. Dessa forma, torna-se necessário que haja uma mudança nas práticas de atenção à saúde, modificando a definição de intermedialidade pelos profissionais e estabelecendo novas formas de cuidar, levando em consideração a interculturalidade indígena (FALKENBERG; SHIMUZU; BERMUDEZ, 2017).

Wilson et al. (2015) relatam em seu estudo as vivências de profissionais de saúde não indígenas que trabalham em comunidades indígenas no sul da Austrália. Participaram da pesquisa trinta e cinco profissionais, através de uma entrevista semiestruturada em que relatavam suas experiências no trabalho. No geral, as características relatadas foram referentes à falta de conhecimento, ao medo da prática, à saúde indígena entendida como uma área difícil e ao aprendizado adquirido com o tempo de prática. Apesar dos fatores dificultadores, os trabalhadores expuseram a vontade que tinham de trabalhar na saúde indígena, os entendimentos com relação à história da Austrália com os povos indígenas e o quanto sua

identidade cultural pode influenciar no trabalho.

É pertinente que os profissionais de saúde sejam treinados a partir de uma abordagem de segurança cultural, com o intuito de melhorar o envolvimento com os indivíduos e comunidades indígenas. Esse tipo de treinamento exige que os profissionais de saúde pensem e reflitam sobre sua própria cultura, identidade, valores, experiências e atitudes, desenvolvendo habilidades em saúde indígena, enxergando a forma como que eles existem no mundo (WILSON et al., 2015). Refletir sobre sua própria cultura, faz o profissional se olhar enquanto indivíduo e se situar em seu lugar também na formação da sociedade em que está inserido, que historicamente reflete também o processo cultural das populações indígenas.

Martins (2017) realizou um estudo com enfermeiros que atuam no DSEI Xingu, com o intuito de saber as motivações que os levaram a atuarem na saúde indígena. Em sua maioria, os profissionais relataram a curiosidade e a vontade de conhecer mais sobre a cultura e o trabalho em saúde com esse grupo populacional. Tal interesse surge a partir do contato prévio com os indígenas ou com a temática da saúde indígena, seja por meio de relatos de profissionais que já vivenciaram a prática ou durante a formação acadêmica ou, até mesmo, por meio da vivência pessoal. A admissão no trabalho na saúde indígena apresentou, para alguns participantes, a realização e satisfação de expectativas profissionais e pessoas que dialogam com as particularidades de cada um deles.

Sabadini (2019), através do método etnográfico com entrevistas semiestruturadas e conversas informais, analisou os conflitos existentes entre a biomedicina e medicina indígena no atendimento de saúde que acontece no Ambulatório de saúde indígena do Hospital Universitário de Brasília (HUB). Participaram da pesquisa médicos, pacientes e demais profissionais. Com a realização do estudo, foi possível perceber que os pacientes indígenas incorporam os tratamentos biomédicos às suas próprias práticas de saúde, compreendendo seus sintomas e utilizando os métodos biomédicos para seus próprios fins.

Atualmente, o serviço prestado pela Secretaria Espacial de Saúde indígena presta serviço através das Equipes Multiprofissionais de *Saúde Indígena* e o *Núcleo de Apoio à Saúde Indígena* para indígenas que vivem em contexto de comunidades/aldeias, não sendo realizado o atendimento para indígenas que residem em contexto urbano. Uma das observações do estudo foi um mutirão de saúde indígena promovido pela Ebserh, no Santuário dos Pajés que tinha por objetivo prestar atendimento odontológico, pediátrico, vacinação e rodas de conversa entre os profissionais de saúde e a população a fim de promover um diálogo entre as partes e uma melhoria no atendimento prestado. No decorrer das atividades, lideranças Guajajara do Santuário destacaram a importância de implementações de políticas públicas, incluindo as de

saúde, destinadas aos povos indígenas que vivem nas cidades, relataram também as dificuldades e constrangimentos vivenciados, destacando os Guajajara, nos atendimentos de saúde dos postos por conta do idioma (SABADINI, 2019).

Houve também uma discussão dos profissionais de saúde acerca da interculturalidade na saúde indígena no atendimento prestado. Uma das pautas discutidas foi com relação ao embate do saber médico e as crenças dos indígenas. Nesse ponto, destacou-se que, muitas vezes, o usuário não segue o tratamento recomendado e isso pode ocorrer devido ao despreparo dos profissionais de saúde para lidar com as especificidades dos pacientes e de reconhecer outros tratamentos que não fossem biomédicos. Essa limitação existe devido a uma deficiência na formação dos profissionais de saúde, que geralmente não engloba o ensino da saúde em contextos interculturais (SABADINI, 2019).

Atenção diferenciada às comunidades indígenas

Discutida no Brasil desde a década de 80, quando surgiu os primeiros debates a respeito de uma saúde diferenciada para a população indígena, essa política de atenção se consolidou e estruturou com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, promulgada em 2002. A atenção diferenciada é determinada como princípio norteador da saúde da população indígena. Reconhecendo a pluralidade cultural brasileira, esse modelo busca mediar as ações de saúde, sem abandonar as práticas tradicionais da comunidade, não sendo uma incorporação de tal prática, mas uma interação entre elas (PEREIRA et al., 2014). Além disso, definida como ações em saúde socioculturalmente adaptadas, leva em consideração as particularidades culturais, epidemiológicas e logísticas para o atendimento das comunidades indígenas.

