

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

Aridiane Alves Ribeiro

**Processo de trabalho e produção do cuidado de enfermagem em uma
instituição de apoio ao indígena**

SÃO CARLOS

2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

Aridiane Alves Ribeiro

**Processo de trabalho e produção do cuidado de enfermagem em uma
instituição de apoio ao indígena**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Cássia Irene Spinelli Arantes

SÃO CARLOS

2012

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

R484pt

Ribeiro, Aridiane Alves.

Processo de trabalho e produção do cuidado de enfermagem em uma instituição de apoio ao indígena / Aridiane Alves Ribeiro. -- São Carlos : UFSCar, 2012. 116 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2012.

1. Cuidados em enfermagem. 2. Processo de trabalho. 3. Saúde indígena. I. Título.

CDD: 610.73 (20ª)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: ARIDIANE ALVES RIBEIRO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 09/01/12
PELA COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof. Dra. Cássia Irene Spinelli Arantes
(Orientadora - DEnf/UFSCar)

Prof. Dr. Cinira Magali Fortuna
(EERP/USP)

Prof. Dr. Geovani Gurgel Aciole da Silva
(DMed/UFSCAR)

Presidente da Coordenação de Pós-Graduação
Prof. Dra. Anamaria Alves Napoleão

à Dulcinéia e à Joverci,
amados, admirados e insubstituíveis

à Luiza,
avó querida e exemplo de vida

à Andréia e Alessandra,
amigas de sangue

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus.

Aos meus pais, Dulcinéia e Joverci Ribeiro, que sofreram pelas escolhas que me distanciou da companhia deles. Sou incomensuravelmente grata pela confiança e apoio incondicional.

À minha avó, cujo olhar terno e confiante sempre me transmite paz.

À Andréia pelos conselhos e paciência e à Alessandra por fazer parte da minha vida. E claro, Victor Willian, Nathália, Izabele Cristina e Junior.

À todos os meus familiares e queridos amigos que compartilharam comigo dos meus momentos de aflição e alegria. Particularmente à tia Sônia e ao tio Fontes, Priscila e Rodrigo pela acolhida nestes anos. E em especial às amigas Roberta e Priscila, pelas “conversas terapêuticas” que foram fundamentais nesta “empreitada” de nossas vidas.

À Cássia Arantes, com quem tive a feliz oportunidade de conviver e aprender. Agradeço imensamente a credibilidade, confiança, a colaboração e os cuidados prestados.

À professora Márcia Ogata pelo “sim” no momento oportuno e crucial.

À equipe de trabalhadores da Casa de Apoio que me acolheram de maneira especial. Aos trabalhadores de enfermagem, cuja convivência me ensinou muito além do que está escrito nas linhas deste trabalho. À Senhora Maria de Almeida que acreditou e apoio o meu trabalho.

À tia Telma que me acolheu durante a pesquisa de campo.

Aos queridos professores de graduação Rogério Vicente e Anecy de Fátima Faustino pela atenção e pelo apoio.

À Nancy, assistente administrativo da Pós-graduação, pela prestatividade e atenção constantes.

À Casa de Apoio que concedeu os espaços necessários para a realização desta pesquisa. À CAPES, pela concessão da Bolsa de Estudos.

Por fim, à todos e todas que participaram desta caminhada e que contribuíram para a concretização de um projeto de vida.

“Pois é, hoje, consigo pensar nisso sem dicotomias, sem muita dificuldade, porque somos, de fato, muitos tipos de sujeitos em nós. Temos muitas almas que nos habitam, que se relacionam e que, em certas situações, ocupam lugares centrais uma em relação a outra. Sinto-me assim em várias circunstâncias.”

Emerson Elias Merhy

RESUMO

Este estudo teve como objetivo principal analisar as concepções de trabalhadores da enfermagem sobre o processo de cuidar em uma instituição de atenção à saúde indígena. Partiu-se do referencial do processo de trabalho e a sua relação com o emprego das tecnologias da saúde na produção do cuidado. Considerou-se também a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, particularmente a atenção diferenciada, que deve permear o processo de trabalho na instituição estudada. O material empírico foi obtido a partir de análise documental, de observação sistemática, orientada pelo Fluxograma Analisador de Merhy e de dez entrevistas com trabalhadores de enfermagem. Realizou-se análise categorial temática dos dados. A análise realizada permitiu identificar um processo de trabalho fragmentado, centrado em procedimentos e engessado pelas normas institucional-burocráticas. No processo de trabalho da enfermagem, há uma divisão clara entre o pensar e o agir, pois o trabalhador responsável pelas atividades do agendamento planeja e o pessoal do posto de enfermagem executa. Os relatos dos trabalhadores evidenciaram uma noção de igualdade entre os seres humanos no processo de cuidar. No entanto, apreendeu-se também, que há, em algumas situações, o estabelecimento de relações assimétricas, mostrando que há uma certa negação do que se afirma. Os indígenas assistidos na Casa de Apoio são percebidos pelos entrevistados como um indivíduo retraído e desconfiado. O processo de cuidar deve ter como base o cultivo de relações de confiança. Para se aproximar do ameríndio, o trabalhador de enfermagem necessita empreender, principalmente as tecnologias leves, empatia e afeto. Todavia, o trabalho vivo em ato, conseqüentemente o uso das tecnologias relacionais, pode ser capturado pela rigidez da estrutura burocrático-organizacional. O agir é engessado e a potência criativa dos trabalhadores parece não ser valorizada. O processo de cuidar apresenta uma particularidade, o acompanhamento, que se refere à atividade dos trabalhadores de enfermagem em acompanhar os indígenas nos serviços de saúde especializados fora da Casa de Apoio. Apesar de a política nacional voltada ao indígena preconizar a atenção diferenciada, o processo de trabalho na instituição de estudo parece não potencializar e nem favorecer um cuidado em que se considerem as particularidades indígenas de auto-cuidado à saúde.

Palavras-chave: Cuidado de enfermagem. Processo de trabalho. Saúde indígena.

ABSTRACT

This study aimed primarily to examine the workers' conceptions about the process of nursing care in an institution of attention to indigenous health care. The starting point was the reference of the work process and its relation to the use of technologies in health care production. It was also considered the National Policy for the Health of Indigenous Peoples, particularly the distincted attention that should permeate the work process at the institution being studied. The empirical material was obtained from document analysis, systematic observations, guided by the flowchart Merhy Analyzer and by ten interviews with the nursing staff. A thematic analysis of categorical data was conducted and it revealed a fragmented labor process, focused on procedures and cast by institutional and bureaucratic rules. In the process of nursing work there is a clear gap from thinking to acting because planning the Schedule is a job for the responsible worker and the nursing station performs it. The worker's reports showed a sense of equality among human beings in the caring process. Therefore, it was also learned that in some situations, there is an establishment of asymmetric relationship showing a certain denial of what is said. The assisted Indians in Support House are perceived by respondents as a retracted and suspicious individual. The care process should be based on a relationship based on trust. To approach the Amerindian, the nursing worker needs to undertake, especially light Technologies, empathy and affection. However, work in live action, hence the use of relational technologies, can be captured by the rigidity of the bureaucratic organizational structure. The act is cast and creative potential of workers is not valued. The caring process presents a special care, the monitoring, which is the activity of nursing staff to accompany the Indians to specialized health services outside the home support. Although the National Policy advocates a distincted attention, the work process in the institution being studied, seemed not to potentiate nor favors a care where it is considered the indigenous peculiarities of self-health care.

Key-words: Nursing care; Work process; Indigenous health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Mapa da distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil.....	35
FIGURA 2 – Mapa da organização assistência nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas	36
FIGURA 3 – Mapa do Distrito Sanitário Especial Indígena Mato Grosso do Sul	41
FIGURA 4 – Organograma do processo de trabalho da Casa de Apoio à Saúde indígena.....	61

LISTA DE TABELA

Quadro 1 - Categorias de análises das entrevistas com trabalhadores de enfermagem da Casa de Apoio Saúde Indígena, Distrito Sanitário Especial Indígena Mato Grosso do Sul, 2011.	67
---	----

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

BDEFN	Base de dados de enfermagem
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CASAI	Casa de Apoio à Saúde do Índio
CONDISI	Conselho Distrital de Saúde Indígena
COSAI	Coordenação de Saúde Indígena
CLT	Consolidado das Leis do Trabalho
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional da Saúde
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
Medline	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
PNASI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
Sisreg	Sistema Nacional de Regulação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UC	Unidade de contexto
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
UR	Unidade de registro
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL	21
2.1 O processo de trabalho e a produção em saúde.....	22
2.2 Processo de cuidar em Enfermagem e o uso das tecnologias em saúde	27
2.3 A atenção à saúde indígena	33
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	38
3.1 Levantamento bibliográfico	39
3.2 Desenho do estudo.....	39
3.3 Cenário da pesquisa: Apresentação do Distrito Sanitário Especial Indígena.....	40
3.4 Sujeitos da pesquisa.....	42
3.5 Etapas do trabalho de campo	42
3.6 Análise dos Resultados.....	47
3.7 Procedimentos ético-legais	49
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	50
4.1 A Casa de Apoio à Saúde Indígena	51
4.1.1 Caracterização dos Trabalhadores de Enfermagem que atuam na Casa de Apoio à Saúde Indígena	52
4.1.2 Elementos constitutivos do processo de trabalho	54
4.2 Descrição do Fluxograma analisador do processo de trabalho usuário-centrado	

da Casa de Apoio à Saúde Indígena.	57
4.3 Concepções dos trabalhadores de enfermagem.....	67
4.3.1 O olhar dos trabalhadores sobre o indígena cuidado	67
4.3.1.1 A atitude retraída do indígena	67
4.3.1.2 O ser humano indígena.....	71
4.3.2 A construção dos atos cuidadores	74
4.3.2.1 As relações interseçoras do processo de cuidar	75
4.3.2.2. A ação de acompanhar como componente do processo de cuidar	81
4.3.3 O processo de trabalho e a dureza da sua normatização	84
4.3.3.1 Agendamento: elemento regente do processo de trabalho da enfermagem na CASAI	85
4.3.3.2 O registro de enfermagem como atividade burocrática	88
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS	98
APÊNDICES.....	112

Apresentação

APRESENTAÇÃO

“... eu pensava romper com os hábitos intelectuais que tinham sido os meus até agora, através do contato com homens de outra cultura e raça que não as minhas, e com as muralhas que me sufocavam, expandindo meu horizonte para uma medida verdadeiramente humana.”
(Michel Leiris, 1934)

Conhecer as diferenças culturais entre os diversos povos sempre me fascinou. Faço menção à frase do antropólogo Michael Leiris para iniciar esta apresentação, pois quando a li, identifiquei-me imediatamente com a ideia nela contida.

O contato com as outras pessoas também sempre me interessou, o que me levou a escolher a graduação em Enfermagem. Quando iniciei o curso na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS, percebi que a interação que o trabalhador de enfermagem pode estabelecer com as pessoas, vai além do âmbito individual, passa pela família, chega até a assistência à saúde da comunidade. Ainda que esse grande foco da enfermagem me atraísse, a percepção que fui adquirindo sobre a singularidade de cada indivíduo me instigou demasiadamente.

Durante a graduação, já no terceiro semestre, na disciplina Psicologia aplicada à Saúde, a professora nos levou a refletir sobre a atenção à saúde em diferentes contextos culturais, um deles a saúde indígena. Essa questão me suscitou muito interesse. Em meio a estes acontecimentos, conheci na Pastoral da Juventude um amigo proveniente de uma nação indígena da Amazônia. Em nossas conversas, ele comentou bastante sobre sua vida na aldeia e a respeito das dificuldades, especialmente aquelas relacionadas ao acesso aos serviços de saúde e educação. Falou também sobre as práticas de cuidado próprias da aldeia.

A partir deste cenário, alguns questionamentos surgiram. Despertou-me interesse em saber como os indígenas cuidam de sua saúde; como é para o profissional de enfermagem cuidar destes indivíduos com tantas diferenças culturais. Estas inquietações me acompanharam desde então, um pouco latentes, mas desejantes de respostas.

No final do quinto semestre, tive a oportunidade de conhecer um professor de linguística da UFMS, que trabalhava com indígenas. Ele foi uma pessoa que trouxe muito esclarecimento sobre o tema. Convidou-me para conhecer uma aldeia em uma cidade próxima de onde morava. No momento em que cheguei ao local e visualizei o cenário, um turbilhão de pensamentos veio à minha mente. No entanto, o sentimento mais forte foi o de estranhamento. Durante a conversa entre o professor e o cacique, eu observava tudo, e a

possibilidade de apreender a realidade daquela situação, sobretudo das diferenças, fez-me pensar muito a respeito da experiência daquele dia.

Os meus questionamentos em como ocorre o cuidar em um contexto com tantas diferenças culturais se tornaram mais fortes. As experiências que vivenciei em campo de estágio, inclusive extracurriculares, não foram capazes de suprir essa necessidade de entender um pouco mais a respeito dos diferentes universos que são cada ser humano. Eu senti que precisava ter o contato com outras pessoas, com práticas incomuns para a minha realidade. Foi então que entendi que os “hábitos intelectuais” – os conhecimentos – que eu possuía até então não me possibilitavam compreender e responder às minhas inquietações.

A partir disso, já no quarto ano, compartilhei minha ideia com uma colega de curso, a qual concordou em tentarmos desenvolver, com o apoio do professor, um projeto sobre saneamento e doenças parasitárias na aldeia. Entretanto, como estávamos no último ano não houve tempo hábil para concretizarmos nossa proposta.

Durante a elaboração deste projeto de pesquisa, realizei levantamento bibliográfico, por intermédio do qual foi possível encontrar muitos estudos relacionados à temática atenção à saúde indígena. Dentre eles, muitos tinham como autores antropólogos, vários foram desenvolvidos por médicos e pouquíssimos contavam com o enfermeiro como autor. A leitura dos trabalhos não forneceu respostas aos questionamentos de como se institui o cuidado da enfermagem junto ao indígena.

Na tentativa de responder a tais inquietudes, enxerguei na pós-graduação a oportunidade de obtenção de minhas respostas. Com tal perspectiva, o projeto de mestrado foi construído e durante esta trajetória o trabalho da enfermagem foi selecionado como objeto de aprofundamento teórico. Dadas as exigências éticas presentes em se realizar pesquisa com populações indígenas, optei em realizar uma investigação na Casa de Apoio à Saúde Indígena no com o intuito de analisar/verificar as concepções dos profissionais de enfermagem sobre o trabalho e cuidado no contexto indígena.

Assim pude presenciar atos de cuidar, que ocorrem em um espaço de interação entre homens e mulheres de outras culturas. E os passos desta pesquisa/experiência são apresentados nesta dissertação. O presente estudo está organizado em cinco partes, sendo que a primeira delas se constitui na introdução ao tema da pesquisa, na qual é feita uma breve inserção no universo da pesquisa e expostos os pontos relevantes que servem de justificativa para a investigação. Além disso, aí são também elencadas questões e reflexões que nortearam a construção dos objetivos gerais e específicos.

Na segunda parte, são apresentados elementos correspondentes ao levantamento bibliográfico que constituem o referencial teórico. São feitas considerações

sobre o trabalho e a determinação histórica do capitalismo no processo de trabalho, e suas implicações no trabalho em saúde. São situados alguns conceitos utilizados, com detalhamento da micropolítica do processo de trabalho em saúde e os elementos envolvidos no processo de cuidado, especificamente de enfermagem. Ao final, a organização da atenção à saúde indígena é descrita.

Na segunda parte, são apresentados elementos correspondentes ao levantamento bibliográfico que constituem o referencial teórico. São feitas considerações sobre o trabalho e a determinação histórica do capitalismo no processo de trabalho, e suas implicações no trabalho em saúde. São situados alguns conceitos utilizados, com detalhamento da micropolítica do processo de trabalho em saúde e os elementos envolvidos no processo de cuidado, especificamente de enfermagem. Ao final, a organização da atenção à saúde indígena é descrita.

O terceiro capítulo diz respeito à descrição do percurso metodológico seguido nesta pesquisa, com delineamento do desenho e cenário do estudo, sujeitos envolvidos, etapas de trabalho de campo (aproximação do campo de estudo, abordagem dos sujeitos, observação sistemática, análise documental e entrevistas) e apresentação da análise dos resultados.

No quarto capítulo, são introduzidos os resultados. Em princípio, é feita a caracterização dos trabalhadores de enfermagem. Em seguida, é descrito o fluxograma analisador do processo de trabalho, e, ao final, são apresentadas e analisadas as concepções sobre os processos de trabalho e cuidado dos trabalhadores de enfermagem.

O último capítulo aborda algumas considerações e reflexões sobre as indagações que a pesquisa conseguiu estabelecer em relação ao objeto de estudo.

1 - Introdução

1 INTRODUÇÃO

O processo saúde-doença-cuidado é condicionado, além dos fatores biológicos, por determinantes históricos, sociais, econômicos e culturais, e, no contexto indígena, estes aspectos são ainda mais marcantes e evidentes. Durante a assistência à saúde dessa população, os trabalhadores de saúde se deparam constantemente com perspectivas distintas relacionadas ao modelo biomédico clássico predominante nas sociedades ocidentais a respeito das práticas de cuidado no processo de adoecimento.

Os índios brasileiros possuem um rol diversificado de etnias, cujos costumes e valores peculiares colocam a população indígena em perspectivas diversas às do não indígena, principalmente em relação aos vários processos da vida cotidiana, em particular aqueles concernentes ao cuidado à saúde.