Nota-se, assim, a relevância da interculturalidade em saúde, no processo de promover uma atenção de fato diferenciada, que possa ofertar e contribuir para a qualidade da saúde dos povos indígenas. A interculturalidade na saúde ultrapassa a relação paciente e profissional de saúde, necessitando de uma perspectiva reflexiva sobre as definições de doença, tratamento e cura, abordando um aspecto sociocultural que emerge de tais definições (PEREIRA et al., 2014), ou seja, é fundamental que o profissional envolvido na atenção diferenciada às comunidades indígenas tenha um olhar acolhedor, que busque compreender os processos de adoecimento, tratamento e cura na perspectiva do paciente, propiciando maior vivência e fortalecimento de vínculos.

Os Agentes Indígenas de Saúde têm papel fundamental nas EMSI, pois são trabalhadores que conhecem a cultura da comunidade a ser atendida, realizam uma conexão para que exista

um melhor vínculo e confiança entre eles. Em muitos territórios, são a referência da comunidade no que diz respeito à busca de atendimento, consultas e serviços de saúde, pelo vínculo e confiança. Contudo, é preciso lembrar que esses profissionais, assim como o AÍSAN, precisam ter suas categorias profissionais reconhecidas, assim como a garantia de uma remuneração digna.

A composição das equipes de trabalho por profissionais que tenham mais experiência com a saúde dos povos indígenas e representações comunitárias capacitadas como agentes de saúde diminuem as dificuldades encontradas diante de um ambiente urbano-hospitalar, facilitando a comunicação com o paciente. Porém, essa proximidade pode não ser suficiente para o êxito das práticas em saúde e, segundo os profissionais, a escuta é imprescindível. Dessa forma, cabe ao profissional compreender o sistema de saúde, os saberes tradicionais e simbologias com o qual está interagindo (VIEIRA; OLIVEIRA; NEVES, 2013; PEREIRA et al., 2014; PIRES; NEVES; FIALHO, 2016).

Desafios no cuidado intercultural enfrentados pelos profissionais que atuam na saúde indígena

O desafio dos profissionais de saúde indígena para atuação em contexto intercultural envolve a lacuna ou deficit em relação à ausência de uma discussão mais específica em relação à cultura indígena e seus diversos sistemas de cuidado à saúde em suas formações acadêmicas. Daí se dar um despreparo existente bem como a complexidade de se garantir uma infraestrutura que contemple uma logística ideal para o processo de trabalho nos territórios de abrangências das comunidades indígenas. A falta de infraestrutura para atendimento nas aldeias, os modos de organização de trabalho em saúde, a precarização dos vínculos empregatícios, baixas remunerações e falta de projetos de capacitação, todas essas vertentes mencionadas impactam de forma negativa a assistência prestada pelos profissionais de saúde à população indígena (FALKENBERG; SHIMUZU; BERMUDEZ, 2017).

Falkenberg, Shimizu e Bermudez (2017) reiteram a complexidade do trabalho na atenção à saúde indígena. Em seu estudo, demonstram que ainda existe uma distância entre o modelo que é considerado ideal na organização dos serviços como preconizado pela PNASPI e a realidade vivenciada no dia a dia dos trabalhadores, o que torna evidente a precarização na formação dos profissionais de saúde para a atuação em contextos interculturais. Entre os desafios já citados, a criação de vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade indígena também é considerado um desafio. As questões como a rotatividade dos trabalhadores e a

terceirização dos técnicos dificultam a aproximação com as aldeias e a criação de programas oficiais de promoção à saúde. A logística do transporte é mencionada como uma barreira na prestação da assistência, pois dependem de veículo do Programa Saúde da Família (PSF) (VON HELD et al., 2011).

Corroborando com os demais achados, Sabadini (2019) também aponta algumas dificuldades discutidas em seu estudo, a exemplo da diferença do vocabulário biomédico em relação aos indígenas, o que reverberou pequenos impasses na comunicação. Para toda relação de comunicação e diálogo, seja ela profissional ou não, faz-se necessária uma abordagem em que cada um dos interlocutores possa dizer e entender o que o outro quer transmitir como informação. Desse modo, é mais que importante o processo de interculturalidade no que diz respeito à comunicação, pois termos técnicos, biomédicos, acadêmicos não serão entendidos por todos as pessoas da mesma forma.

Picoli (2013) aponta a dificuldade linguística da comunicação entre profissional e paciente como um entrave ao desenvolvimento da atenção diferenciada. Outro ponto destacado é o impasse da política de atenção diferenciada, pois é reconhecida sua necessidade de implementação, ao passo que também é reconhecida a dificuldade vivenciada para tal, por fatores diversos, como a falha na comunicação do profissional por falta de treinamento ou afinidade com a comunidade ou pela não aceitação da tradição cultural, querendo executar apenas o modelo biomédico. Assim, destaca-se que a formação profissional para atuação na saúde indígena constitui ainda um desafio e a prática profissional tem sido reveladora das lacunas do processo formativo. Para além do preparo dos profissionais de saúde, vivenciar o território mostra a importância de conhecer situações que podem não estar descritas em nenhum manual.