A saúde não é meramente condicionada por fatores patológicos, mas por uma interação de elementos relacionados à alimentação, educação, trabalho, acesso aos serviços de saúde, qualidade de vida, dentre outros (BARCELLOS et al., 2002; BRASIL, 1987; MINAYO et al., 2000)(observar a ordem alfabética para apresentar as referências). Este conceito tem sido continuamente conectado a contextos culturais específicos (MOTA, 2003). No caso da sociedade indígena, para realizar uma adequada assistência, é importante considerar e respeitar a medicina tradicional indígena no cuidado (FRANCO, 2004; YAMAMOTO, 2004).

No que tange ao cuidado em saúde, na sociedade indígena, os mesmos estabeleceram seu próprio sistema, o qual é baseado em diversas práticas e rituais ligados diretamente à natureza e à religião (NÖTZOLD, 2004). Além disso, as concepções de doença e as práticas terapêuticas, para os índios, adquirem especial relevância na resolução de seus problemas de saúde (GARNELO; WRIGHT, 2001).

O modelo assistencial para a saúde indígena deve ser uma construção coletiva de atos produtivos de saúde que agreguem os conhecimentos e práticas intersetoriais – clínica, epidemiologia, antropologia, dentre outros – com os saberes indígenas (FRANCO, 2004).

A atividade produtiva em saúde é um trabalho vivo em ato e ocorre em relações interseçoras, ou seja, naquelas interações que equivalem aos espaços de interseções entre as subjetividades, as intencionalidades, as necessidades e os desejos dos atores envolvidos – trabalhadores de saúde e usuários (MERHY, 2007b). Este agir em saúde pode ser expresso, em um recorte específico, pelo cuidado prestado pela Enfermagem.

O cuidar em saúde, que também é realizado pela Enfermagem, pode ser apreendido como um processo, cuja finalidade é promoção, manutenção e ou recuperação

da saúde, dignidade e totalidade humana. O processo de cuidado implica em uma atitude de respeito ao modo de viver de cada indivíduo, considerando suas crenças, seus valores, seus costumes, sua cultura. Neste sentido, o cuidar envolve e desenvolve práticas, atitudes e comportamentos fundamentados no conhecimento científico, técnico, pessoal, cultural, social, econômico, político e psico-espiritual (BALDUINO; MANTOVANI; LACERDA, 2009).

O processo de cuidar prestado pelo trabalhador de enfermagem, que é permeado por práticas da medicina ocidental¹, é realizado junto aos indivíduos, que podem provir de diversas origens econômicas, raças e etnias. Dentre estes sujeitos, situam-se os indígenas, que, embora possuam práticas próprias de cuidado, recorrem também à biomedicina.

O cuidar em qualquer contexto cultural vai além de um ato, é uma atitude que representa preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 1999). É importante para o trabalhador em saúde reconhecer a diversidade cultural do cliente, a saúde-doença como processo sócio-cultural e as experiências dos sujeitos envolvidos (BOEHS et al., 2007). Tais elementos são relevantes no processo de cuidar do indígena. Para que o cuidado seja compartilhado com o outro é importante que o trabalhador que presta o cuidado considere o modo de vida de quem é cuidado.

A peculiaridade do encontro intercultural inerente ao cuidado de enfermagem prestado ao indígena o torna relevante objeto de aprofundamento teórico. No entanto, em levantamento bibliográfico realizado, foram encontrados poucos estudos que se referem ao cuidar de enfermagem junto ao indígena. Este dado se torna mais relevante se analisarmos a trajetória histórica de 20 anos da instituição da base legal à atenção à saúde indígena no Brasil, uma vez que remonta à década de 90. Além disso, seu percurso histórico está inserido e ocorreu paralelamente à constituição do Sistema Único de Saúde - SUS.

Novo (2008) corrobora que, de modo geral, os profissionais de saúde que atuam em áreas indígenas são despreparados para perceber a necessidade de uma atuação específica junto a essa população, não mantendo uma postura aberta para entender e aceitar as estratégias terapêuticas utilizadas pelos indígenas, bem como suas interpretações a respeito do processo de adoecimento e de cura. Neste panorama, incluem-se os profissionais de enfermagem, pois, para que a promoção e a atenção à saúde da população indígena sejam efetivas e adequadas, é de fundamental importância que estas práticas se integrem aos costumes e às necessidades desses povos minoritários.

Assim, a análise de aspectos referentes à situação da enfermagem na atenção à saúde indígena necessita ser aprofundada com o escopo de contribuir com

¹ Nesta dissertação, os termos “medicina ocidental” e biomedicina são utilizados como sinônimos e se referem às práticas técnico-sanitárias desenvolvidas no modelo de atenção à saúde médico-centrado.

condições mais dignas de trabalho aos profissionais (LOPES NETO; LOUZADA, 2009), bem como propiciar informações relevantes a respeito do processo de cuidar em enfermagem, em um contexto com tantas peculiaridades.

A produção de conhecimento sobre o processo de cuidar do indígena pela enfermagem poderá subsidiar a elaboração de programas de saúde voltados a essa população, bem como o desenvolvimento de capacitações de profissionais de saúde e, desta forma, contribuir com a melhoria da qualidade das ações de saúde e de enfermagem prestadas aos indígenas. Desse modo, é importante apreender como o cuidado à saúde do índio é praticado na perspectiva dos trabalhadores da saúde, particularmente dos profissionais de enfermagem.

Diante do exposto, formulou-se a indagação principal deste estudo: o que os trabalhadores de enfermagem pensam sobre o seu viver e o seu agir no processo de cuidar do indígena? De maneira mais específica, também foram elaboradas as seguintes questões: como se caracteriza o processo de trabalho em um espaço que presta assistência à saúde indígena? Quais as concepções dos trabalhadores sobre a produção do cuidado ao indígena? Existem peculiaridades no processo de cuidar dessas pessoas? Quais os sentimentos e expectativas desses trabalhadores com relação à produção do cuidado de enfermagem ao indígena?

No intuito de obter respostas para tais questionamentos, o foco deste estudo incide sobre o olhar da equipe de enfermagem sobre o processo de trabalho e de cuidar do indígena. O cuidado de enfermagem prestado ao indígena inserido no processo de trabalho de uma instituição de atenção à saúde do índio será colocado em evidência de modo a possibilitar o estudo de suas especificidades sob a perspectiva de quem o exerce. Para tanto, foram formulados os seguintes objetivos:

- **Geral**

Analisar o processo de trabalho e a produção do cuidado de enfermagem em uma instituição de atenção à saúde indígena.

- **Específicos**

- ✓ caracterizar o processo de trabalho em saúde, focalizando o trabalho da enfermagem na instituição de estudo;
- ✓ identificar o perfil dos trabalhadores da enfermagem;
- ✓ descrever suas concepções sobre a população atendida e sobre o processo de cuidar do indígena;
- ✓ identificar as tecnologias envolvidas no processo de cuidar do indígena na perspectiva dos trabalhadores da enfermagem.

2 - Referencial

Teórico-conceitual

2 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

2.1 O processo de trabalho e a produção em saúde

A célebre frase “o trabalho dignifica o homem”, de Max Weber (2004), nos remete à importância do trabalho na vida do ser humano. No entanto, demonstra somente a face enobrecedora do trabalho na humanidade, quando, em muitas situações, o trabalho, ao invés de libertar, aliena; ao contrário de proporcionar dignidade, favorece humilhações.

É preciso salientar, entretanto, que é por intermédio do trabalho que o ser humano cria, adapta e recria conscientemente a sua existência na natureza, diferentemente de outros animais, cujas atividades são irracionais e programadas (FRIGOTTO, 2008). Ao modificar a natureza externa, o homem altera sua própria natureza (MARX, 2005).

O trabalho, cuja importância é inegável, é estabelecido por elementos basilares, sendo eles: a atividade (o próprio trabalho) elaborada com uma intencionalidade, a matéria-prima que recebe o ato transformador do trabalhador, os instrumentos/saberes necessários ao trabalho e o próprio trabalhador (MARX, 2005).

Para entender como o trabalho ocorre, é possível valer-se do conceito de processo de trabalho, o qual é definido como a transformação de um objeto em um produto, respectivamente, da modificação da matéria bruta em matéria-prima. (FERRETI, 1997). Não obstante, o domínio elementar do trabalho reside na produção de elementos necessários à sobrevivência humana em todos os seus âmbitos – biológico, social, econômico, cultural, lúdico e assim por diante (FRIGOTTO, 2008).

O processo de trabalho é histórico e específico; desse modo, cada sociedade constituiu historicamente uma forma de produção, o modo de produção (FERRETI, 1997). Atualmente, o modo de produção operante em muitos países, inclusive no Brasil, é o capitalismo.

A mercadoria, que é a expressão da “existência molecular do capital”, é um bem/produto, valorizado sob, praticamente, dois aspectos (MARX, 1982). Quando é produzida com o propósito de satisfazer/suprir alguma necessidade, possui um valor de uso; já quando o produto é utilizado para viabilizar o intercâmbio/troca por dinheiro ou por outro bem/produto, passa a ter um valor de troca, expresso, frequentemente sob o aspecto de seu preço (MARX, 1982).

O processo de trabalho onde e pelo qual se produz o bem/produto necessita de objetos de trabalho e meios de trabalho (FERRETI, 1997), bem como de uma força humana presente no modo de como organizar os outros componentes do processo. Valendo-se desses pressupostos e na linha de pensamento de Merhy (2007a), para entender o trabalho humano, pode-se analisar o trabalho de uma costureira.

À sua disposição, como objetos de trabalho, estão as várias qualidades de tecidos, as diferentes cores e espessuras de linha, os diversos formatos de botões, os variados zíperes, os diversos aviamentos decorativos (fita, renda, arcos). Como meios de trabalho, ela necessita de agulhas, alfinetes, tesoura, giz/lápis, fita métrica e máquinas de costura para coser o vestuário. A maneira como costura, qual técnica utiliza, o bordado ou crochê, por exemplo, o tecido mais apropriado, a escolha do botão mais harmonioso com a peça, o uso da linha mais adequada, qual máquina e marca utiliza, as habilidades de cortar e de unir os tecidos apropriadamente constituem o modo de organização de seu trabalho.

Dessa forma, há um conhecimento sobre o modo de fazer, de costurar, que rege a organização do processo de trabalho da costureira. A qualificação/sabedoria dessa trabalhadora constitui um saber tecnológico e a maneira como elabora seu trabalho de acordo com necessidades, tais como o uso de um tecido mais grosso para um traje que proteja do frio ou a escolha de um pano confortável e descontraído para uma roupa infantil, institui uma ação tecnológica (MERHY, 2007a).

A costureira precisou, com o escopo de satisfazer as necessidades dos consumidores do seu trabalho, aperfeiçoar constantemente seu modo de costurar. Seu saber tecnológico necessitou, com o decorrer do tempo, ser melhorado, ela precisou aprender a costurar com máquinas de costura de diferentes formas e com maneiras específicas de coser a roupa. Mas não foi o suficiente; o avançar tecnológico das máquinas e de sua introdução maciça no mundo do trabalho ocasionou a perda do espaço no mercado de trabalho das costureiras para as grandes indústrias têxteis, onde o trabalhador, a costureira, passou a ser chamado genericamente de operário.

Todavia, seja no processo de trabalho estabelecido nas grandes indústrias ou em seu próprio ateliê, a costureira, respectivamente operária e artesã, utiliza um saber tecnológico para organizar os objetos e instrumentos de seu trabalho. Mesmo que este conhecimento seja peculiar no primeiro caso, que é um saber específico e compartimentalizado relacionado ao modo de fazer o produto final, e no segundo, é preciso um conhecimento de como fazer o todo.

O trabalhador utiliza o seu saber tecnológico de maneira intencional ao organizar seus objetos e instrumentos de trabalho e ao lançar mão de seu conhecimento no ato da produção dos bens/produtos finais. Estas ações no processo de trabalho constituem o trabalho vivo (MARX, 2005).

O trabalho morto corresponde à matéria-prima e às ferramentas de trabalho utilizadas no processo de trabalho. Esses elementos são frutos de trabalhos feitos anteriormente - a primeira, mesmo que esteja pronta na natureza, necessita do trabalho humano para coletá-la. (MERHY, 2007a).

Voltando ao exemplo da costureira, em seu processo de trabalho ela utiliza objetos constituídos em outros processos produtivos, tais quais as linhas, os tecidos os zíperes, as agulhas, alfinetes, tesouras, máquinas de costura. E esses elementos correspondem ao trabalho morto do processo de trabalho desta trabalhadora. O trabalho anterior – trabalho morto – referente à produção dessas ferramentas e matérias-primas influencia e está presente na produção de roupas, mas não ativamente no ato (MERHY, 2007a).

O uso do seu saber tecnológico, manifestado pela escolha adequada de qual matéria-prima (tecido, aviamentos decorativos, linhas, entre outros) utilizar, pela habilidade de cortar corretamente o tecido, isto é, como coser uma roupa de acordo com a necessidade de seu cliente, diz respeito ao trabalho vivo.

Esse saber é complexo e inclui também o modo de arranjar temporalmente esses conhecimentos em atividades do processo de produzir, ou seja, qual elemento é utilizado primeiro, qual o passo seguinte, quanto tempo cada etapa demora e o que deve ser feito antes, e assim por diante (MERHY, 2007b).

O homem é “trabalho vivo em potência” (MERHY, 2007b, p.82), uma vez que a própria organização de como agir e quais meios de trabalho utilizar são decisões inerentes ao trabalhador. Esta autonomia se refere também ao comando de sua atividade produtiva e criativa em fazer uso no seu trabalho vivo instituinte do que está dado, o trabalho morto. Todavia, o autogoverno do trabalhador pode estar ameaçado pela subsunção do trabalho vivo às ações do trabalho morto (MERHY, 1999).

O trabalhador assalariado é explorado pelo capital, situação que caracteriza uma determinada relação social, na qual trabalho vivo e trabalho morto estão imbricados. O primeiro atua como meio para o segundo, a fim de manter e aumentar o valor desse último (CASTRO, 2008). A lógica do trabalho morto que capturará o trabalho vivo é muito mais marcante nos processos de trabalho das grandes indústrias. Merhy (2007b) desenvolveu um quadro explicativo sobre a captura do trabalho vivo na linha de produção de um carro.

Na linha de pensamento do autor, vamos discorrer sobre essa lógica “capturante” em uma grande fábrica têxtil, onde é possível visualizar o trabalho morto na captura do trabalho vivo, que constitui um dos pressupostos da lógica capitalística, sob cujo ponto de vista, é preciso “domesticar” o autogoverno da parcela produtora e pensante que trabalha a fim de otimizar o tempo e produzir mais mercadorias.

Na otimização do tempo é preciso uma organização da linha de produção. Nesse sentido, o taylorismo¹ propôs “ a conformação de uma certa tecnologia para operar

¹ Debate sobre o taylorismo em CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. São Paulo: MacGraw-Hill, 1990.

estes contextos organizacionais” (MERHY, 2007b, p.94). E as grandes indústrias utilizam em sua cadeia de produção o taylorismo, em que o operário exerce uma atividade especializada (atua somente sobre uma parte do todo) e repetidas vezes.

Esse modo organizacional foi viabilizado pelo trabalho morto, ou, como Marx (2005) denomina, o trabalho passado, que corresponde às máquinas. O trabalho morto (máquina, por exemplo) pode estruturar e cristalizar (engessar) o trabalho vivo. Nesta perspectiva, vale destacar:

Tanto o papel capturante de subjetividades que desempenham, por exemplo, as ideologias ‘domesticadoras’ sobre os trabalhadores, quanto as conformações subjetivantes que a própria dinâmica do trabalho impõe ao modelar o corpo como ‘ferramenta de trabalho’ seus espaços, tempos, e mesmo modos de sentir (MERHY, 2007b, p. 96).

O processo de trabalho é delineado na arena de forças capturantes. O fazer em saúde tem suas distinções e peculiaridades, porém, por ocorrer em uma esfera de trabalho, também pode ser condicionado pela lógica do modo de produção capitalista. E este agir em saúde pode ser desempenhado, dentre outros, pelo trabalho da Enfermagem.

Mendes Gonçalves (1994) desenvolveu um esquema argumentativo no qual justifica a aceção da profissão médica como um trabalho. Tal explicação pode ser ampliada e envolver a prática do cuidado em saúde, que histórica e socialmente reproduz os fenômenos do mundo de trabalho capitalista, dentre eles a divisão da assistência à saúde em áreas de atuação profissional (médica, enfermagem, fisioterapia, entre outras).

Desse modo, balizadas nas ideias do autor, acreditamos que a prática do cuidado em saúde é um trabalho porque possui um objeto, que pode ser o homem em todos os seus âmbitos, físico, social, econômico, lúdico, entre outros, e o cuidado exercido à coletividade. Pode-se resumir esse objeto de intervenção nas necessidades de saúde do homem e sua coletividade.

É trabalho uma vez que as ações em saúde agem sobre seu objeto com uma intencionalidade que é a cura da doença ou melhora do estado de saúde do indivíduo cuidado, e dessa forma “busca alterar um estado de coisas estabelecido” (MENDES GONÇALVES, 1994, p. 57). Isto é, o objeto contém o produto proveniente desse processo produtivo. Ele, o objeto, não é uma coisa existente independentemente, pelo contrário, “é recortado por um ‘olhar’ que contém um projeto de transformação, com uma finalidade” (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008).

Para isto, o trabalho em saúde vale-se de saberes científicos estruturados e de ferramentas constituídos historicamente pelos sujeitos. Ambos são pertinentes à intencionalidade/especificidade do ato de saúde de cada trabalhador da grande área da atenção à saúde, tais como, o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o médico, e o psicólogo. Estes agentes, os trabalhadores em saúde, são também instrumentos de

trabalho, haja vista que trazem ativamente para dentro do processo de trabalho o projeto planejado e a sua intencionalidade para intervir no campo das possibilidades das necessidades em saúde do indivíduo ou coletivo (PEDUZZI, 1998).

A prática do cuidado em saúde possui um valor de uso inestimável para o indivíduo cuidado. O consumo dessa prática fornece, ou pelo menos deveria, ao usuário do serviço de saúde uma melhora no seu bem-estar e a preservação da autonomia (MERHY et al., 2007; CAMPOS; 1992) e do seu “modo de andar a vida” (MENDES GONÇALVES, 1994, p. 59).

O fazer em saúde se materializa em um microespaço de trabalho implicado em uma micropolítica específica (FRANCO, 2003), e é centrado no trabalho vivo em ato (MERHY; FRANCO, 2008). “O ato de produção no trabalho em saúde se dá no imediato ato de consumir, e o trabalho vivo em ato se realiza imediatamente com a produção” (MERHY, 2007b, p. 110).

A micropolítica do processo de trabalho em saúde comporta diversas forças que nem sempre atuam nas mesmas direções. Haja vista a presença de um conjunto de elementos coercitivos capitalistas no microespaço de cada processo produtivo em saúde, a lógica do trabalho vivo em ato também pode ser capturada pelo trabalho morto instituído (MENDES GONÇALVES, 1994). Paralelamente, neste mesmo espaço, existem as aspirações da estrutura organizacional, além da existência de vários processos ‘desejantes’ dos agentes em ação (MERHY, 1999).

Os processos desejantes interferem diretamente na micropolítica do trabalho, pois o trabalho vivo em ato possibilita aos trabalhadores, principalmente por meio do autogoverno, a captura/delimitação interessada e política do universo de seu objeto, ao invés daquilo que está articulado ao trabalho vivo antecedente e que neste momento é trabalho morto. Isto é, o trabalho vivo possibilita o despontar de tecnologias que viabilizam métodos de fuga do aprisionamento do processo de trabalho em saúde pelas regras e conjecturas instituídas e estruturadas (MERHY et al., 2007).

É válido salientar que o trabalho em saúde, devido ao seu objeto não ser estruturado, não pode ser plenamente englobado pela lógica do trabalho morto e se delinea por meio predominantemente de intervenções em ato e relacionais, o que favorece um grau de liberdade por parte dos trabalhadores (MERHY, 2007a).

Neste contexto, surgem novas possibilidades de ações emancipatórias e de valorização das singularidades e subjetividades (MERHY, 2007b). A viabilização de tais possibilidades está diretamente ligada ao uso das tecnologias dos processos produtivos em saúde, inclusive no âmbito da enfermagem.

2.2 Processos de cuidar em Enfermagem e o uso das tecnologias em saúde

No processo de trabalho em saúde há um agir, que conforma os atos em saúde. Esses, por sua vez, possuem uma dimensão cuidadora, já que, normalmente, visam à cura e à saúde do indivíduo e/ou da coletividade. A dimensão cuidadora do agir em saúde ocorre em uma sucessão de procedimentos/comportamentos governados por vínculos e saberes em um espaço relacional entre trabalhador em ato e o usuário. A tal fazer em saúde denomina-se processo de cuidar.

O processo de cuidar ou atos de cuidar se dão no encontro interseçor e de intersubjetividades entre o profissional de saúde e o usuário onde há a produção de saúde. Vamos pensar, agora, como as práticas técnicas cuidadoras são produzidas no interior da micropolítica do processo de trabalho, com ênfase na atuação da enfermagem.

Os atos de cuidar são a alma dos serviços de saúde, pois buscam preservar ao máximo o jeito de andar na vida do usuário e/ou do coletivo cuidado (MERHY, 2007a). No entanto, nem todas as atividades produtivas em saúde são atos cuidadores comprometidos com a cura e promoção da vida (MERHY, 2007a).

Este impasse se encontra na “gestão dos processos produtivos em saúde” (MERHY, 2007a, p. 119), nos quais, como nos casos dos modelos de atenção médico-centrado, os atos em saúde são produzidos e geridos parceladamente em área específicas de atuação profissional. Ou ainda nos casos em que o cuidado é encarado como uma execução de procedimento.

Merhy (2007a), valendo-se da ferramenta conceitual triângulo de governo desenvolvida por Matus², a aplicou na reflexão sobre os processos produtivos em saúde. Nesses, o ator em governo é um ator coletivo, e tal sujeito pode ser o trabalhador ou o usuário agindo tanto no gerenciamento institucional quanto na gestão do cuidado no espaço interseçor. Dados os objetivos do presente trabalho, voltaremos a discussão para o sítio relacional onde ocorre a produção do cuidado.

O ator em governo possui sobre seu projeto, suas intencionalidades, uma governabilidade restrita/ compartilhada, pois neste espaço existem concomitantemente projetos/vontades de outros atores. Neste sentido, o ator que governa necessita de saberes e recursos para desenvolver sua capacidade de governar. “Quando um ator joga bem no cenário, pode ganhar governabilidade, e com isso melhorar sua posição na implementação de seu projeto” (MERHY, 2007a, p. 155).

² Sobre o quadro teórico de Matus, ver em: MATUS, C. **Política, planificação e governo**. Brasília: IPEA, 1996

A dimensão cuidadora, que é própria, mas nem sempre a essência, de qualquer prática de saúde tem o escopo de produzir principalmente: relações interseçoras que valorizem a intersubjetividade e o universo das necessidades do indivíduo cuidado; ações pautadas em falas e escutas; relações de acolhimento e vínculo; atos éticos; e articulação de saberes (MERHY, 1997).

Saberes estruturados de cada competência e os equipamentos cada vez mais engenhosos estão associados aos núcleos de competência específica e podem condicionar a configuração dos atos de saúde como meros procedimentos, com vínculos tidos por exame e consultas, por exemplo. Neste contexto, a realização da dimensão cuidadora fica centrada nas lógicas corporativas. A produção em saúde não é usuário-centrada, mas procedimento-centrada (MERHY; FRANCO, 2008).

É no cotidiano das tensões entre a dimensão cuidadora e os núcleos profissionais específicos que se desenvolve o processo de cuidar em enfermagem. O mesmo também é permeado por disputas entre a dureza e a materialidade dos saberes técnicos, assim como pela leveza e empatia da intervenção interseçora.

No cenário em que se engendra a micropolítica do processo de trabalho em saúde, inclusive do trabalho da enfermagem, é preciso que a governabilidade dos atores envolvidos seja empregada para que o trabalho vivo em ato não seja capturado (MERHY, 2007b). A governabilidade também está diretamente relacionada ao emprego das tecnologias utilizadas na atenção à saúde.

O termo tecnologia não é reduzido à denotação do conjunto de “instrumentos materiais do trabalho” (MENDES GONÇALVES, 1994, p. 15). Refere-se:

Aos nexos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho entre a atividade operante e os objetos de trabalho através daqueles instrumentos. Refere-se às configurações reciprocamente assumidas ou assumíveis pelo conjunto daqueles três momentos do processo de trabalho, dados os objetivos, as finalidades do mesmo (MENDES GONÇALVES, 1994, p. 18).

A tecnologia na acepção ampliada ocorre no interior do processo de trabalho, e abrange saberes e instrumentos, bem como a articulação desses elementos por intermédio de processos técnicos e vinculações socialmente constituídas entre seus agentes e a dinâmica da reprodução social (MENDES GONÇALVES (grafia ?), 1994).

Estabeleceu-se, assim, a tecnologia do processo de trabalho, que possui concomitantemente um significado técnico e um sentido social. Esse último é configurado pelo saber utilizado e as suas implicações materiais e não materiais no desenvolver do trabalho (MENDES GONÇALVES(?), 1994).

Referente ao trabalho em saúde, Merhy (2007b) aponta a existência das tecnologias leves, leve-duras e duras. As leves dizem respeito ao vínculo produzido, às

“tecnologias das relações”, ao acolhimento e automização, bem como à gestão do cuidado. As leve-duras são manifestadas pelos saberes estruturados, tais como a epidemiologia, a clínica, a farmacologia, o taylorismo (MERHY, 2007b, p.88). E as tecnologias duras correspondem às máquinas, aos instrumentos tecnológicos e às normas e arquitetura organizacionais (MERHY, 2007b).

O arsenal tecnológico necessário ao trabalho no trabalho/ processo de cuidar de enfermagem será correlacionado ao uso de valises, cujo conteúdo respectivo corresponde aos tipos de tecnologia proposto por Merhy (2007a). Para se entender o uso das valises, é preciso ter em mente o encontro entre o trabalhador de enfermagem e o indivíduo cuidado. O trabalhador imbuído das necessidades do outro utiliza valises de conhecimento e ferramentas na prestação do cuidado, sendo que uma está ligada à sua mão, outra conectada com sua cabeça e a última vinculada à intersecção relacional trabalhador-usuário (MERHY, FRANCO, 2008).

O uso dessas maletas na micropolítica dos processos produtivos em saúde produz cuidado de diferentes substratos. As valises da mão do trabalhador de enfermagem contêm ferramentas (estetoscópio, seringa e agulha, termômetro, material para registro, dentre outros) que expressam a tecnologia dura e possibilitam o processamento de dados físico e exames. Ainda que, neste caso, seja preciso o trabalho vivo do indivíduo que emprega um saber para operar a máquina, o trabalho morto, a tecnologia dura, captura o trabalho vivo em ato.

Atinente à maleta relacionada à cabeça, nela são guardados os elementos da tecnologia leve-dura, tais quais, os saberes da clínica, da epidemiologia, e assim por diante. O trabalhador da enfermagem a utiliza no momento em que “olha” para o usuário com intuito de captar o seu universo particular e suas necessidades para ressignificá-las e assim prestar-lhe o cuidado necessário. Neste ato acontece a dobra do uso da tecnologia, de um lado a tecnologia dura representada pelo saber estruturado e esse um trabalho morto, e, na outra ponta, a própria captura do mundo do outro com uso da tecnologia leve é um trabalho vivo em ato (MERHY, 2007a). Esse, no entanto, pode ser parcialmente capturado no processo produtivo pela dureza do trabalho morto. Parcialmente, porque nesse “olhar” do trabalhador, o outro que é cuidado disputa com o trabalho morto a captura do trabalho vivo (MERHY, FRANCO, 2008).

Nesse “jogo de captura” (MERHY, 2007a, p.97), os produtos dos processos produtivos, quando se usa a valise da cabeça, influenciam as atitudes referentes à caixa de ferramentas da mão, de modo que estas atividades passem a adquirir valor como ato de saúde. É nesse movimento que pode ocorrer o endurecimento do processo de trabalho em enfermagem, impossibilitando em maior ou menor grau que o universo das necessidades do usuário se torne capturante das intencionalidades desses processos produtivos.

Além disso, há a valise das relações, cujas ferramentas são utilizadas no espaço relacional entre trabalhador e usuário, e corresponde ao arsenal tecnológico leve, tais como o diálogo, a responsabilização e o vínculo (MERHY, 2007a).

Como mencionado, o uso das valises tecnológicas ocorre na interação trabalhador-usuário. Embora esse espaço deva ser regido por ferramentas relacionais, as tecnologias leves, existem forças de dada materialidade dura que capturam as primeiras na finalidade do processo de trabalho.

As tecnologias leves propiciam a constituição de vínculo, responsabilização e acolhimento, que são meios e frutos extremamente importantes para a construção da produção do cuidado centrada nas necessidades do usuário. Isto é, a relação entre as valises favorece que o “modo de andar a vida” do usuário apresente força capturante o suficiente para que as finalidades do trabalho vivo contemplem o seu universo e necessidades (MENDES GONÇALVES(?), 1994; MERHY et al., 2007).

A relação estabelecida entre trabalhador de enfermagem – consumidor no processo de trabalho em saúde é distinta daquela ocorrida no trabalho fabril. Neste último, a relação é objetual, em que a interação do consumidor se restringe ao objeto fruto de um trabalho; já no primeiro caso, o trabalhador produtor do ato estabelece um processo interseçor com o usuário, que usufrui do processo produtivo de cuidado no ato em que ele ocorre. “Neste momento temos uma negociação, em ato, dos encontros e necessidades” (MERHY, 2007b, p. 88) do trabalhador e do indivíduo cuidado.

O termo *intercessor* utilizado por Merhy (1997, 2007b), segundo o próprio autor deriva-se das palavras interseção/intervenção e faz referência à acepção previamente empregada por Deleuze³. A concepção da palavra *interseçor* usada por aquele autor e utilizada no presente trabalho concerne ao:

Espaço de relação que se produz no encontro de 'sujeitos', isto é, nas suas interseções, e que é um produto que existe para os "dois" em ato, não tendo existência sem este momento em processo, e no qual os “inter” se colocam como instituintes em busca de um processo de instituição muito próprio, deste sujeito coletivo novo que se formou (MERHY, 1997, p. 136).

O processo produtivo em saúde possui uma dimensão cuidadora em que o cuidado, com suas intencionalidades, é processado de acordo com disputas entre forças capturantes representadas pelas tecnologias utilizadas pelo trabalhador no trabalho vivo em ato, pelo trabalho morto e pelas necessidades do usuário.

³ Sobre o assunto “interseçor” ler em DELEUZE, G. Os intercessores. In: PELBART, P.P. (Trad.). **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992, p. 151-168.

O uso do saber e de uma boa relação, que são, respectivamente, tecnologias leve-duras e leves, direciona o processo de cuidar de enfermagem junto às necessidades em saúde do sujeito cuidado. Isto é, estes atos de enfermagem são governados “para” e “com” o sujeito que recebe o cuidado, no intuito de cuidar para promover, manter e/ou recuperar a totalidade e a dignidade humana (BALDUINO; MANTOVANI; LACERDA, 2009).

Na interação pessoal, é preciso que o “operador do cuidado de enfermagem” desenvolva seus próprios sentimentos a fim de estabelecer um espaço interseçor de modo sensível com o outro. Tais como o respeito ao próximo, o afeto e a empatia (WATSON, 2002), o que possibilita um cuidado singular e conectado com o universo das necessidades em saúde do usuário. Além disso, no encontro do cuidado, por exemplo, entre o indivíduo (eu) com o outro, há alteridade, a qual possibilita ao ser humano distinguir-se de outro indivíduo, e com o estranhamento perceber as diferenças alheias, a subjetividade (AYRES; 2001; LÉVINAS, 2000; ROMANELLI, 1998). A percepção da subjetividade ou do universo do usuário é fundamental na produção de atos cuidadores de enfermagem comprometidos eticamente com melhora do bem-estar do usuário (MERHY; 2007a; MANDÚ, 2004).

No entanto, o cuidado de enfermagem pode ser “contaminado” pela lógica da produção capitalista. Haja vista a valorização que se dá à saúde, principalmente no Brasil, o processo produtivo em saúde foi vislumbrado como um campo fértil para se investir e multiplicar capital (MERHY, 2007a). Assim, a sociedade foi dogmatizada pelos planos empresariais de saúde e pelas indústrias de materiais médicos e medicamentos a consumir e exigir, quase que compulsoriamente, as tecnologias duras.

No modelo hegemônico médico-centrado, os trabalhadores reproduzem, na maioria das vezes, a lógica capitalista a que estão condicionados, o que, em muitos casos, reduz demasiadamente a dimensão cuidadora dos atos de saúde e subsumindo seus núcleos profissionais e específicos ao saber médico. Deste modo, o trabalho vivo em ato é capturado por interesses sociais do capital, de blocos governamentais (políticas sociais) e de agrupamentos sociais (MERHY, FRANCO, 2008).

No entanto, como já referido, na produção em saúde, o trabalho morto não consegue capturar totalmente o trabalho vivo em ato, porque quando se presta cuidado há a relação intercessora utilizando, em alguns casos mais e em outros menos, o arsenal das tecnologias leves que valoriza e escuta o subjetivo do outro (MERHY, et al., 2007).

O processo de cuidar será efetivo e particularizado quando o trabalhador de enfermagem enxergar e praticar o cuidado sob a lógica das tecnologias leves demarcado pela incorporação da intersubjetividade no espaço interseçor. Nos atos cuidadores de enfermagem há uma relação de troca de saberes, uma troca intersubjetiva, em que os conhecimentos populares e profissionais se misturam. Especialmente nos casos em que os trabalhadores de enfermagem estabelecem intervenções interseçoras com pessoas

singulares e grupos específicos, tais como as populações indígenas, cujas culturas e modos de vida são distintos dos profissionais não-indígenas que prestam o cuidado (ANDRADE, 2009).

Contudo, no cenário ora esboçado, ocorre a ação social, ou seja, o cuidado. Nele, há espaço para disputas de forças instituintes dos vários atores envolvidos, inclusive os trabalhadores de enfermagem. O cuidado de enfermagem configura espaços intercessores, nos quais, as disputas são concretizadas.

2.3 A atenção à saúde indígena

Para os indígenas, os determinantes de saúde, além do biológico, social e espiritual, incluem o acesso à posse de terra, grau de contato com a sociedade não indígena, liberdade para viver a sua singularidade (padrões alimentares, de educação, de moradia e de trabalho) e acesso à vacinação e serviços de saúde (YAMAMOTO, 2004).