3.2.3 Síntese

A interculturalidade promove a interação entre culturas distintas, assim como a necessidade do respeito e a troca entre conhecimentos, tanto dos saberes tradicionais da medicina indígena como do saber biomédico de uma formação acadêmica. Assim sendo, o processo de interculturalidade das equipes multidisciplinares no cuidado à saúde da população indígena foi entendido como o meio de diálogos e práxis do cuidado à população indígena. A interculturalidade em saúde torna-se inerente ao contexto do trabalho e sua vivência é intensificada pela imersão na assistência aos povos indígenas, aproximando o imaginário e o real. Os profissionais atuantes na saúde indígena constantemente se deparam com os desafios

colocados para o trabalho em saúde no contexto intercultural, sendo necessário aprender a interagir com a diferença e se despir de julgamentos e preconceitos existentes. A ausência de conteúdos específicos relacionados à cultura indígena no processo educacional brasileiro e, conseqüentemente, também na formação dos profissionais de saúde, faz-nos refletir sobre a necessidade que a nossa sociedade, de modo geral, tem de descolonizar conhecimentos arcaicos e românticos sobre a cultura dos povos indígenas, sobretudo no que diz respeito à cultura em sua contemporaneidade, levando em conta a diversidade cultural que existe em diversos povos indígenas do país. Destaca-se que, apesar de haver esforço de algumas instituições e dos profissionais em melhorar a qualidade de atendimento para a qualidade da saúde indígena, é importante lembrar que as formações desses profissionais ainda são precárias no que toca a compreensão e reconhecimento das diferenças entre os indivíduos ao se prestar assistência à saúde. Além disso, é imprescindível a garantia de logística e infraestrutura que possam promover o acesso e a operacionalização do serviço nos territórios diversos. Torna-se cada vez mais necessário designar novas bases para o processo de cuidar em saúde indígena, com base no entendimento das necessidades representadas, negociadas entre sujeitos individuais, coletivos e os profissionais de saúde em um diálogo intercultural que envolve inúmeras vozes.

3.3 SOBRE A CARTILHA

A cartilha introdutória educativa que tem como tema “14 passos para uma caminhada contínua” tem como objetivo contribuir para a preparação dos Profissionais para atuação no serviço de atenção à Saúde dos Povos Indígenas da Bahia, conforme preconizado a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. A finalidade é fornecer informações introdutórias e incentivar e promover a reflexão do interlocutor sobre o tema. Sendo importante salientar que esse material não esgota as possibilidades de preparação dos profissionais e não engloba todas as informações necessárias para o processo de interculturalidade, pois além de informações básicas reflexivas, a vivência intercultural possibilita o aprendizado contínuo. Assim, busca-se promover conhecimento e evitar situações que possam gerar desrespeito e tensões causadas pela desinformação.

3.1.1 Apresentação da cartilha

Cartilha Educativa para
Profissionais de Saúde

14
Passos

para uma
caminhada
contínua



Universidade Federal do
Recôncavo da Bahia

Olá!

Esse material trata-se de uma cartilha introdutória educativa, que tem como tema “14 passos para uma caminhada contínua”, produto da Dissertação de Mestrado intitulada “INTERCULTURALIDADE EM SAÚDE NA ATENÇÃO À POPULAÇÃO INDÍGENA do curso de Pós-Graduação, Saúde da População Negra e Indígena da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB. O programa é vinculado ao Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, localizado em Santo Antônio de Jesus-BA. Tem como objetivo contribuir com a preparação dos Profissionais de Saúde para atuação no serviço de atenção à Saúde dos Povos Indígenas da Bahia, conforme preconizado a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002). Com a finalidade de fornecer informações introdutórias, assim como também incentivar e promover a reflexão do interlocutor sobre o tema. Sendo importante salientar que este material não esgota as possibilidades de preparação dos recursos humanos, bem como não engloba todas as informações necessárias para o processo de interculturalidade, pois além de informações básicas reflexivas, a vivência intercultural possibilita o aprendizado contínuo. Assim, busca-se promover conhecimento e evitar situações que possam gerar desrespeito e tensões causadas pela desinformação.

Boa leitura
colegas!

Conheça nossas autoras:

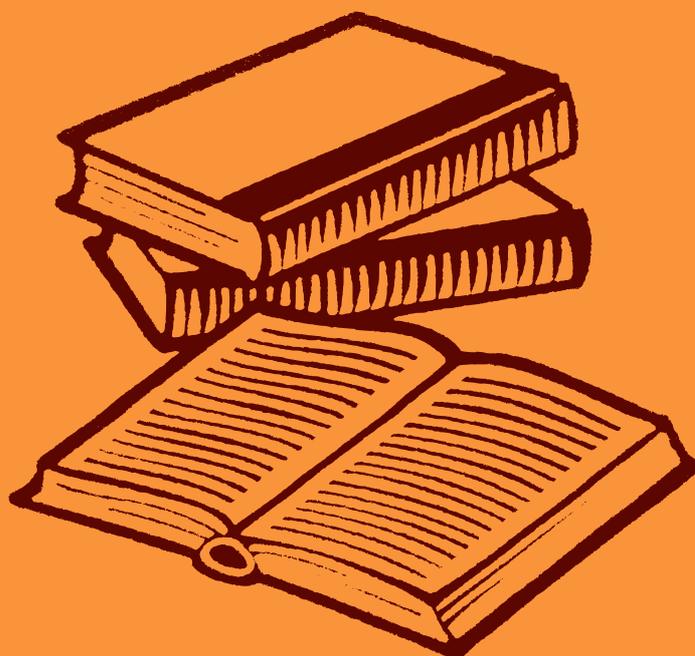
Deysianne Gouveia Gomes

Lavinya Lima Cordeiro Oliveira

Daniela Carneiro Sampaio

Gabriella da Silva Rodrigues

Maria da Conceição Costa Rivemales



1. É importante que o profissional de saúde que vai trabalhar com comunidades indígenas, que atue na sede do DSEI-BA e/ou em área, possa ler sobre a cultura indígena, sobretudo escrita através de autores indígenas.