Quanto à doença, os índios não a concebem separadamente de suas relações espirituais, dos seus sistemas de saberes, de suas relações e de sua posição perante o meio social a que pertencem. (CARVALHO, 1997). Isto é, para eles, além do aspecto físico, as doenças possuem concomitantemente a dimensão espiritual e a intersubjetiva (ALBERT; GOMEZ, 1997).

A biomedicina é fundamentada nos princípios da ciência, cujas concepções contrastam com aquelas presentes na medicina tradicional (SANTOS, 2007). Diferentemente da visão indígena, cuja racionalidade sobre o processo saúde-doença-cuidado considera forças imateriais, humanas e da natureza, o sistema biomédico possui um enfoque nos processos biológicos (LANGDON, 2005). O sistema indígena inclui aspectos referentes à pessoa, corporalidade, gênero, cosmologia e parentesco (FERREIRA, 2007; SANTOS, 2007).

O trabalho na assistência aos indígenas demanda do trabalhador em saúde a aquisição de conhecimentos transdisciplinares à prática no âmbito da saúde, numa implicação axiomática de disciplinas associadas das áreas das Ciências da Saúde, Humanas e Sociais. (RAYNAULT, 2006). Todavia, apesar de existir um panorama em que há um movimento no sentido da mudança de paradigmas na ciência médica, a visão reducionista biológica da biomedicina esta enraizada no processo de formação e impregnada nas práticas dos trabalhadores de saúde.

Outro aspecto a ser considerado na atenção à saúde indígena concerne às consequências da trajetória histórica de marginalização social sofrida pelas populações indígenas, particularmente com relação ao acesso aos aparelhos públicos de saúde. As doenças desconhecidas, tidas como as dos “brancos”, colocaram os indígenas em uma situação de dependência por assistência médica externa (CARDOSO, 2004, p. 2003; TOLEDO, 2006). No entanto, somente no século XX, os indígenas receberam apoio pelos governantes.

Até o fim da década de 80, a atenção à saúde indígena era fragmentada, pontual, tendo como principais práticas: a imunização e o transporte de doentes para consultas especializadas (CARDOSO, 2004; HÖKERBERG; DUCHIADE; BARCELLOS, 2001). O acesso aos serviços de saúde foi e é questão de discussão entre os indígenas e a sociedade envolvente. Esta relação também foi balizada por questões de etnia, poder e

conflito interétnico, com o surgimento da etnia como uma importante força no contexto político nacional (LANGDON, 2007).

No bojo do processo da reforma sanitária e frente à atuação desmantelada e ineficaz da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) na assistência à saúde, os movimentos étnicos indígenas ganharam força e novas pretensões. As questões que envolviam a saúde indígena começaram a ser utilizadas, não meramente como reclamações por melhorias do perfil sanitário e epidemiológico, mas como ferramentas políticas para inserção destas comunidades na esfera política nacional, com reivindicações por autonomia e autogestão de ações e recursos (NOVO, 2008).

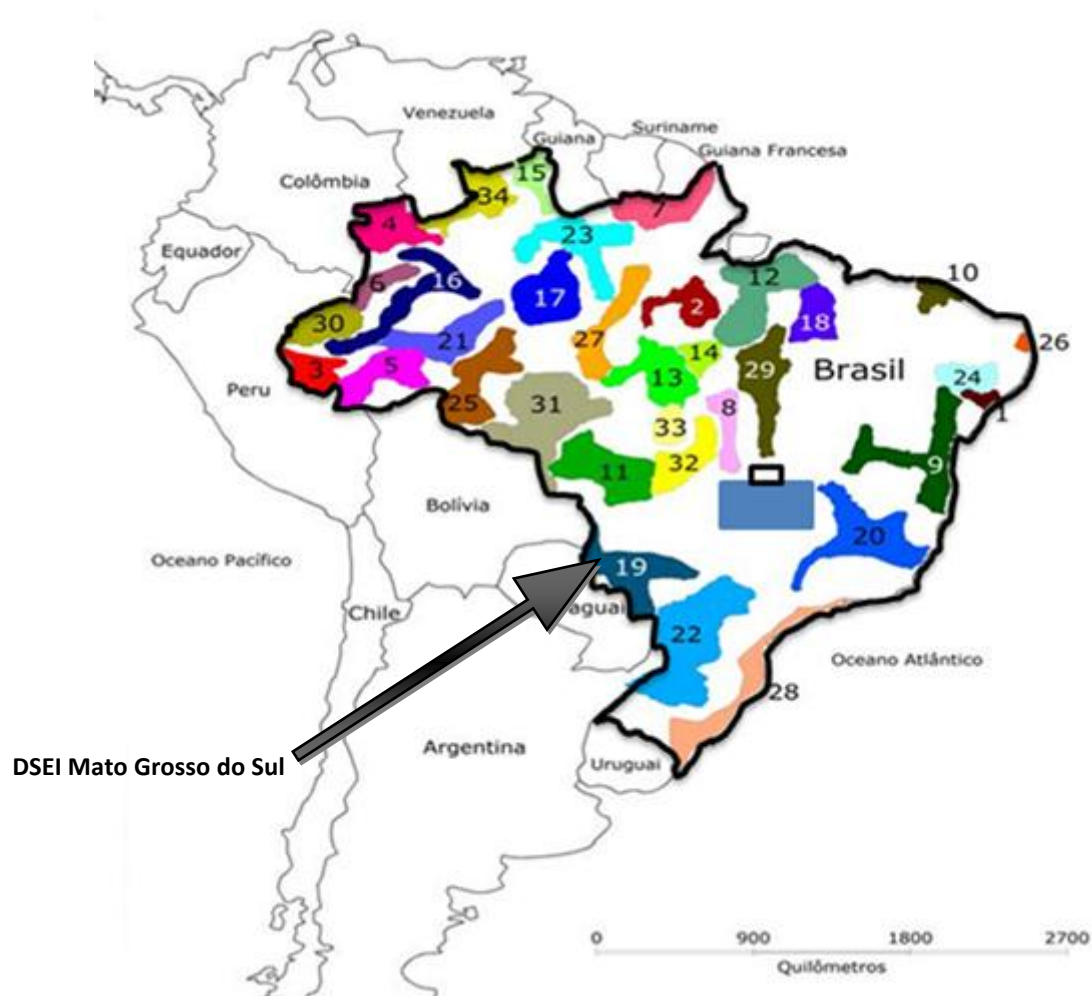
Em 1986, na 1ª Conferência Nacional de Saúde do Índio (então designada Proteção à Saúde do Índio), que ocorreu posteriormente à 8ª Conferência Nacional de Saúde (que delineou o Sistema Único de Saúde – SUS), foi reconhecida a necessidade de se prestar, de forma diferenciada, serviços de atenção integral à saúde dessas populações vinculadas com as práticas de medicina indígena (VERANI, 1999).

Em 1988, foi conferida base legal ao Sistema Único de Saúde – SUS (MEDEIROS JUNIOR, 2004), organizado conforme as seguintes diretrizes: controle social, referente à participação comunitária na orientação e a fiscalização de ações e serviços públicos de saúde; descentralização relacionada ao direcionamento único do fluxo financeiro e das atribuições a cada esfera governamental; e a integralidade, que diz respeito à atenção integral à saúde (CARVALHO; SANTOS, 2006; SOUZA; COSTA, 2010), inclusive dos povos indígenas.

Haja vista que a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), relacionada às diretrizes do SUS, não estabeleceu a integração da saúde de populações indígenas ao SUS, a criação do SUS, entretanto, não solucionou as disputas e prioridades relativas à saúde indígena. Apenas em 1991 foi instituída a base legal à política indigenista proposta na Primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (NOVO, 2008), com o Decreto nº23/91, que regulamentou a criação da Coordenação de Saúde Indígena (COSAI) vinculada à Fundação Nacional da Saúde (FUNASA).

Somente em 1999 a instauração do Subsistema de Atenção à Saúde do Indígena foi concluída, com a organização das terras indígenas em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI (BRASIL, 2002a). Cada DSEI foi classificado como unidade organizacional de responsabilidade da FUNASA e instituído a partir de uma população e território determinados por aspectos socioculturais, geográficos, epidemiológicos e de acesso aos serviços (PEDROLO et al., 2008). O mapa com a distribuição nacional dos Distritos está ilustrado a seguir.

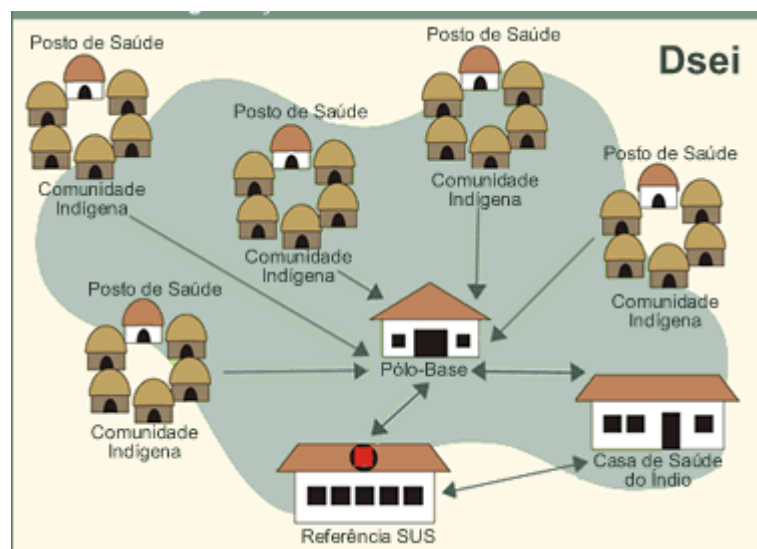
FIGURA 1 – Mapa da distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil



Fonte: BRASIL, 2011a.

No DSEI, o fluxo da assistência tem início no Pólo Base (unidade básica de saúde na aldeia), onde são realizadas, principalmente, ações de promoção da saúde. Quando o nível de complexidade é maior, o índio enfermo é encaminhado, além das unidades de saúde referenciadas pelo SUS, para a Casa de Apoio à Saúde do Índio (CASAI). Esta, por sua vez, está localizada em municípios de referência e é responsável por assistir aos indígenas e acompanhantes durante o tratamento; abrigá-los nas fases de recuperação e pós-hospitalização; oferecer assistência de enfermagem; realizar referência e contrarreferência com a rede do SUS; acompanhar os pacientes para consultas, exames subsidiários e internações hospitalares (BRASIL, 2002b). A organização assistencial no Distrito está no representada no fluxograma a seguir.

FIGURA 2 – Mapa da organização assistencial nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas



Fonte: BRASIL, 2011a.

Existem cerca de 50 CASAI's no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, situadas em diversos estados brasileiros e em diferentes condições conforme a sua localidade, devido aos convênios, recursos e população (número de etnias) atendida (GONÇALVES, 2011). As Casas de Apoio são consideradas pontos de vigilância do modelo assistencial, uma vez que os problemas dos usuários pela instituição assistidos refletem a má resolução do atendimento nos Pólos Base (FRANCO, 2004)

No ano de 2010, o presidente Luís Inácio Lula da Silva assinou o Decreto nº 7.336, que oficializou a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), dentro da estrutura do Ministério da Saúde, fruto de uma reivindicação antiga dos povos indígenas. Deste modo, a responsabilidade pela organização e prestação de ações de atenção saúde dessa população foi transferida da FUNASA para a SESAI, com pasta única e vinculada diretamente ao Ministério da Saúde.

A atenção diferenciada, proposta na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASI) deve permear o cuidado à saúde no DSEI e diz respeito às estratégias para a articulação entre os sistemas médicos indígenas e o sistema oficial de saúde; desse modo, os profissionais de saúde devem levar em conta durante a assistência à saúde indígena, a particularidade cultural da comunidade indígena e respeitar práticas de saúde tradicionais (LANGDON, 2007).

Concernente ao cuidado em saúde, além dos rituais de cura (pajelanças), os índios recorrem também aos profissionais de saúde não indígenas e à automedicação com

medicamentos industrializados para resolver seus problemas de saúde (GARNELO; WRIGHT, 2001).

O cuidar no contexto indígena envolve diferenças culturais e diversificados modos de vida, se comparado aos parâmetros não-indígenas, uma vez que cada comunidade possui uma lógica particular com relação às práticas de cura e às relações existentes com o mundo espiritual e os seres do ambiente no qual estão inseridos (BRASIL, 2002b).

O índio e sua família têm necessidades próprias de cuidados. Devem ser levadas em consideração as especificidades de cada povo, respeitando a vida indígena e os seus conhecimentos. Assim, teoricamente, não devem ocorrer conflitos entre os saberes da população indígena/índios e os sistemas médicos/profissionais de saúde (LANGDON, 2000; MARRONI; MANCUSI; FARO, 2004).

No que se refere ao cuidado em saúde indígena, Yamamoto (2004, p.9) considera que:

Para realizar uma adequada assistência a populações indígenas, é sempre importante analisar a medicina indígena de forma isenta de preconceitos e considerar a preservação desta prática milenar como um dos objetivos a ser alcançado.

Neste sentido, a garantia de uma atenção diferenciada, propiciada principalmente pelo uso das tecnologias leves, é fundamental no cuidado ao indígena.

3 - Procedimientos

Metodológicos

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Levantamento bibliográfico

Realizou-se pesquisa junto às bases de dados BDEFN, Lilacs, Medline, SciELO, Biblioteca Digital da Universidade de São Paulo (USP) e da Universidade de Campinas (UNICAMP). Nelas foram buscadas investigações, do período 2000 a 2010, que discutem o cuidado de enfermagem na saúde indígena, por intermédio dos descritores: cuidado de enfermagem, assistência de enfermagem e atendimento de enfermagem associados com saúde indígena, saúde das populações indígenas, saúde de populações indígenas, saúde dos povos indígenas, saúde de povos indígenas, serviços de saúde indígena, indígena, índio e índios sul-americanos. Obteve-se como resultado um total de cinco estudos - Cupello; Cunha (2007), Silva; Gonçalves; Lopes Neto (2003), Chávez et al. (2007); Marroni (2005) e Lima (1989) - que se tratam de: um artigo de reflexão, dois artigos de pesquisa, uma tese de doutorado e um relato de experiência.

Em busca realizada no Portal Capes sobre pesquisas desenvolvidas no contexto indígena na área da Enfermagem, foram encontrados cinco estudos – Marroni, 2005; Nóbrega, 2007; Oliveira, 2009; Pellon, 2008; Rodrigues, 2009 – entre os anos de 2000 a 2010, sendo quatro dissertações de mestrado e uma tese de doutorado. Os resultados encontrados evidenciam um déficit de informações na literatura brasileira sobre o tema cuidado de enfermagem ao indígena, sinalizando a necessidade de se realizar pesquisas que abordem a assistência de enfermagem ao indígena.

3.2 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, na modalidade estudo de caso.

Rudio (2001) afirma que descrever é narrar o que acontece, e, desta forma, a pesquisa descritiva está interessada em descobrir o que acontece; conhecer o evento, procurando interpretá-lo, e descrevê-lo.

A abordagem qualitativa de pesquisa busca abarcar o conhecimento da realidade social relacionada ao universo do sujeito, bem como as representações que traduzem o mundo dos significados. Enfatiza a necessidade de se levar em conta a participação e as percepções dos sujeitos envolvidos na criação e na implementação de programas sociais, considerando as relações e as representações como parte fundamental dos êxitos e limites das ações (MINAYO, 2010).

Chizzotti (2006) afirma que este tipo de abordagem possibilita o contato e compartilhamento com culturas, atitudes, práticas e percepções entre os participantes da pesquisa e os pesquisadores. Permite estudar o homem como um “ser amarrado às teias de

significados” (GEERTZ, 2008, p. 14). E assim, captar o imensurável das ações humanas, dos eventos e seus significados em um contexto cultural, no qual os diferentes eventos se tornam inteligíveis (GEERTZ, 1973)

Deste modo, uma pesquisa qualitativa deve empregar a observação, interessar-se pelo cotidiano, situar-se num contexto de descobrimento, importar-se mais com os significados do que com a frequência dos fatos e deve buscar o específico e o local para encontrar padrões (TOBAR; YALOUR, 2002).

Na abordagem qualitativa, a modalidade estudo de caso possui, como um de seus objetivos, a compreensão de esquemas de referência e estruturas de relevância em torno de um fenômeno por parte de um grupo específico (MINAYO, 2010). Triviños (1987) corrobora a importância do estudo de caso, pela peculiaridade de apresentar um único objeto, o que favorece uma análise em profundidade de sua unidade. Como a proposta é estudar o olhar sobre o processo de cuidar de um grupo específico de profissionais de enfermagem, optou-se por essa modalidade de estudo.

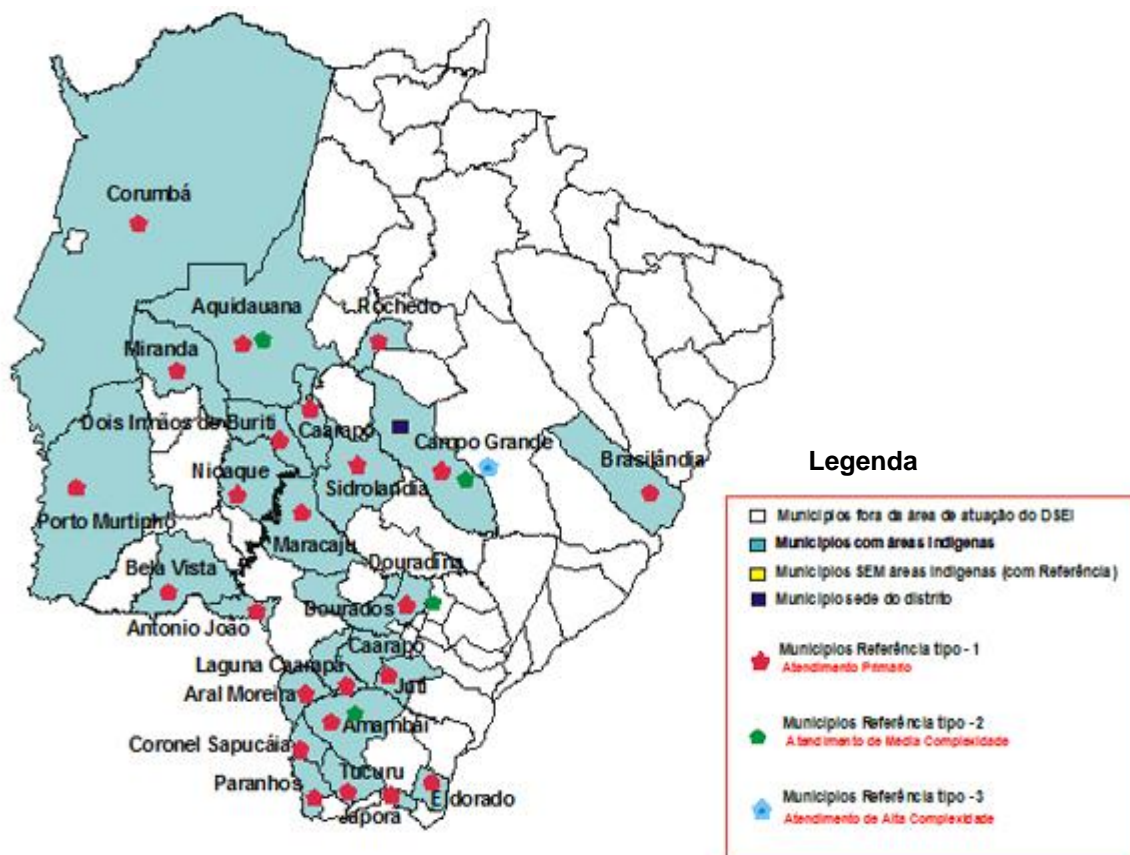
Triviños (1987) acrescenta que a complexidade de um estudo de caso está diretamente ligada ao aporte teórico que norteará o investigador e estabelecerá elementos de rigor científico ao estudo, tais como objetivação, originalidade, coerência e consistência interna.

3.3 Cenário da pesquisa: apresentação do Distrito Sanitário Especial Indígena.

A implantação e organização do DSEI em Mato Grosso do Sul (MS) ocorreu de forma precoce se comparada à dos demais distritos. Até o ano de 2000, houve forte mobilização para estruturação física, contratação de recursos humanos, aquisição de viaturas e equipamentos, paralelamente aos levantamentos preliminares de informações demográfica e epidemiológicas nas aldeias e a fundação do primeiro Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) do Brasil (BRASIL, 2009).

Nos dados apresentados no Relatório de Gestão do DSEI/MS de 2009 (BRASIL, 2009), no Estado de MS residem aproximadamente 67.574 indígenas, distribuídos em 45 aldeias, situadas em 29 municípios, compreendendo oito etnias: Guarani/Kaiowá, Terena, Kadwéu, Kinikinaw, Atikun, Ofayé e Guató. Na figura seguinte é possível observar a distribuição das terras indígenas no DSEI Mato Grosso do Sul.

FIGURA 3 – Mapa do Distrito Sanitário Especial Indígena Mato Grosso do Sul



Fonte: BRASIL, 2011b.

Com relação aos recursos humanos, o quadro é composto por trabalhadores de várias áreas e com vínculo empregatício sob quatro tipos: terceirizado por Organização Não Governamental; contrato com a Secretária de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde; com vínculo efetivo na FUNASA, atual SESAI; ou cedido pelos municípios (BRASIL, 2009).

A pesquisa foi realizada em uma Casa de Apoio à Saúde do Índio pertencente ao Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul.

A referida CASAI possui 28 leitos e atende diariamente cerca de 40 indígenas e acompanhantes provenientes das oito etnias do DSEI de MS, sendo que a média de permanência dos usuários é de seis dias cada. Para prestar atendimento à saúde indígena e realizar a organização administrativa, há uma equipe multidisciplinar. Essa, por sua vez, é composta por 35 profissionais, dentre os quais, encontram-se: coordenador, enfermeiro, técnicos de enfermagem, nutricionista, cozinheiro, motorista e serviços gerais.

3.4 Sujeitos da pesquisa

Participaram da pesquisa todos os trabalhadores da equipe de enfermagem da CASAI, que é composta por dez profissionais, sendo: um enfermeiro e nove técnicos de enfermagem.

3.5 Etapas do trabalho de campo

a) aproximação do campo de estudo

Primeiramente, houve um contato com a chefe da CASAI, para análise da viabilidade de realização do trabalho e solicitação de autorização para o desenvolvimento da pesquisa. Posteriormente, ocorreu um encontro com a chefe e a enfermeira para esclarecimento dos objetivos e metodologia do trabalho.; para, então, iniciar o estabelecimento de contato entre a pesquisadora e os outros trabalhadores de enfermagem.

b) abordagem dos sujeitos

Os profissionais de enfermagem foram informados sobre a presença da pesquisadora no campo em questão. Em conversa individual com cada um dos participantes da pesquisa foram explicados os objetivos do estudo e a respeito da observação realizada pela pesquisadora durante aproximadamente 45 dias no intuito de entender o funcionamento da CASAI. Diante do exposto, os profissionais aceitaram a realização da observação no contexto em que atuavam.

c) observação sistemática

O período de observação ocorreu de janeiro a fevereiro de 2010. A pesquisadora acompanhou o funcionamento da CASAI nos turnos diurnos e noturnos, bem como nos dias úteis da semana e aos finais de semana com o escopo de apreender as diferenças e nuances presentes nestes diferentes momentos do processo de trabalho na instituição.

Durante a permanência no campo da pesquisa foram realizadas observações com um “olhar” e “ouvir” disciplinados pelo conjunto de ideias abordadas no referencial teórico, por meio dos quais se buscou descrever e interpretar/ compreender o microespaço “de dentro” de sua verdadeira interioridade (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1996). Por intermédio da observação é possível “captar os imponderáveis da vida” (MALINOWSKI, 1978, p. 29).

A observação é uma maneira utilizada para realizar o reconhecimento da lógica interna de um processo de trabalho em sua operação (MENDES GONÇALVES, 1994). A observação sistemática é seletiva, já que o pesquisador observa uma faceta da realidade natural e social a partir do que se propôs a pesquisar (PÁDUA, 2009).

Foi utilizado como roteiro de observação e apreensão do real, o fluxograma-analisador proposto por Merhy (2007b). Este fluxograma possibilitou melhor entender o processo de trabalho da enfermagem no campo de pesquisa em questão, visto que os atos cuidadores – cuidado – são bens/produtos de uma cadeia de produção que é dada por ações do trabalho da equipe de enfermagem.

É um instrumento que consiste no desenho de como se organiza o conjunto de processos de trabalhos, ligados uns aos outros em torno de uma cadeia de produção específica (CHIESA; FRACOLLI; BARBOZA, 2008; FREIRE et al, 2008), no caso a produção do cuidado/ atos cuidadores. O diagrama é elaborado de maneira usuário-centrada e consiste na representação gráfica do processo de trabalho com a finalidade de captar os aspectos da micropolítica e da lógica predominante no processo de trabalho em saúde (MERHY, 1997).

Com relação à representação gráfica, o fluxograma analisador visa descrever cinco ações inerentes ao processo de trabalho (MERHY, 2007b), que são:

- Elipse: corresponde ao momento de entrada do usuário. Nesta etapa, buscamos observar quem é o usuário, sua origem, o motivo pelo qual procurou o serviço e o que ocorre com o indígena que entra na CASAI.
- Retângulo: refere-se à recepção do usuário. Neste momento, procuramos descrever como o indígena é recebido, quem o recebe, quais as formas utilizadas para recebê-lo, onde e em qual momento.
- Losango: expressa a ocasião de decisão. Os critérios que o serviço segue para determinar se o usuário deve ser atendido. Assim como quais são os mecanismos utilizados para dizer não, quem faz isso e para onde os indivíduos são encaminhados nestes casos.
- Quadrado: corresponde ao cardápio de intervenções proporcionadas pelo serviço. Nesta etapa, foi possível observar o que é feito com o indígena que entrou na CASAI, e quem realiza estas ações, bem como os saberes e práticas desenvolvidas frente à necessidade de saúde do indivíduo.
- Eclipse: diz respeito à saída do usuário do serviço. O modo como o indígena sai, a relação interseçora e quais resultados – cura, melhora e/ou piora da situação de saúde – a cadeia produtiva produz

d) diário de campo

As observações realizadas foram anotadas em um diário de campo, por possibilitar a inclusão das observações de gestos, expressões, falas, comportamentos, hábitos, costumes e crenças, ou seja, informações que não são obtidas nas entrevistas formais (MINAYO, 2010).

Tendo em vista, que “diante da cultura dos outros somos todos aprendizes, e quase sempre, aprendizes desajeitados” (MAGNANI, 2002, p.3), o diário de campo foi um instrumento importantíssimo para anotar não apenas falas, gestos e comportamentos dos trabalhadores. Mas, principalmente por permitir armazenar os momentos de alteridade¹ da pesquisadora, e conseqüentemente os seus processos de reflexão, que emergiram naquele contexto atravessado por questões institucionais, de poder e de sensibilidade.

No diário de campo foi possível registrar em ato os eventos dos “interstícios da vida social” (ROMANELLI, 1998, p. 123) do processo de trabalho na CASAI.

e) análise documental

Como esta pesquisa se refere a um estudo de caso, recorreu-se aos registros institucionais pertinentes às normas e regimentos disponíveis na CASAI para colher dados e entender o funcionamento local.

O levantamento documental facilita a caracterização (PÁDUA, 2009) da instituição e servirá de fonte para possíveis contrapontos e associações com os dados obtidos a partir das fontes primárias (TURATO, 2011). A pesquisa documental compreende fontes de informação que foram analisadas, organizadas e publicadas, por isso é preciso verificar a autenticidade e validade das fontes (LEOPARDI, 2002).

A análise dos documentos foi autorizada pela chefe da CASAI e pela enfermeira responsável. Desta forma, dada a natureza das informações necessárias, seguem elencados os documentos que foram analisados: Portaria 3.938 de 14 de dezembro de 2010, que concerne à criação e funcionamento da SESAI; Relatório de Gestão da CASAI Campo Grande: ano de 2010; Relatório Anual de Gestão 2009: Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI/MS; formulários concernentes ao trabalho de enfermagem (excetuam-se os prontuários) e os consolidados dos procedimentos diários, mensais e anuais realizados pela equipe de enfermagem.

f) entrevistas

As entrevistas foram realizadas de forma individual, por meio de roteiro semi-estruturado (Apêndice A), abordando os sujeitos do estudo durante o tempo de permanência, isto é, entremeio à fase de observação. Especificamente entre os dias 29 de janeiro e 09 de fevereiro de 2011.

¹ Alteridade é um pressuposto teórico do método etnográfico e diz respeito ao estranhamento que o pesquisador deve ter em campo de pesquisa (na observação e na entrevista) no intuito de perceber e selecionar fatos e acontecimentos para articulá-los ao referencial teórico adotado (ROMANELLI, 1998).

O aprender a entrevistar depende, sobretudo, do que é experienciado no campo de pesquisa (DUARTE, 2002). É preciso uma “atenção permanente do pesquisador aos seus objetivos, obrigando-o a colocar-se intensamente à escuta do que é dito, a refletir sobre a forma e conteúdo da fala do entrevistado” (BRANDÃO, 2000, p. 8).

Essa técnica, segundo Chizzotti (2006), que exige que o entrevistador tenha uma atitude disponível à comunicação, transmita confiança e propicie um diálogo descontraído, deixando o informante inteiramente livre para exprimir, sem receios ou constrangimentos, suas opiniões, atos e atitudes.

A entrevista semiestruturada é uma técnica de coleta de dados que combina questões fechadas e abertas em uma conversação, supostamente continuada, em que o pesquisador a conduz de acordo com seus interesses, ao passo que o entrevistado fala sobre o tema sem se ater a perguntas fechadas/formais (MINAYO, 2010; QUEIROZ, 1988). Além disso, “com o instrumento da pesquisa em mãos, o investigador acompanha as variações do campo e as estimula, sem perder de vista os objetivos da pesquisa” (FONTANELLA; CAMPOS; TURATO, 2006, p.178).

Tendo em vista que, na pesquisa qualitativa, o pesquisador é importante instrumento na coleta dos resultados, foram realizadas duas entrevistas de aculturação² com o escopo de inserir a pesquisadora no processo de assimilação da população estudada. A entrevista de aculturação é entendida como o meio de estabelecimento de interação direta e coloquial com indivíduos representantes do grupo de sujeitos a serem entrevistados (TURATO, 2011).

Foram realizadas duas entrevistas de aculturação. A primeira com uma enfermeira de um Pólo que assiste a uma população indígena do próprio DSEI e a segunda com uma técnica de enfermagem que trabalha em uma Usina de Álcool do estado sul-matogrossense, onde grande parte dos trabalhadores é indígena. As entrevistas possibilitaram uma familiarização com o universo dos sujeitos, o que favoreceu uma postura de alteridade frente aos sujeitos desta pesquisa.

As entrevistas aconteceram depois de, pelo menos, um primeiro contato, de uma conversa com cada participante, com a finalidade de estabelecer uma zona de conforto entre entrevistador e entrevistado, conseqüentemente, um clima mais favorável para o desenvolvimento da conversa. Neste momento, enfatizou-se que a participação na pesquisa seria voluntária.

² Entrevista de aculturação, no entender de Turato (2011), é o termo mais apropriado a ser utilizado em pesquisas qualitativas, em substituição à denominação de entrevista-piloto.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora responsável, na CASAI, especificamente, na sala da enfermeira, do agendamento ou no próprio posto de enfermagem para não atrapalhar o funcionamento do atendimento de enfermagem.

Para a identificação das entrevistas optou-se pela adoção da letra inicial da palavra “entrevista” acrescida do numeral ordinal em que as entrevistas ocorreram:

- Entrevista número 1: **E.1**; Entrevista número 2: **E.2**; e assim por diante.

Não há distinção entre os entrevistados com relação à profissão exercida, enfermeiro ou técnico de enfermagem, visto que há apenas um enfermeiro na equipe e a identificação do mesmo destoaria dos preceitos ético-legais adotados na pesquisa.

Os passos na abordagem inicial da entrevista seguiram basicamente os mesmos passos com todos os entrevistados, *a priori*, foram reforçados a origem e o interesse da pesquisadora, bem como os objetivos da pesquisa. Foi justificada a importância da realização do estudo e da participação do entrevistado na composição final do trabalho. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido juntamente com o participante e em voz alta, o que possibilitou sanar as dúvidas que surgiram. Foi explicado que, com a permissão consentida, suas opiniões seriam usadas anonimamente em seminários, artigos e divulgadas em meios científicos. Conduta esta considerada importante, já que os achados de estudos têm seus impactos reduzidos na prática de enfermagem, quando não são colocados à disposição de outros enfermeiros (SMELTZER; BARE, 2002).

Após assinatura do TCLE, no segundo momento da entrevista, o participante respondeu às questões relativas à caracterização do perfil de cada trabalhador. Em seguida, foram colocados e conduzidos pela pesquisadora, dentro do escopo do estudo, os temas sobre processo de trabalho e processo de cuidar em enfermagem em discussão. As entrevistas foram gravadas em áudio, por meio de aparelho digital.

É válido salientar que a entrevista é um espaço de “interação social” (MINAYO; 2010, p.262), na qual “não é apenas o pesquisador que penetra na existência do outro, também este avalia o interlocutor e constrói uma imagem dele, atribuindo-lhe uma identidade” (ROMANELLI, 1998, p. 126).

Nesse sentido, durante as entrevistas foram incorporadas pela pesquisadora o contexto e as informações previamente colhidas na análise documental e observação sistemática a fim de não deixar “escapar” cumplicidades, reações, expressões e comportamentos importantes no entendimento do explícito e, principalmente, do implícito inerente a cada fala.

Assim, as entrevistas possibilitaram a obtenção das percepções e questões que envolvem o processo de trabalho, bem como do cuidado de enfermagem prestado em um contexto de atenção ao indígena.

As dez entrevistas realizadas perfizeram um total de nove horas e dez minutos de gravação. As gravações obtidas foram descarregadas e transcritas no *software* Express Scribe Transcription Playback (NCH, s.d.), um programa gratuito para transcrição digital de áudio e outros registros sonoros. *A posteriori*, as transcrições devidamente codificadas foram transportadas para editor de texto para se proceder à análise.

3.6 Análise dos Resultados

1ª Etapa: Análise documental

A primeira etapa compreende o tratamento das informações obtidas a partir das fontes consultadas e já supracitadas. A organização e análise dos dados obtidos foram norteadas pelos objetivos do estudo e consistiram na transformação sistemática do documento primário (bruto) em um documento secundário.

A operacionalização intelectual do tratamento das informações abordou: i) leituras do material; ii) recorte das informações interessadas; iii) agrupamento conforme os objetivos da pesquisa e o quadro teórico (BARDIN, 2009).