**Sugestão de Autores indígenas:
Ailton Krenak, Daniel Munduruku,
Márcia Wayna Kambeba, Linda
Smith, Eliane Potiguara, Graça
Graúna, Auritha Tabajara, Davi
Kopenawa, Kaká Werá Jecupé.**



2. Ler e refletir sobre o Racismo contra os Povos Indígenas, praticando dessa forma uma decolonização de conhecimentos.



•Ribeiro, Rodrigo Barbosa. O racismo contra os povos indígenas: panorama dos casos nas cidades brasileiras entre 2003 e 2019. Mana [online]. 2022, v. 28, n. 2 [Acessado 14 Dezembro 2022].



•MILANEZ, Felipe et al. Existência e diferença: o racismo contra os povos indígenas / Existence and difference: racism against indigenous peoples. Revista Direito e Práxis, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 2161-2181, set. 2019. ISSN 2179-8966.

Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/article/view/43886>>. Acesso em: 14 dez. 2022.

3. Ouvir, observar e perguntar, despir-se de julgamentos e preconceitos.

**Edson Kayapó explicando o que ser indígena no século 21: Vídeo:
<https://youtu.be/Q5iajNT3XgE>**

**•O que é ser indígena no século XXI. EP-1
<https://youtu.be/XDaS70F2fPw>**

Vídeo produzido pelo Instituto Socioambiental (ISA): <https://youtu.be/uuzTSTmlaUc>

4 .Saber como foi e como é a relação destas comunidades indígenas com os municípios que fazem parte deste território. O histórico de vidas das comunidades e os municípios de abrangência refletem na relação direta da rede de serviços de saúde de forma geral.

5 .Conhecer termos atuais da nomenclatura que envolve de forma geral a cultura indígena (indígenas, povos, etnias, dialetos, etc);



**Matéria com o escritor Daniel Munduruku,
<https://www.nonada.com.br/2017/11/daniel-munduruku-eu-nao-sou-indio-nao-existem-indios-no-brasil/>**

6 . Ler a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e refletir como executar o seu serviço na prática atendendo as diretrizes da política;



https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf

7. Pesquisar e ler sobre a história dos povos indígenas da região de onde vai atuar no trabalho. Pois, entender o histórico de cada povo, contribui para que possamos entender melhor o que este histórico reflete na atualidade e no processo de saúde e doença destas pessoas.



**Povos Indígenas no Brasil:
<https://pib.socioambiental.org/>**

8 . Estando no território é importante ouvir, perguntar e observar a comunidade que será atendida, para que posteriormente o vínculo possa ser construído e fortalecido

9 .Se a comunidade tiver cuidadores tradicionais, lideranças, caciques, pajés, também é importante conhecê-los.

10. Conhecer as medicinas existentes no território, os cuidados, as formas de fazer saúde.

11. Promover uma interculturalidade positiva, onde os saberes não sejam sobrepostos, mas sim harmônicos, havendo troca de saberes e respeito mútuo

12. Respeitar os saberes tradicionais de cada povo, as crenças, os costumes e as cosmovisões de cada pessoa é algo essencial para que sejam elaboradas estratégias que possam ajudar na oferta do serviço prestado e no planejamento das ações de saúde que respeitem e atendam as especificidades existentes



Deus te dê boa sorte é um curta-metragem documental que revela a voz ancestral das mulheres parteiras indígenas Pankararu, 2019: <https://youtu.be/zSIqUT5GsYw>

Cursos, palestras, terapia comunitária e vivências com a Equipe Korihé:

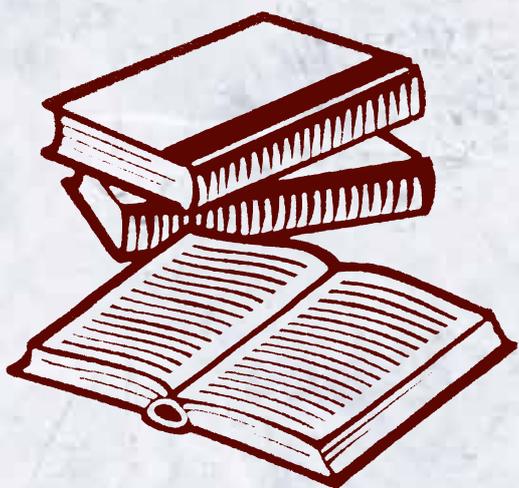
Ubiraci Pataxó: mestre do saber que atua como educador, palestrante, instrutor de cursos, terapeuta, massoterapeuta, técnico em resgate da autoestima e sou também aprendiz de Pajé. Ubiraci

Pataxó: <https://ubiracipataxo.com/>

Nádia Akawã :Educadora, mulher-medicina, artesã e liderança indígena.

**Vanessa Pataxó - Fisioterapeuta e Terapeuta comunitária.
Janaron Uhãy Pataxó - Comunicador, Terapeuta Comunitário.**

13. Conhecer os hábitos alimentares, os hábitos de vida, o cotidiano do que acontece no território.



14. Se for convidado, ou pedir para as lideranças e for atendido, participe das programações culturais com respeito.

Apoio:

**Mestrado Profissional em Saúde da População Negra e
Índigena da Universidade Federal do Recôncavo da
Bahia**



**Universidade Federal do
Recôncavo da Bahia**

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do estudo possibilitou compreender de que forma a interculturalidade em saúde é realizada no processo de trabalho dos profissionais de saúde do polo base de Paulo Afonso, através do serviço de atenção à saúde indígena realizada pelo Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena da Bahia. Para se atingir uma compreensão do objetivo geral, definiu-se quatro objetivos específicos: identificar de que forma a interculturalidade em saúde é executada na prática pelos profissionais de Saúde Indígena; descrever como acontece a operacionalização da atenção à saúde aos povos indígenas assistidos pelo Polo base de Paulo Afonso; contribuir para a problematização de reflexões que possam embasar Leis, implementação de cursos na perspectiva intercultural e políticas públicas; identificar os desafios; elaborar uma cartilha como produto final deste trabalho, que possa contribuir para a preparação no acolhimento do profissional e trabalhador de Saúde, e elaborar uma Revisão Integrativa. Foi realizada através da Técnica de Grupo Focal a coleta dos dados de forma remota, respeitando o contexto de pandemia que estava instalado desde o início da elaboração da pesquisa, assim como percebeu-se a necessidade da realização de uma Revisão Integrativa, após triangulação com as narrativas.