A composição do documento secundário incluiu informações referentes à criação, organização e funcionamento da CASAI. A abordagem adotada na compilação dos dados ancorou-se nas ideias de Merhy (2007b), segundo as quais é preciso entender a micropolítica do microespaço onde ocorre o processo de trabalho em saúde.

Neste sentido, o material final desta análise foi utilizado para compor a descrição da instituição e na construção do fluxograma-analisador do processo de trabalho, bem como no entendimento das normas organizacionais e regras institucionais que atravessam as ações dos trabalhadores em enfermagem.

2ª Etapa: Análise Categorical Temática

O material da segunda etapa de análise é constituído pelas falas provenientes das entrevistas. Estes resultados foram tratados segundo a análise de conteúdo, utilizando a técnica de análise categorial temática (BARDIN, 2008).

Existem vários tipos de análise de conteúdo, tais quais: a análise lexical, análise de expressão, análise de relações, análise de enunciação e análise temática; a escolha metodológica desta última no presente estudo se deu devido à sua relevância como uma das técnicas mais adequadas para pesquisas qualitativas na área da saúde (MINAYO, 2010).

Na instrumentalização da análise de conteúdo é preciso ter em mente alguns conceitos, tais como a *objetividade*, cuja implicação é a possibilidade de que a análise do trabalho seja verificada e reproduzida por outro investigador; a *sistematicidade*, que diz respeito ao impedimento de qualquer seleção arbitrária, isto é, desconectada do intuito da

pesquisa; *conteúdo manifesto*, que implica eliminar, o quanto possível, os preconceitos do pesquisador; *unidade de registro (UR)*, palavra-chave ou frase que representa uma segmentação do conjunto de texto em análise; *unidade de contexto (UC)*, que corresponde à delimitação do texto que permite a compreensão da UR; *categorias*, expressões ou palavras relevantes sob um título genérico que expressam uma nova organização intencional das mensagens (MINAYO, 2010; OLIVEIRA, 2008).

Tem-se, ainda, a inferência que se refere à discussão além do âmbito descritivo, e significa também inferir a partir dos resultados trabalhados (TURATO, 2011) levando em consideração o campo de determinações e intencionalidade presentes na produção das mensagens. Por fim, o tema, que é “a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (BARDIN, 2009, p.131).

Com vistas à garantia do rigor, a operacionalização da análise categorial temática foi norteada pelos critérios próprios deste tipo de técnica; são eles: *exaustividade*, o *corpus* (o conteúdo das entrevistas) deve ser lido em sua totalidade repetidas vezes até que seus elementos sejam esgotados; *representatividade*, as unidades de registro escolhidas devem representar o universo em que se inserem; *homogeneidade*, a escolha do material (dos trechos) que representa e/ou responde ao que se busca deve obedecer a critérios únicos, homogêneos; *pertinência*, as categorias devem ser estar coerentes com os objetivos e conteúdo do estudo (BARDIN, 2009).

Desse modo, seguindo os pressupostos acima elencados, os procedimentos metodológicos (BARDIN, 2009; TURATO, 2011) seguidos na análise dos resultados do presente estudo são a seguir descritos:

- **Leitura flutuante:** os transcritos – as entrevistas – foram lidos repetidas vezes para impregnação do conteúdo, isto é, as leituras possibilitaram à pesquisadora tomar contato com o texto, suas impressões e mensagens explícitas e implícitas. Durante a leitura, as observações da realidade empírica orientadas pelo olhar e pelo escutar disciplinados favoreceram o surgimento de ideias, que possibilitaram o estabelecimento de hipóteses balizado, também, pelo escopo e pelo referencial teórico da pesquisa.
- **Exploração do material:** nessa fase foi feita a determinação das unidades de registro. As unidades de contexto foram selecionadas nos casos em que a UR por si só não possibilitava o seu claro entendimento. Após as UR e UC serem selecionadas no texto, foi realizada a codificação, que correspondeu à enumeração das unidades de registro e de contexto, bem como o recorte e deslocamento das mesmas para a matriz de análise (Apêndice B) elaborada para o presente trabalho. Nesta matriz, os trechos recortados foram reagrupados de acordo com os pressupostos previamente levantados.

- **Categorização:** consistiu na organização e reagrupação das UR na matriz da análise conforme o gênero (analogia) dentro dos critérios de relevância da pesquisa (objetivo e referencial teórico) e de repetição das UR. A partir disso, foram estabelecidas e nomeadas as categorias e subcategorias.
- **Inferência:** nesta fase, de acordo com as categorias e subcategorias emergentes, foram feitas inferências e interpretações correlacionando-as com o referencial teórico utilizado e confrontando-as com o material proveniente da observação sistemática registrado no diário de campo.

3.7 Procedimentos ético-legais

Primeiramente, foi solicitada autorização à chefia da CASAI. Em reunião com a chefe da CASAI, o projeto de pesquisa foi apresentado, as justificativas e os objetivos foram explicitados. A partir disso, a autorização foi concedida.

Em seguida, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos juntamente com a autorização da coordenação da CASAI.

A pesquisa foi aprovada pelo mesmo Comitê sob o protocolo Nº 384/210. Após aprovação, a pesquisa de campo foi realizada. Os entrevistados foram esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C). Deste modo, a pesquisa foi conduzida conforme os preceitos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das Normas de Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

*4 - Apresentação e
Discussão dos resultados*

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação e discussão dos resultados desta pesquisa estão organizadas em quatro partes. A primeira compreende a descrição da CASAI e da equipe de trabalhadores lá alocada. Na segunda, é estabelecida a caracterização sociodemográfica e profissional dos trabalhadores de enfermagem. Na terceira etapa, é apresentado e descrito o Fluxograma-analisador do processo de trabalho usuário-centrado da CASAI. E, ao final, são expressas e discutidas as concepções dos profissionais a respeito do cuidado ao indígena e da micropolítica de trabalho na qual estão inseridos.

4.1 A Casa de Apoio à Saúde Indígena

As CASAIs no país têm um histórico que se inicia com características bastante negativas. Gonçalves (2011), fundamentada na palestra do médico Alexandre Padilha (atual Ministro da Saúde) realizada no I Encontro Nacional das CASAIs e dos chefes dos DSEIs, relata que as instituições eram comparadas a “depósitos” de indígenas e encaradas como manicômios. Afirma, também, que resquícios negativos do passado ainda existem, tais como o autoritarismo e a falta de controle social e de gestão colegiada.

Atualmente há cerca de 50 Casas de Apoio no Brasil, sendo que quatro delas são consideradas CASAIs nacionais, cujas localidades são localizadas em São Paulo, Brasília, Curitiba e Goiânia (GONÇALVES, 2011). As Casas de Apoio do DSEI Mato Grosso do Sul são referenciadas como regionais, no entanto, atendem indígenas no norte do país.

A CASAI estudada é uma instituição de saúde vinculada à Secretaria Especial de Saúde Indígena e pertencente ao DSEI de Mato Grosso do Sul. A Casa de Apoio é responsável por acolher e prestar apoio ao indígena em tratamento/recuperação e seus familiares/acompanhantes que estão fora de sua aldeia e Pólo de origem, bem como por articular a retaguarda da assistência indígena no DSEI e no SUS (FRANCO, 2004).

São 35 leitos disponíveis, sendo 32 para adultos, dois infantis e um leito para isolamento. O fluxo de atendimento mensal é, em média, de 344 indígenas (BRASIL, 2008), incluindo usuários que ficam alojados durante dias ou semanas, aqueles que estão em trânsito (normalmente, passam apenas um dia na instituição) e os acompanhantes.

A equipe de trabalhadores da CASAI é constituída por uma chefe (coordenadora), uma atendente, um administrativo, três auxiliares administrativos, dez motoristas, três cozinheiras, duas auxiliares de serviços gerais e seis vigilantes. Os trabalhadores de enfermagem são nove técnicos e uma enfermeira responsável. O serviço de enfermagem funciona 24 horas, em regime de plantão de doze horas de trabalho por 36 horas de descanso, sendo este regime de trabalho nos dois períodos, diurno e noturno.

Com exceção da chefe, da atendente, de dois motoristas e de um técnico de enfermagem que são concursados, todos os outros trabalhadores são terceirizados, contratados por organizações não-governamentais.

A assistência de enfermagem é dividida funcional e espacialmente em dois setores: o agendamento e o posto de enfermagem. No primeiro, atua um técnico de enfermagem especificamente para desenvolver as atividades pertinentes ao agendamento de consultas, exames e demais procedimentos, que serão adiante detalhados. A enfermeira também atua nesta seção. Ambos os profissionais possuem jornada de trabalho diferenciada, de 40 horas semanais, com folgas aos sábados e domingos. Logo, o agendamento funciona somente oito horas diárias, de segunda à sexta-feira.

No posto de enfermagem trabalham os demais técnicos, que são responsáveis por prestar assistência direta aos usuários e por direcionar os indígenas dentro da complexa organização dos serviços de saúde referenciados da cidade, bem como orientar o próprio fluxo dentro da CASAI.

4.1.1 Caracterização dos Trabalhadores de Enfermagem que atuam na Casa de Apoio à Saúde Indígena

Os dez trabalhadores que constituem a equipe de enfermagem da CASAI apresentaram uma variação de idade, entre 25 e 56 anos. Somente um trabalhador não tem origem no estado de Mato Grosso do Sul. A maioria dos entrevistados é casada e possui residência e automóvel próprios.

Com relação à formação profissional, nove trabalhadores são técnicos de enfermagem e apenas uma é enfermeira, com a função de gerenciar a equipe de enfermagem. Isto reforça a perspectiva de que a divisão do trabalho da equipe de enfermagem, a falta de força de trabalho juntamente com a divisão parcelar do trabalho condicionam ao nível médio da enfermagem (auxiliares e técnicos) a realização de atividades assistenciais e ao enfermeiro ações de gerenciamento (FELLI; PEDUZZI, 2005).

Excetuando-se um técnico, que concluiu sua formação em 1988, os demais concluíram seus cursos a partir dos anos 2000. Dentre os sujeitos entrevistados, somente dois receberam alguma informação sobre saúde indígena no curso de formação. Um recebeu informação sobre saúde indígena durante a disciplina de Saúde Coletiva. Segundo este entrevistado, discutiu-se superficialmente sobre etnias, especificidades, organização da atenção à saúde indígena e composição das equipes de saúde. Estas informações o ajudaram no processo seletivo pelo qual passou para trabalhar na saúde indígena e na prática do trabalho. O outro sujeito recebeu informações durante o curso de Técnico em Enfermagem, principalmente sobre a dificuldade do profissional de enfermagem em atuar junto ao indígena, devido às diferenças culturais. Haja vista, as peculiaridades que a

atenção à saúde indígena demanda, este panorama evidencia a pouca importância que os povos indígenas possuem no cenário do processo de ensino e aprendizagem de enfermagem.

No tocante aos cursos realizados na área da saúde após a formação em enfermagem, sete participantes concluíram algum curso, sendo primeiros socorros e curativos os mais citados.

Referente à atuação profissional dos entrevistados, dentre esses, há um recém-formado com quatro meses de experiência na área da enfermagem, um participante que atua há 35 anos e os outros oito possuem entre dois e três anos de atuação na enfermagem.

Concernente ao tempo que trabalham na atenção ao indígena, somente dois profissionais atuaram previamente em outros serviços de assistência ao índio, especificamente em aldeias. Os demais tiveram a primeira experiência em cuidar do indígena na própria CASAI. É interessante salientar que duas trabalhadoras entraram na CASAI como auxiliar de limpeza e cozinheira, e diante das vivências neste local, decidiram fazer o curso técnico e conseguiram entrar na equipe de enfermagem.

Embora a CASAI seja uma instituição pertencente a órgão público federal, o vínculo de trabalho de nove trabalhadores entrevistados é estabelecido por contrato regido pela norma legislativa da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Somente um trabalhador é concursado e é justamente o que atua há mais tempo na área de enfermagem da CASAI. O vínculo de trabalho por contrato não transmite as mesmas garantias que um vínculo efetivo/concursado, e isto torna o ambiente de trabalho na CASAI inseguro, frente ao “temor” de ser demitido do emprego.

O vínculo de contrato que é renovado anualmente transmite insegurança. [...] (Esquecer-se de registrar algum acontecimento) pode ser motivo de demissão e/ou não renovação de contrato (Diário de Campo).

A alta rotatividade nas equipes de saúde é um problema para a garantia de qualidade na assistência à saúde (REIS et al., 2007), especialmente a indígena (COIMBRA et al., 2006; LANGDON et al., 2006; NOVO, 2011). A insegurança da parcela dos trabalhadores piora este quadro, pois, sem garantias, a responsabilização por parte dos mesmos é bastante reduzida. Langdon e colaboradores (2006) acrescentam que o esquema de contratação, que pode resultar na interrupção do contrato, ocasiona sensação de insegurança nos profissionais. A precária vinculação e a baixa responsabilização dos trabalhadores com os usuários estão relacionadas com a fragilidade e diferença no contrato de emprego (REIS et al., 2007).

Sete sujeitos entrevistados não receberam capacitação em atenção à saúde indígena. É importante frisar que não foi observado nenhum programa de capacitação disponível pela instituição aos profissionais. Esta observação é ratificada pela afirmação de todos os participantes de que não receberam nenhuma atividade educativa sobre as populações indígenas e atenção à saúde destes povos quando entraram para o quadro de recursos humanos da CASAI. Este contexto está na contramão do que é preconizado pela Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena – PNASI (BRASIL, 2002a) e das ideias defendidas por pesquisadores da área (COIMBRA et al., 2006; GONÇALVES, 2011)

Além disso, este cenário destoa do que é considerado indispensável na definição dos papéis nos processos produtivos em saúde, uma vez que é preciso que haja educação permanente nas equipes de saúde, favorecendo o aperfeiçoamento das relações sociais inerentes ao cotidiano de um serviço de saúde (FEUERWERKER; 2003; MONTENEGRO; 2010). A necessidade de capacitação se intensifica no contexto indígena, dadas as diferentes concepções de saúde-doença-cuidado dos atores (trabalhadores e indígenas) envolvidos no processo de cuidado.

4.1.2 Elementos constitutivos do processo de trabalho

Os trabalhadores de enfermagem consideram como objetos de trabalho os procedimentos pautados em atividades relacionadas ao sistema clínico biomédico e em normas.

[...] A primeira coisa que a gente começa a fazer é preparar a medicação das sete (da manhã). Aí já dá medicação e afere os sinais vitais. [...] Após o curativo, começa a preparar os materiais para poder fazer os curativo das quatorze e das vinte (horas) [...] (E.2).

[...] A partir do momento que eu assumo o plantão [...] vou verificar se esses pacientes estão mesmo dentro da CASAI, vou quarto por quarto, cumprimento, converso com eles, né. E aí, eu já começo toda a atividade, né, conforme é mesmo. É medicação. É fazer os relatórios, tanto de papeleta como no livro, né, como a gente faz [...] (E.10).

É possível observar a presença do emprego de uma tecnologia leve, o diálogo, porém, subjacente ao mesmo, há a norma de verificar se os ameríndios¹ estão na instituição. Há a priorização pelo procedimento técnico, seguido do normativo. Nestes casos o objeto de trabalho não é o homem.

O processo produtivo em saúde da CASAI conforma, sobretudo, relações de interseção objetiva. A produção dos atos de cuidar ocorre em espaços interseções, que correspondem aos encontros em ato entre trabalhador e usuário, e, nesta interação, podem ser produzidos dois tipos de interseção, a partilhada e a objetiva (MERHY, 2007a). A primeira

¹ O vocábulo ameríndio equivale aos termos: indígena, nativo, índio (CASTRO, 1996).

diz respeito ao processo de cuidar em que os dois interlocutores partilham e “acordam”, em ato, sobre seus processos desejantes; já a interseção objetual é aquela em que os projetos do usuário são externos ao processo de cuidar (MERHY, 2000), ali somente se encontram o corpo biológico, a patologia do indivíduo, sobre os quais será implementada alguma intervenção.

A relação objetual estabelecida na produção dos atos de cuidar na Casa de Apoio está relacionada à noção de que o objeto de intervenção é composto pelo desenvolvimento de procedimentos técnicos direcionados pelas normas institucionais. Esta concepção construída, provavelmente ainda no processo de formação centrado no modelo biomédico de atenção à saúde, foi incorporada no processo de cuidar pelos trabalhadores e foi potencializada pelas regras institucionais inerentes à própria micropolítica do processo de trabalho da instituição.

Os atos mecânicos, repetitivos e racionalizados dos trabalhadores de enfermagem configuram “trabalhos vivos precedentes, que se cristalizaram, aliás, na potência do trabalhador” (MERHY, 2007a, p. 61). A capacidade criativa e a potencialidade do trabalhador não resistem ao martírio que se torna trabalhar em serviços de saúde estruturados que exigem um agir fragmentado (CAMPOS, 2007).

Outro aspecto do processo de trabalho se refere às ferramentas utilizadas e à organização deste microespaço. Como já mencionado, foi possível evidenciar o emprego de tecnologia leve, representada pelo diálogo, e um predomínio de tecnologias duras, estruturadas pela regulação das normas organizativo-institucionais.

Há uma rotina regulada pelo agendamento. Isto é, o trabalho/o agir dos trabalhadores do posto de enfermagem é, mesmo que parcialmente, previamente estabelecido pelo pessoal do agendamento, que organiza a Agenda do Dia. Essa é uma ferramenta que os trabalhadores do posto de enfermagem utilizam na orientação de suas ações durante o seu plantão. Os seguintes excertos ilustram esta conjuntura:

[...] nós temos que cumprir a regra que seria o que tá no agendamento, na nossa Agenda do Dia [...] (E.3).