A presente dissertação foi apresentada em 03 seções, sendo elas: Análise dos dados empíricos; Revisão Integrativa; Apresentação da cartilha. Foi realizada a análise descritiva e conclusões através dos achados, a partir do que emergiram quatro categorias temáticas, a saber: Preparo dos Profissionais, Interculturalidade é respeitar a cultura do outro, Relação entre a biomedicina e os saberes tradicionais e Desafios para execução da atenção à saúde indígena.

A análise permitiu compreender que existem desafios diversos para a atuação dos profissionais de saúde em contexto intercultural, o que confirmou a necessidade de um preparo específico para o trabalho com os povos indígenas e refletiu a ausência de uma formação que possa proporcionar essa discussão nos cursos de formação da área de saúde. Além disso, a falta de infraestrutura e logística é um fator que atravessa as falas no que diz respeito às dificuldades encontradas no acesso às aldeias para a execução do trabalho. Foi possível perceber que os profissionais, em sua maioria, entendem a interculturalidade em saúde como “respeitar a cultura do outro”, entendendo que, além do conhecimento científico, existem outras formas de pensar e fazer saúde, através dos saberes tradicionais dos povos por eles assistidos. Assim, a relação entre a biomedicina e os saberes tradicionais mostra-se, através das falas dos participantes, ser um processo complexo, mas também reflete a diversidade dos povos indígenas que são atendidos por esses profissionais, pois existem comunidades que utilizam em seu dia a dia a combinação da biomedicina com suas práticas tradicionais e há comunidades que buscam

utilizar somente as praticas tradicionais. A equipe, por sua vez, mostrou-se interessada em poder negociar quando possível o processo de cuidado nos tratamentos dos pacientes, quando existe o cuidador presente no território.

Como limitações do estudo, não foi possível a participação de alguns profissionais que realizaram a inscrição, por motivos particulares. O presente estudo apresenta como contribuições, para a Saúde Coletiva e no contexto do SUS, a possibilidade dos dados obtidos proporcionarem conhecimentos científicos, problematizações e subsídios teóricos e práticos para embasamento de políticas públicas, bem como a importância do entendimento da diversidade de sistemas e práticas de saúde, o que contribui para o direcionamento e tomada de decisão através dos gestores. A relevância do estudo busca contribuir em especial para a nossa saúde. Nós, povos indígenas, precisamos e devemos ter a garantia e oferta de um serviço que contemple e respeite a nossa diversidade.

REFERÊNCIAS

- ALBÓ, Xavier. **Cultura, interculturalidade, incultura**. Trad. Yvonne Mantoanelli. São Paulo: Loyola, 2005.
- ALBÓ, Xavier. **Interculturalidade nel desarrollo rural sostenible: el caso de Bolivia**. La Paz: Centro de Investigación y Promoción del Campesinado, 2012.
- ALCÂNTARA, Liliane Cristine Schlemmer; SAMPAIO, Carlos Alberto Cioce. Bem Viver: uma perspectiva (des)colonial das comunidades indígenas. **Revista Rupturas**, v. 7, p. 1-31, 2017.
- ALENCAR, Rodrigo Conti Vieira de Alencar. **A vivência da ação educativa do enfermeiro no Programa Saúde da Família (PSF)**. 2006. 120f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.
- BACKES, Dirce Steinetal et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011.
- BILLIG, Michael. **Arguing and thinking: rhetorical approach to social psychology**. 2.ed. London: Sage, 1996.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Saúde Indígena. 2020. Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/saude-indigena/sobre-a-sesai>>. Acesso em: 22 out. 2020.
- COLLINS, Patricia Hill. **Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e apolítica do empoderamento**. Trad. Natália Luchini. Seminário “Teoria Feminista”, Cebrap, 2013 [1990].
- CRUZ, Felipe Sotto Maior. **Quando a terra sair: os índios Tuxá de Rodelas e a barragem de Itaparica: memórias do desterro, memórias da resistência**. 2017. 143 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017.
- DAMATTA, Roberto. **Você tem cultura?** Rio de Janeiro: Jornal da Embratel, 1981.
- DELGADO, Paulo Sergio; TERENA, Naine. Apresentação. In: DELGADO, Paulo Sergio; TERENA, Naine (Org.). **Povos indígenas no Brasil: perspectivas no fortalecimento de lutas e combate ao preconceito por meio do audiovisual**. Curitiba: Brasil Publishing, 2018.
- DOAK, Cecilia Conrath; DOAK, Leonard G.; ROOT, Jane H. **Teaching patients with low literacy skills**. Philadelphia: JB Lippincott, 1996.
- DOLMANS, Diana et al. Solving problems with group work in problem-based learning: hold on to the philosophy. **Medical Education**, v. 35, p. 884-889, 2001.

ECHER, Isabel Cristina. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n.5, p.754-757, 2005.

FALKENBERG, Mirian Benites; SHIMIZU, Helena Eri; BERMUDEZ, Ximena Pamela Díaz. As representações sociais dos trabalhadores sobre o cuidado à saúde da população indígena Mbyá-Guarani. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. 1-9, 2017.

GARNELO, Luiza; BUCHILLET, Dominique. Taxonomias das doenças entre os índios Baniwa (Arawak) e Desana (Tukano oriental) do Alto Rio Negro (Brasil). **Horizontes Antropológicos**, v. 12, n. 26, p. 231-260, 2006.

GASKELL, George; BAUER, Martin W. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.

IBGE. **Censo Demográfico**, 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 12 jan. 2020.

KOPENAWA, Davi; ALBERT, Bruce. **A queda do céu: Palavras de um xamã yanomami**. Trad. Beatriz Perrone-Moisés. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

KRENAK, Ailton. **Ideias para adiar o fim do mundo**. 2.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

KRUEGER, Richard A. **Focus Group: a practical guide for applied research**. Newbury Park: Sage Publications, 1988.

LANGDON, Esther Jean. Saúde e povos indígenas: os desafios na virada do século. In: Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, Venezuela, 5., 1999, Venezuela. **Anais...** Isla de Margarita, 1999.

LANGDON, Esther Jean; DIEHL, Eliana. Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 19-36, 2007.

LORENZO, Cláudio. Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da Política Nacional de Saúde Indígena. **Revista Bioética**, v. 19, n. 2, p. 329-342, 2011.

MARQUESE, Rafael de Bivar. A dinâmica da escravidão no Brasil: resistência, tráfico negreiro e alforrias, séculos XVII a XIX. **Novos estudos CEBRAP**, n. 74, p. 107-123, 2006.

MARTINS, Juliana Cláudia Leal. **O trabalho do enfermeiro na Saúde Indígena: desenvolvendo competências para a atuação no contexto intercultural**. 2017. 174 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

MENDONÇA, Sofia Beatriz Machadode. **Reflexões sobre a relação intercultural no campo da saúde indígena: uma introdução**. São Paulo: UNIFESP, 2013. Texto de Apoio, Disciplina de Antropologia, Curso de Especialização em Saúde Indígena à distância- UAB/UNIFESP.

MILANEZ, Felipe et al. Existência e diferença: o racismo contra os povos indígenas / Existence and difference: racism against indigenous peoples. **Revista Direito e Práxis**, v. 10, n. 3, p. 2161-2181, set. 2019. ISSN 2179-8966. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/article/view/43886>>. Acesso em: 14 dez. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES. **O estado da Bahia**. Domínio Público, 2021. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/mre000031.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2022.

MUNANGA, Kabengele. **Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo e identidade étnica**. Niterói: EDUFF, 2004.

NASCIMENTO, Vagner Ferreira do; HATTORI, Thalise Yuri; TERÇAS-TRETTEL, Ana Cláudia Pereira. Desafios na formação de enfermeiros indígenas em Mato Grosso, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 47-56, 2019.

PEREIRA, Érica Ribeiro et al. A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 1077-1090, 2014.

PERUZZO, Pedro Pulzatto. Direitos humanos, povos indígenas e interculturalidade. **Revista Videre**, v. 8, n. 15, p. 11-25, jan./jun. 2016.

PICOLI RP. Dificuldades de implantação da atenção diferenciada à saúde entre os kaiowá e guarani/ Challenges to the implementation of differentiated health care approaches in kaiowá and guarani indigenous communities in Brazil. **Revista Saúde Pública**, v. 5, n. 1-2, p. 42-9, 2013.

PIRES, Maria Jaidene; NEVES, Rita de Cássia Maria; FIALHO, Vânia. Saberes Tradicionais e Biomedicina: reflexões a partir da experiência dos Xukuru do Ororubá, PE. **Revista Antropológicas**, v. 27, n. 2, p. 240-262, 2016.

PONTES, Ana Lucia de Moura; REGO, Sergio; GARNELO, Luiza. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.18292014>>. Acesso em: 2 nov. 2020.

QUIJANO, Anibal. Colonialidade do poder e classificação social. In: SANTOS, Boaventura de Sousa; MENESES, Maria Paula (Org.). **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez, 2010.

SABADINI, Gabriela Oliveira. **O atendimento em saúde indígena no Distrito Federal: etnografando as relações entre a biomedicina e medicinas indígenas no hospital universitário de Brasília (HUB)**. 2019. 134 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências Sociais) – Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

SALOMÉ, Geraldo Magela et al. Educational handbook for healthcare professionals: preventing complications and treating peristomal skin. **Jornal Coloproctol**, v. 39, n. 4, p. 332-338, 2019.

SANTOS, Jussarada Paixão dos. **A escuta qualificada: instrumento facilitador no acolhimento ao servidor readaptado**. Monografia (Especialização em Gestão de Pessoas) – Programa FGV incompany, São Paulo: 2014. Disponível em: <[https://pt.scribd.com/document/373251596/TCC -Escuta -Qualificada](https://pt.scribd.com/document/373251596/TCC-Escuta-Qualificada)>. Acesso em: 25 jan. 2021.

SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA – **SESAI**. Disponível em: <<https://saudeindigena.saude.gov.br/corona>>. Acesso em: 20 nov. 2020.

SMITH, Linda Tuhiwai. **Descolonizando metodologias: pesquisa e povos indígenas**. Curitiba: Ed. UFPR, 2018.

STERN, Cindy; JORDAN, Zoe; MCARTHUR, Alexa. Developing the review question and inclusion criteria: The first steps in conducting a systematic review. **American Journal of Nursing**, v. 114, n. 4, p. 53-56, 2014.