[...] E a enfermagem depois de todo relato tem que devolver esse paciente em papel, né, pro agendamento explicando o que aconteceu, tudo. Se o paciente veio, se o paciente não veio [...] (E.10).

Assim, na produção dos atos cuidadores há a subsunção do trabalho vivo ao trabalho morto. O que está instituído, o fazer anterior dos trabalhadores do agendamento, cristaliza, engessa o trabalho dos profissionais que agem no espaço interseção do cuidado. Há uma rotina que é previamente estabelecida por outros trabalhadores de enfermagem e que influenciam a autogovernabilidade dos atores que atuam no encontro interseção.

E é no processo de interseção que se pode analisar o emprego das valises tecnológicas no trabalho em saúde (MERHY, 2000). O operador do cuidado de enfermagem na CASAI utiliza predominantemente a valise das mãos e da cabeça. O seu objeto de trabalho, os procedimentos, exige saberes estruturados – da técnica, da anatomia, por exemplo – presentes na maleta da cabeça, que coordenam as ferramentas da valise das mãos – termômetro, estetoscópio, esfigmomanômetro, material para curativo, material para registro de enfermagem.

Esta relação interseçora ocorre na micropolítica do processo de trabalho atravessado por normas organizacionais rígidas. Estas introduzem, durante o cotidiano do fazer em saúde, um saber técnico-organizacional (SÁ et al., 2009) na caixa de ferramentas da cabeça. Na CASAI há, muitas vezes, o “endurecimento do processo produtivo” (MERHY, 2007a, p.97), devido à centralidade nos saberes tecnológicos duros e leve-duros.

Todavia, este agir no encontro interseçor é um trabalho vivo em ato ao qual está vinculada a valise das tecnologias relacionais. Desse modo, existem tecnologias leves no processo de trabalho na CASAI. A questão é que o arranjo entre a tecnologia leve-dura e dura existente na CASAI acarreta, na maioria das vezes, a redução dos trabalhadores à uma “unidade de produção de procedimentos” (MERHY, 2007a, p.99).

Além disso, na micropolítica do trabalho coexistem interesses de diferentes sujeitos, dentre os quais podemos destacar os corporativos, burocráticos, políticos e de mercado, bem como os dos trabalhadores e usuários. Desse modo, é importante destacar qual finalidade que trabalhadores logram ao seu trabalho. A partir dos trechos que seguem, pode-se depreender uma finalidade distinta do agir até o momento evidenciado.

[...] Minha finalidade é assim, vamos se dizer, que o paciente se recupere [...] Que eles tomem o remédio mesmo, que eles se recuperem [...] (E.3).

[...] É um apoio, uma ajuda pro paciente no geral, né.eu procuro fazer o melhor pra ajudar eles [...] a gente sempre tenta erguer o ânimo, por mais que esteja difícil ali. Mas a finalidade é ajudar, sempre [...] (E .9).

[...] para cuidados, para medicar, para poder acolher ele quando ele vir de algum hospital ou quando ele vir de alguma consulta, mas eu acho que a finalidade é o cuidado[...] (E.2).

É possível apreender que há um microespaço de trabalho no qual os processos desejantes dos trabalhadores são sobrepostos pela lógica do trabalho morto operante por intermédio das exigências organizacionais e burocráticas. A potencialidade criativa e a autogovernabilidade dos operadores do cuidado é limitada, mas ela é operante, pois nos atos de saúde há a busca pela captura do trabalho vivo em ato. O contexto destes processos de trabalho e cuidado será aprofundado nos próximos tópicos.

Outro elemento a ser analisado são as relações entre os trabalhadores da instituição. De acordo com os mesmos, a interação é, de forma geral, agradável e positiva.

[...] Eu acho que é boa. As dificuldades a gente tem, né [...], os problemas tem. Mas, a gente procura, assim, o foco, né, o paciente, resolver o problema dele, né [...] (E.7).

Embora haja o reconhecimento de dificuldades na interação entre a equipe, não foi observado e nem mencionado nas entrevistas o desenvolvimento de estratégias de conversa e articulação da equipe. Esta, a equipe, é considerada como um processo de relações a ser constantemente observado pelos próprios integrantes, já que estes sentem e vivenciam momentos de dificuldades e satisfação, ruídos e restabelecimentos no processo de trabalho (FORTUNA et al., 2005).

Fortuna et al. (2005) acrescentam que as relações existentes em uma equipe são complicadas de se entender e podem distanciar trabalhadores e usuários de mudanças na forma de se trabalhar em saúde. Sem um diálogo entre os próprios trabalhadores para resolver questões relacionais de interesse, de desejos e de afetos e os possíveis conflitos inerentes aos ruídos do processo de trabalho, a gestão do cuidado comprometido com as necessidades do usuário estará prejudicada.

4.2 Descrição do Fluxograma analisador do processo de trabalho usuário-centrado da Casa de Apoio à Saúde Indígena

Os usuários que dão entrada na CASAI advêm de aldeias situadas na região do DSEI de Mato Grosso do Sul, e esporadicamente, de fora do estado. Normalmente, a chegada dos indígenas é programada, e os mesmos chegam em busca de apoio para realizar um exame, para passar por um especialista ou realizar um retorno em outras instituições de saúde. Estes procedimentos são previamente agendados por meio do Sistema Nacional de Regulação² (Sisreg). Com a confirmação do Sisreg, os Pólos agendam a ida dos indígenas pelo setor de agendamento da CASAI.

Os usuários cuja chegada não é programada são aqueles que recebem alta hospitalar ou que vão por conta própria, de transporte coletivo, carona ou veículo próprio, sem acompanhamento do Pólo Base. Ainda, há aqueles que entram e saem, pois estão indo e vindo para os serviços de saúde. Estes últimos são sempre conduzidos por um motorista da CASAI e, às vezes, acompanhados por algum trabalhador de enfermagem.

² Sistema Nacional de Regulação: é um sistema on-line utilizado para o gerenciamento do Complexo Regulatório desde atenção primária à saúde até a internação hospitalar, com vistas à humanização do serviço, bem como controle e otimização do fluxo e dos recursos (BRASIL; 2008).

É válido salientar que agendados ou não, os indígenas são tratados da mesma forma. Todos são encaminhados para a enfermagem, como será descrito adiante.

Existem dois portões. Um na entrada principal, que fica aberta durante o dia, das seis da manhã às seis da tarde. O outro se situa nos fundos e fica fechado com tranca, porém, há ininterruptamente a presença de um vigilante que tem a chave do portão. Na entrada principal há um vigia enquanto o portão estiver aberto. Em ambos os casos, o segurança permite ou não a entrada do usuário.

Neste momento, é possível observar o início do processo de trabalho em saúde na instituição, quando o vigia torna-se um trabalhador de saúde ao encontrar com o usuário e ao tomar a decisão em como recebê-lo e/ou acolhê-lo (MERHY, 2007a).

[...] todos participam do processo de trabalho [...] os vigilantes recebem os indígenas, fazem rádio-chamada, recebem telefonemas e são importantes no controle de quem entra e sai e quem é esperado na CASAI [...] (Diário de Campo)

Como já referido, o vigilante também atenta para que os indígenas não saiam, devido ao risco de fuga. Uma vez que os mesmos são proibidos de entrar e sair livremente da Casa de Apoio saem apenas acompanhados por algum trabalhador da saúde ou sob autorização da chefia da CASAI ou da Enfermagem. É preciso, por parte não só do vigilante, mas da equipe, lançar mão de tecnologia leve, para abordar, convencer e manter os indígenas na CASAI.

A equipe utiliza tecnologias leves, tais como a criatividade, a paciência e a habilidade, para lidar nessa situação, o que também pôde ser percebido por meio das entrevistas.

[...] Mas assim, que nem eu tô te falando, se não souber levar eles. Tem que saber levar eles. Explicar para eles o porquê, né. Que aqui tem normas, né [...] (E. 3).

Ainda que os trabalhadores empreguem a tecnologia leve neste tipo de ação, é notória a subsunção desta à materialidade das normas rígidas da instituição. Convencer os indígenas a não saírem da CASAI equivale a limitar e/ou cercear a governabilidade dos indígenas em implementar seus desejos.

Tanto os pacientes em trânsito quanto os pacientes CASAI podem fazer entrada na instituição por diversas vezes. Pois é preciso, mesmo com o tratamento finalizado, que eles retornem à CASAI para efetivar/registrar a saída da entidade, o que foi também apontado pelos entrevistados.

[...] E é feito toda a admissão aqui, depois a gente tá encaminhando eles lá, depois de admitir. Voltam de novo pra gente, porque depois que sair do médico voltam pra nós de novo [...] (E. 10).

Após passarem por uma das duas entradas, os indígenas são recepcionados pela enfermagem. Na maioria das vezes, a recepção ocorre no posto de enfermagem e raramente no agendamento, mas sempre é realizada por um trabalhador de enfermagem.

Esse papel não é desempenhado especificamente por uma pessoa. Qualquer profissional de enfermagem que estiver no trabalho exerce essa função. Durante o dia, tanto a enfermeira quanto os técnicos de enfermagem que estão de plantão ou no agendamento recebem os usuários. À noite, é o técnico de enfermagem de plantão quem realiza essa atividade, como pode ser evidenciado na seguinte fala.

[...] quem recepciona eles é a equipe de enfermagem. A equipe de enfermagem faz a entrada [...] (E. 5).

Caso os indígenas sejam recebidos pela enfermeira ou pelo técnico do agendamento, a recepção ocorre na sala da enfermeira ou na sala do agendamento, respectivamente. Nestas circunstâncias, o ambiente é privado, com a possibilidade de uso de cadeiras e mesas. No entanto, quando os indígenas são recepcionados no posto de enfermagem, os mesmos ficam de pé no corredor por onde todos passam.

Na admissão, os trabalhadores de enfermagem solicitam um documento do usuário, que pode ser o comprovante de agendamento de consulta ou de retorno, ou resultado de exame ou encaminhamento para cirurgia, dentre outros. Perguntam ao indígena como ele está, de onde veio (aldeia, alta hospitalar) e por meio de qual transporte chegou até lá. Em seguida, tiram cópia do documento e dos comprovantes. Não foi observada realização de anamnese ou qualquer entrevista mais apurada para saber as necessidades de saúde do indígena.

Na recepção, é importante o uso de outra tecnologia leve, o acolhimento. Embora os trabalhadores de enfermagem demonstraram-se prestativos e solidários no diálogo com os usuários, alguns procedimentos do acolhimento são desconsiderados. O ato de recepcioná-los ocorre, na maioria das vezes, no posto de enfermagem, sem privacidade ou conforto, enquanto o preconizado é que seja em um local que respeite a privacidade do usuário (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009).

Além disso, sem informações da história clínica, obtidas em uma conversa mais aprofundada com o indígena, não é possível avaliar o risco e necessidades de saúde, para um planejamento do cuidado. Este é outro artifício do acolhimento não praticado, o que possibilitaria uma resposta mais adequada ao usuário (MERHY, 1998).

Referente à decisão, próxima etapa do fluxograma, ocorrem vários momentos decisórios. A maioria das decisões é tomada pela chefia e pela equipe de enfermagem. Descrevo, *a priori*, os dois primeiros processos decisórios, que são fundamentais no

direcionamento no decorrer do fluxograma. As demais decisões adotadas serão acrescentadas na oferta do cardápio.

Como já mencionado, o usuário, ao entrar na instituição, na maioria das vezes se depara com o vigilante, que tem também a missão de permitir ou não a entrada de qualquer pessoa na Casa de Apoio. O requisito verificado é se o indivíduo é indígena ou não. Se, porventura, não for indígena, a sua entrada se restringirá ao espaço físico da recepção geral. Outra pessoa (motorista, trabalhador de enfermagem, auxiliar de serviços gerais) que estiver na entrada também pode conferir a origem da pessoa.

[...] Na entrada geralmente ficam os motoristas e sempre um vigilante, este faz a 'triagem' de quem chega [...] (Diário de Campo).

O vigilante ou outro trabalhador, que tenha verificado que o sujeito não é indígena, irá chamar alguém da coordenação geral ou da equipe de enfermagem para atender a pessoa, seja para responder alguma dúvida ou para dizer que naquele local só se assiste à população indígena.

[...] Caso seja indígena (doente ou visitante ou acompanhante) ele [vigilante] o encaminha para a enfermagem e em outros casos ele envia para a coordenação ou para alguém da enfermagem [...] (Diário de Campo).

O indígena segue para a recepção no posto de enfermagem, onde ocorre o processo decisório que definirá se o usuário é paciente em trânsito ou paciente CASAI. Esta é uma classificação adotada pela instituição, e citada pelos entrevistados, para definir os usuários que precisam de uma assistência pontual (paciente em trânsito) e aqueles que necessitam de um cuidado prolongado na CASAI.

[...] Paciente em trânsito é aquele paciente que vem pra cá pra consultar, consulta e vai embora [...] (E. 2).

[...] paciente CASAI é o [...] que fica acamado, que fica hospedado aqui na CASAI, que tá recebendo os cuidados gerais de enfermagem. (E. 2).

[...] Eles já vem aqui já há mais de meses, né, faz um tratamento [...] (E. 9).

De acordo com o tipo de paciente que o usuário é considerado, ele seguirá direções diferentes no fluxo. E, conseqüentemente, usufruirá de um cardápio de atividades distintas.

Na CASAI há uma rotina, que é planejada diariamente pelo agendamento. Esta etapa do processo de trabalho em enfermagem é responsável pela programação de todas as atividades (consultas, exames, tratamentos, visitas hospitalares) que envolvem os indígenas atendidos na instituição.

É no agendamento que se concentra o direcionamento da produção de atividades e ações da CASAI, uma vez que os Pólos encaminham as datas das consultas que o usuário fará. E é neste local onde são realizadas as solicitações de paciente ao Pólo, quando há algum procedimento agendado via instituição ou unidade de referência (BRASIL, 2009).

Ainda no agendamento, as informações atinentes ao usuário (horário e local do procedimento, aldeia e cidade de origem) são identificadas na agenda – denominada Agenda do Dia – que, posteriormente, é passada aos trabalhadores que ficam no posto de enfermagem.

A elaboração da Agenda do Dia é determinada pelos encaminhamentos do Sisreg para consultas e exames, pelas solicitações de apoio dos Pólos para os pacientes em trânsito e pelos demais procedimentos pertinentes aos pacientes CASAI. Não há planejamento das atividades mediante um perfil sanitário da população assistida.

As atividades relacionadas aos usuários são produzidas de acordo com as necessidades dos mesmos apresentadas e percebidas dentro da instituição. Embora, o contato direto com os usuário não seja estreito, são nestas atividades que o trabalhador do agendamento desenvolve um certo autogoverno se comparado aos demais trabalhadores. É no autogoverno que os profissionais têm autonomia e capacidade reflexiva para decidir de acordo com a seriedade dos problemas de saúde (ONOCKO CAMPOS; CAMPOS, 2009).

O próprio agendamento faz uma decisão/determinação prévia entre pacientes em trânsito e pacientes CASAI, uma vez que essa informação vem detalhada na Agenda do Dia. A agenda do dia seguinte é passada pelo responsável do agendamento ao final da tarde para os técnicos em enfermagem de plantão. E o mesmo é realizado nas trocas de plantão à noite e pela manhã do outro dia.

Dessa forma, a programação das atividades e procedimentos inerentes aos usuários se torna acessível a toda a equipe de enfermagem. Com a Agenda do Dia em mãos, os trabalhadores que ficam no posto de enfermagem distinguem pacientes CASAI e em trânsito, e, por conseguinte, o rol de intervenções que cada indígena receberá.

O cardápio para os pacientes em trânsito compreende principalmente o transporte aos serviços de saúde referenciados da cidade. É válido salientar que estes usuários usufruem predominantemente do apoio no transporte, pois estão na CASAI basicamente para realizar apenas uma consulta pontual e/ou para passar por um retorno para dar continuidade ao tratamento no Pólo e cidade de origem.

Além disso, lhes é proporcionado alimentação e, se necessário, acomodação, normalmente, por um dia. Concernente aos cuidados de enfermagem, esses se restringem a orientações sobre o local aonde os indígenas irão e a respeito do tipo de procedimento pelo qual serão submetidos, bem como acerca de eventuais dúvidas por parte dos usuários.

Ademais, há a ação do agendamento, que mantém o controle sobre as próximas datas de retorno, se houverem. O agendamento e o pessoal do posto de enfermagem são responsáveis pelo serviço de referência e contrarreferência entre CASAI e Pólo Base, e vice-versa.

[...] A referência e contra-referência funciona, são passadas as informações da CASAI para o Pólo, e vice-versa. Mas estas informações não acompanham o paciente, não há um prontuário único, não há acompanhamento da história clínica [...] (Diário de Campo).

Assim, falta um histórico do paciente que o acompanhe pelo menos na rede de atendimento do DSEI. As informações são referenciadas, mas não há um acompanhamento da evolução do problema de saúde. Em cada retorno do indígena à CASAI, os trabalhadores não sabem o que aconteceu com ele na aldeia. Este foi um problema evidenciado na observação e apontado por alguns entrevistados.

[...] Em alguns casos os trabalhadores demonstram não saber toda a história do problema de saúde do indígena, isto é plausível, pois sem histórico não há possibilidades de lembrar detalhes de tantas situações diferentes[...] (Diário de Campo).