VIEIRA, Hítalo Thiago Gomes; OLIVEIRA, Jacqueline Eyleen de Lima; NEVES, Rita de Cássia Maria. A relação de intermedicalidade nos Índios Truká, em Cabrobó-Pernambuco. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 2, p. 566-574, 2013.

VON HELD, Almir de Amorim et al. Percepção de saúde na etnia Guarani Mbyá e a atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 923-933, 2011.

WILSON, Annabelle M. et al. Attitudes and characteristics of health professionals working in Aboriginal health. **Rural and remote health**, v. 15, p. 1-14, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário da pesquisa intitulada “**Interculturalidade em Saúde na Atenção à População Negra e Indígena**”, vinculada ao Mestrado Profissional em Saúde da População Negra e Indígena, que será conduzida pela pesquisadora Deysianne Gouveia Gomes, sob responsabilidade da orientadora Profa. Dra Maria da Conceição Costa Rivemales, coordenadora do mestrado profissional e docente do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Peça orientação quantas vezes for necessário para esclarecer todas as suas dúvidas. A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo. A pesquisa cumpre as exigências referentes ao sigilo e aspectos éticos, conforme instituído na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisas envolvendo seres humanos e pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem. O **objetivo geral** é o de compreender como a interculturalidade em saúde é realizada na prática pelos profissionais de Saúde Indígena. Para participar desse estudo, você vai acessar um link e compor um grupo de profissionais de saúde indígena. Esse grupo tem como objetivo a discussão do tema através das opiniões de cada participante quanto aos questionamentos realizados pelas pesquisadoras, que terá como base um roteiro de perguntas, assim como concordar que as respostas sejam gravadas em áudio e vídeo para posterior transcrição e análise. O encontro presencial é importante, porém por medidas de segurança adotadas na contenção da pandemia, a pesquisa poderá ocorrer no formato *online*. Sendo assim, os participantes serão contatados por telefone pela pesquisadora e será ofertada a possibilidade de participação na pesquisa, bem como a possibilidade de recusa e/ou desistência em qualquer etapa do estudo. Mediante aceite de participação, será enviado o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** e o **Termo de autorização** de uso de depoimento através de link por meio eletrônico (plataforma do Google Formulários), que será registrado e salvo, concluindo o aceite do participante. O encontro virtual será agendado, respeitando a disponibilidade do participante e da pesquisadora, e serão retomados os objetivos da pesquisa, bem como esclarecidas dúvidas com relação aos procedimentos e assegurando o sigilo da entrevista. Dessa forma, acredita-se que o uso da tecnologia auxiliará a pesquisa na medida em que visa trazer flexibilidade e diálogo com os participantes, assim como respeito pelas questões éticas e de sigilo. O aplicativo utilizado será o Google Meet. Será enviado um link para o participante que dará acesso à sala virtual em que

ocorrerá a entrevista. A entrevista será gravada em formato de áudio e vídeo para posterior transcrição das informações na íntegra. Esse momento de encontro através dos Grupo Focal será guiado por um roteiro de perguntas direcionadas ao grupo. Você não é obrigado a responder a todas as perguntas e poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ser prejudicado por isso. Não há respostas certas ou erradas, pois o que importa é como você compreende os assuntos abordados. As pesquisadoras responsáveis pelo estudo irão analisar as informações passadas por você através de sua participação nas discussões. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Você tem direito de acesso às suas respostas e, caso queira alterá-las, poderá fazer. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar participar desse estudo. Este documento tem 2 (duas) vias e 1 (uma) delas é sua. A outra ficará com as pesquisadoras responsáveis. Em caso de recusa, você não será penalizado de forma alguma. Com relação aos benefícios proporcionados pela presente pesquisa, identifica-se a oportunidade de opinar e também ouvir opiniões de outros participantes sobre o tema proposto. No que se refere aos benefícios indiretos, a médio e longo prazo, considera-se a possibilidade de os dados obtidos neste estudo proporcionarem conhecimentos científicos e subsídios teóricos e práticos para contribuir em uma melhor preparação dos profissionais para o trabalho intercultural, além de contribuir para tomadas de decisão, através dos gestores, proporcionando uma maior qualidade na atenção à saúde dos povos indígenas, resguardado o sigilo das informações dos participantes. Dentre os riscos, considerados mínimos, identificam-se possíveis constrangimentos ao expor seus sentimentos, percepções e vivências pessoais, a mobilização emocional frente aos conteúdos abordados nas questões da entrevista em profundidade, o tempo despendido durante a coleta de dados, além de cansaço e falta de motivação para participar do estudo. Ressalta-se que, caso seja verificada presença de manifestações de mobilização emocional pelo participante durante o período de coleta de dados, estes serão acolhidos pela entrevistadora. As pesquisadoras garantem que o participante receberá todo acolhimento necessário ao longo de toda a pesquisa. Além dos riscos já mencionados, há a possibilidade do risco de quebra de sigilo, sendo este comum a todas as pesquisas realizadas com seres humanos. Nesse sentido, salienta-se que, como medida de proteção, todos os dados coletados serão analisados em caráter científico, portanto, serão registrados sem menção aos dados de identificação do participante. Todos os documentos relativos à pesquisa serão guardados em local restrito pelo prazo de 5 (cinco) anos, sem dados que possibilitem a identificação dos participantes. Contudo, apesar da consciência da possibilidade de riscos existirem, esta pesquisa buscará trabalhar de forma a evitar a sua

ocorrência, bem como buscará não ferir a singularidade do participante, e sim respeitá-lo em todas as suas dimensões. Se você se sentir prejudicado em algum momento da pesquisa, poderá solicitar o seu desligamento independente da fase em que o estudo se encontrar, de acordo com a legislação vigente, conforme estabelecido pela Resolução CNS 466/12. A devolutiva dos resultados da presente pesquisa ocorrerá por meio de apresentação e discussão aberta ao público *online* a ser realizada na instituição na qual ocorreu a pesquisa, após a conclusão da mesma em data a ser agendada. Vale ressaltar que tanto os seus dados de identificação quanto a sua identidade serão mantidos em sigilo, apenas as pesquisadoras terão acesso. Caso os dados fornecidos necessitem ser utilizados em eventos ou artigo científico, serão adotados códigos de identificação ou nomes fictícios. Você poderá questionar ou solicitar informações sobre a pesquisa quando achar necessário, mesmo depois de realizada a entrevista, por meio do contato das pesquisadoras que constam no final deste documento. Não haverá nenhum custo a você relacionado a este estudo, bem como não haverá remuneração, pagamento ou recompensa pela sua participação, sendo ela totalmente livre. A presente pesquisa está baseada na Resolução CNS466/12, e os pesquisadores declaram expressamente que se comprometem a cumprir essa resolução e demais orientações do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP). O CEP é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Eu concordo em participar desse estudo como sujeito. Fui informado e esclarecido pela pesquisadora sobre o tema e o objetivo da pesquisa, assim como a maneira como ela será feita – incluindo a gravação em áudio e vídeo das minhas respostas e os benefícios e possíveis riscos decorrentes de minha participação. Recebi a garantia de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso me traga qualquer prejuízo. Fui informado também sobre o e-mail das pesquisadoras e terei acesso a uma cópia deste termo assinado pelas pesquisadoras.

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:
“INTERCULTURALIDADE EM SAÚDE NA ATENÇÃO À POPULAÇÃO INDÍGENA”
(COLETA ONLINE)**

Após a leitura do presente termo, caso haja aceite, selecione a opção “Declaro que li e concordo em participar da pesquisa”, localizada abaixo da apresentação do TCLE *online*, acusando que leu e está de acordo com o Tema apresentado. Para ter acesso a uma cópia deste termo, por favor, acesse <<https://forms.gle/TXdyjftVX3xUpUGz5>>. Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador.

Ao clicar nos botões abaixo, o(a) Senhor(a) concorda em participar da pesquisa de acordo com as informações registradas neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e autoriza a captação de imagens e gravação da voz para fins de pesquisa.

- 1) Insira as iniciais de seu nome abaixo (essa informação será usada apenas para identificação de concordância com TCLE, sendo garantidos os direitos ao sigilo e anonimato)
- 2) Insira seu e-mail abaixo caso queira receber o sumário de resultados após a conclusão da pesquisa

Declaro que li e concordo em participar da pesquisa.

Deysianne Gouveia Gomes – Pesquisadora principal do estudo.

Contato:deysiannegomestuxa@gmail.com

Profa. Dra. Maria da Conceição Costa Rivemales – Pesquisadora responsável pelo estudo.

Contato:mariarivemales@hotmail.com

Link do formulário: <https://forms.gle/TXdyjftVX3xUpUGz5>

APÊNDICE C – ROTEIRO PERGUNTAS DISPARADORAS: GRUPO FOCAL

- 1) O que vocês entendem por Interculturalidade em Saúde?
- 2) Fale sobre o seu treinamento para atuação no contexto intercultural indígena.
- 3) O que você sabe sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena?
- 4) Como você poderia relacionar sua rotina de trabalho com as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena?
- 5) Compartilhe como acontece a assistência à saúde/doença nas comunidades que você atua?
- 6) Conte como acontece o tratamento farmacológico na rotina do serviço de saúde nas comunidades que você atende.
- 7) Relate se já existiu alguma dificuldade relacionada à assistência prestada às comunidades assistidas.
- 8) O que poderia ser modificado para melhor contribuir para operacionalização do seu trabalho coma comunidade?
- 9) O que você sabe sobre a medicina tradicional indígena das comunidades em que trabalha?
- 10) Nas comunidades em que você atua existem cuidadores tradicionais?
- 11) Como é a relação com os cuidadores tradicionais das comunidades atendidas? Exemplos.
- 12) Quais são as práticas de cura desenvolvidas na comunidade que você atua?
- 13) Compartilhe alguma experiência com as comunidades atendidas que você julga/julgou ser positiva para o processo do trabalho.

ANEXO

ANEXO 1 – CARTA DE ANUÊNCIA DSEI



Ministério da Saúde
Secretaria Especial de Saúde Indígena
Distrito Sanitário Especial Indígena - Bahia
Divisão de Atenção à Saúde Indígena

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que aceitaremos a pesquisadora **Deysianne Gouveia Gomes**, aluna do Curso de **Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Saúde da População Negra e Indígena** do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia para desenvolver o seu projeto de pesquisa intitulado **Interculturalidade em Saúde na Atenção à População Indígena**, que está sob a coordenação/orientação da Prof^a. Dr^a. Maria da Conceição Costa Rivemales, cujo objetivo é de compreender como a interculturalidade em saúde é realizada na prática pelos profissionais de Saúde Indígena.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados, a pesquisadora deverá apresentar ao Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia – DSEI-BA o parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Salvador, 23 de maio de 2021.



Documento assinado eletronicamente por **Távila Aparecida de Assis Guimarães, Chefe da Divisão de Atenção à Saúde Indígena**, em 25/05/2021, às 15:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adilton Gomes Assunção, Coordenador(a) Distrital de Saúde Indígena**, em 25/05/2021, às 15:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0020707942** e o código CRC **12D3190C**.