[...] Na hora em que eles chegam lá [no consultório médico, por exemplo], pra ver o diagnóstico e nós aqui, a gente fica meio além, né, do que acontece com os doentes. Porque quando chega aqui [...] vai pro médico, às vezes, sem saber quando, como começou a doença [...] (E.5).

No sistema de referência e contrarreferência não importa apenas o estabelecimento de um fluxo e contrafluxo, é preciso reconhecer que neste aparelho sejam repassadas informações pertinentes à melhoria da qualidade do atendimento e à garantia da integralidade do cuidado.

Embora os procedimentos de referência e contrarreferência sejam estratégias importantes no redirecionamento para a integralidade na atenção à saúde, o sistema ainda se encontra em estágio de pouco desenvolvimento, tanto no âmbito teórico quanto na divulgação de experiências de seu uso (FRATIN; SAUPE; MASSAROLI, 2008). Desta forma, a realidade da CASAI reproduz o contexto geral da área da saúde no país.

O cardápio oferecido aos pacientes CASAI inclui o transporte pelos serviços de saúde, bem como os cuidados diretos da enfermagem, tais como: admissão de paciente/acompanhante, administração de medicamentos via oral, intramuscular e subcutânea, curativos, verificação de sinais vitais, banho no leito e de aspersão; fluxograma quanto à óbitos ocorridos na cidade e atividades burocráticas (BRASIL, 2010).

É válido salientar que na CASAI não são ofertadas consultas médicas ou exames. Os procedimentos realizados concernem aos produzidos pela enfermagem, que foram acima referidos. A equipe de enfermagem não realiza rodas de conversa ou outros procedimentos que descentram da doença.

A oferta de novas práticas em saúde propicia a construção de vínculos, de escuta, de autoestima e autogovernabilidade dos usuários, bem como o apontamento de novos caminhos para a gestão do cuidado e de trilhas para uma organização institucional e organizativa adequada às necessidades reais dos usuários (UCHÔA, 2009).

Sem a produção de procedimentos descentralizados da doença, o vínculo e a responsabilização ficam comprometidos durante o processo de cuidar. A produção de um cuidado que valoriza o conhecimento afetivo e cognitivo acarreta questões que ultrapassam o âmbito técnico-científico fundamentado no modelo biomédico e este contexto constitui um grande desafio à organização dos serviços públicos de saúde (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2004; UCHÔA, 2009).

Uma prática diferenciada inerente ao cuidado de enfermagem prestado na CASAI é o acompanhamento, que é crucial aos indígenas que possuem dificuldade de informação, desinformação com relação ao funcionamento dos serviços de saúde e que sofrem preconceito da sociedade, principalmente nos locais de atenção à saúde. Assim, os trabalhadores que ficam no posto de enfermagem, inclusive a enfermeira, acompanham os indígenas durante as consultas, retornos e procedimentos (exames de imagem, laboratoriais, dentre outros).

Visto que a missão da CASAI é prestar apoio aos indígenas e seus acompanhantes que estão em tratamentos ou em recuperação, as atividades burocráticas também fazem parte do cardápio, pois o registro de enfermagem fomenta as informações necessárias aos usuários e ao trabalhador que os acompanham enquanto os primeiros fazem uso dos serviços de saúde referenciados pelos SUS. Estas informações são necessárias, pois a maioria dos indígenas que é assistida pela Casa de Apoio desconhece ou não consegue descrever o que sente para os trabalhadores de saúde durante as consultas médicas e demais procedimentos a que se submete.

A enfermagem também é responsável por emitir a requisição de transporte. Os motoristas precisam avisar e solicitar autorização para levar ou buscar os usuários de um lugar para outro. Até mesmo se estiverem na rua, eles ligam mediante rádio para o pessoal que fica no posto de enfermagem para saber se podem ir de um lugar para o outro.

[...] É diferente a forma de agir dos motoristas, parece que estão submetidos ao crivo da enfermagem. Tudo que envolve decisão (se vai buscar o paciente ou não em lugar, por exemplo) é acionada a Enfermagem via rádio [...] (Diário de Campo).

Os motoristas são os trabalhadores quem mais conversam com o pessoal da enfermagem. E o trabalho dos primeiros está submetido ao dos segundos. Os trabalhadores de enfermagem tem a função de coordenar a entrada e a saída dos motoristas por intermédio da emissão de guias de autorização que depois são enviadas à coordenação da Casa de Apoio para controle. O tráfego dos carros e ambulâncias da instituição está vinculado ao transporte dos indígenas, os quais, por sua vez, estão “sob a responsabilidade” da enfermagem.

Esta dependência está naturalizada no processo de trabalho da CASAI, os motoristas enxergam esse controle intermediado pela enfermagem como algo normal e ao pessoal da enfermagem é conferido um certo *status* pela hierarquia a que os motoristas estão submetidos. As regras institucionais foram absorvidas pelos trabalhadores, assim como a dureza do trabalho duro, que captura o agir desses trabalhadores. Muitas vezes, os profissionais da enfermagem informam somente ao motorista o destino dos usuários e os motoristas nem sempre conversam com os indígenas sobre o destino de suas saídas. Os indígenas precisam perguntar “qual o próximo passo” a que se submeterão no seu tratamento e/ou recuperação. Outros muitas vezes ficam sem saber o que está acontecendo com eles mesmos, como pode ser evidenciado no seguinte trecho do diário de campo.

[...] Uma indígena, com aproximadamente 40 anos de idade, que chegou do interior do Estado, foi levada e permaneceu sozinha nos exames em que o filho, de dois meses, foi submetido. E quando chegou não sabia falar o que aconteceu, não sabia os motivos que justificavam os exames do bebê. No serviço de saúde nenhum trabalhador lhe dera algum comprovante sobre o retorno ou sobre o exame [...]. (Diário de campo).

Neste excerto é possível observar dois ruídos. O primeiro se refere à falta de diálogo entre o trabalhador do posto de enfermagem e a indígena, não houve tecnologia relacional que possibilitasse a apreensão da necessidade daquela indígena. Ela necessitava de um acompanhamento de um trabalhador da enfermagem para apoiá-la e informá-la sobre o procedimento a que seu filho estaria se submetendo.

Outro ruído se refere à falta de comunicação entre agendamento e posto de enfermagem, sendo que o primeiro que tem contato com a equipe do Pólo Base não se informou sobre o caso da usuária. Ou se informou, não relatou e/ou registrou a necessidade de acompanhamento por parte da enfermagem.

Ademais, outro elemento proporcionado no cardápio dos pacientes CASAI é a alimentação. Na instituição, há uma cozinha e um refeitório, onde, respectivamente, são feitas e oferecidas seis refeições diárias a que o indígena tem acesso. A dieta alimentar é elaborada por uma nutricionista. No entanto, é a equipe de enfermagem que especifica o tipo de dieta para cada caso clínico. A hospedagem é outro item do cardápio. A CASAI

acolhe os indígenas em tempo integral desde a etapa da primeira consulta até o término do tratamento (BRASIL, 2010).

Alguns medicamentos disponíveis na rede própria da Secretária de Assistência à Saúde Indígena também são oferecidos. A assistência farmacêutica está dirigida a garantir fármacos essenciais para os indígenas a partir das necessidades e especificidades locais (BRASIL, 2009).

O agendamento tem a responsabilidade de registrar os retornos e solicitar ao Pólo a vinda daquele indígena que possui um procedimento a ser realizado. Além disso, o trabalhador do agendamento e a enfermeira realizam visitas hospitalares aos pacientes CASAI internados.

Os pacientes em trânsito após utilizarem o serviço de transporte, alimentarem-se e, se necessário, se hospedarem, entram na CASAI novamente para registrar a sua saída/retorno para a aldeia junto à enfermagem.

Acontece o mesmo com os pacientes CASAI, que, ao finalizarem seu tratamento nos serviços de saúde, ou dar continuidade ao mesmo no Pólo de origem ou no domicílio (aldeia), são encaminhados para o Pólo Base de origem. Caso contrário, os indígenas permanecem na CASAI e se reiniciam no fluxograma.

Deste modo, a saída de um indígena pode ocorrer pela melhora do quadro, e conseqüente término do tratamento. Pode ser também por abandono ou óbito. Ou ainda, por transferência do tratamento do problema de saúde para a cidade de origem ou no domicílio (aldeia). Há também o caso em que o acompanhante retorna para sua casa e deixa o seu ente enfermo na CASAI.

Na saída de qualquer indígena a equipe de enfermagem precisa seguir as etapas seguintes:

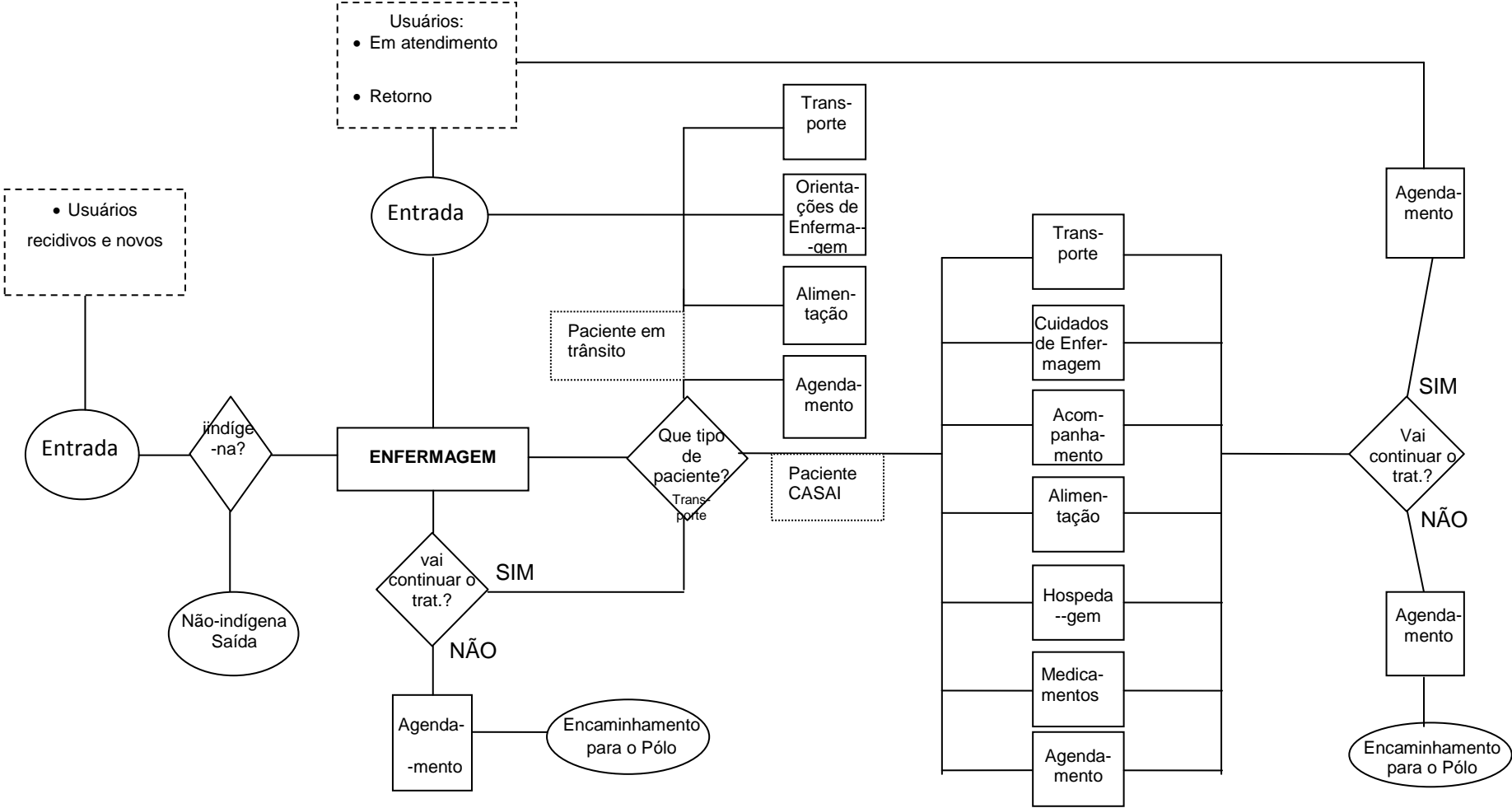
[...] Registro da saída no livro de entrada e saída, relato no livro relatório de enfermagem, preencher a contrarreferência, enviá-la via fax e arquivar o prontuário na pasta [...] (Diário de Campo).

Além disso, é necessário orientar os usuários quanto ao possível retorno, sobre a prescrição médica, se houver, e a respeito dos cuidados com a saúde.

Devido aos registros acima descritos, que devem ser realizados na saída do indígena, o processo interseçor final trabalhador/usuário fica pautado pelas tecnologias duras. E a lógica do trabalho vivo em ato é capturada pelas normas institucionais rígidas.

A seguir é apresentado o Fluxograma analisador do processo de trabalho usuário-centrado da CASAI. Por intermédio do mesmo é possível identificar os momentos da trajetória de atendimento do indígena na Casa de Apoio; e são eles: entrada, recepção, decisão e saída, bem como o cardápio oferecido.

Figura 4 – Fluxograma analisador do processo de trabalho usuário-centrado da Casa de Apoio à Saúde Indígena..



Fonte: Elaborado pela autora, 2011.

4.3 Concepções dos trabalhadores de enfermagem

Os conceitos que refletem as concepções dos sujeitos foram apreendidos em análise dos trechos temáticos à luz do referencial teórico, com enfoque no processo de trabalho e de cuidado no contexto de atenção à saúde indígena.

As categorias e subcategorias estão apresentadas no consolidado do Quadro 1.

Quadro 1 - Categorias de análise das entrevistas com trabalhadores de enfermagem da Casa de Apoio Saúde Indígena, Distrito Sanitário Especial Indígena Mato Grosso do Sul, 2011.

Categorias	Subcategorias	
O olhar dos trabalhadores sobre o indígena cuidado	<i>A atitude retraída do indígena</i>	<i>O ser humano indígena</i>
A construção dos atos cuidadores	<i>As relações interseçoras do processo de cuidar</i>	<i>A ação de acompanhar como componente do processo de cuidar</i>
O processo de trabalho e a dureza da sua normatização	<i>Agendamento: elemento regente do processo de trabalho da enfermagem</i>	<i>O registro de enfermagem como atividade burocrática</i>

Fonte: Elaborado pela autora, 2011.

4.3.1 O olhar dos trabalhadores sobre o indígena cuidado

A representação que os atores envolvidos no processo de cuidar possuem uns dos outros é importante no delineamento do próprio ato cuidador. O conhecer o outro permite a troca de subjetividades. Neste sentido, analisou-se, nesta categoria, como os trabalhadores de enfermagem enxergam o indivíduo alvo de sua atenção, o indígena.

4.3.1.1 A atitude retraída do indígena

As falas analisadas evidenciaram que os trabalhadores de enfermagem entrevistados enxergam o indígena assistido como um ser tímido, desconfiado, que chega à CASAI retraído.

[...] como eles vivem nas aldeias muitos deles ainda são bastante tímidos, né, são bastante retraídos, né [...] (E.4). [...] eles chegam aqui bem retraídos, até conhecer bem as pessoas a gente vai conversando [...] (E.5).

Na seguinte fala, é possível perceber que os indígenas se sentem acudados por se encontrarem em um ambiente diferente de sua habitualidade.

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

Os atos cuidadores são instituídos processualmente em um espaço relacional. Nesse processo, os atores envolvidos constroem uma visão/percepção uns dos outros, permeada pelas subjetividades envolvidas. Com relação aos atores trabalhadores, o trabalho em saúde se ancora em um olhar social desses(deles ?) sobre o sujeito do cuidado (MANDÚ, 2004).

A percepção dos profissionais está relacionada com a visão do índio como/ em termos de um estereótipo passivo e simplificado reproduzido pela historiografia mais tradicional. As ideias profundamente inculcadas na história brasileira criam um universo imaginário em que os indígenas são aqueles povos imutáveis, alheios e objeto de preconceito (LIMA, 1995). Estas percepções parecem ser compartilhadas pelos trabalhadores.

No entanto, é importante frisar que na instituição são assistidos indígenas que apresentam algumas particularidades apontadas pelos entrevistados. E este aspecto da percepção dos trabalhadores pode ser confirmado em um trecho do diário de campo, que se refere a uma situação de fragilidade que os usuários da CASAI apresentam.

[...] Entraram hoje, trazidos pelo motorista, uma indígena de 46 anos e seu bebê de dois meses. Ela veio trazer seu filho para fazer o segundo teste do pezinho. Em conversa entre a técnica de enfermagem e a mãe, a mesma não soube dizer certamente o motivo de estar aqui. Quando eles chegaram já percebi as mesmas características que os indígenas menos urbanizados (que ficam em menos contato com a sociedade envolvente) normalmente apresentam: trajés humildes, aspecto de medo e expressão de desconfiança [...] (Diário de Campo).

Os indígenas possuem um forte sentimento de pertencimento a um espaço e a um grupo social determinado. Quando chegam à CASAI, eles se sentem retraídos porque estão em um contexto institucional, em um centro urbano. Embora seja elemento constituinte do modelo de atenção à saúde dos povos indígenas (BRASIL, 2002a), a Casa de Apoio não pertence à realidade deles e a estrutura organizacional institucional parece reforçar esta ideia. Eles se encontram afastados de sua casa, de seus costumes, de seus pares e familiares. Estes mesmos indivíduos podem ser na sua aldeia pessoas ativas, imponentes e respeitadas, porém, por estarem distante de sua comunidade, se sentem descolados destes *status*, não pertencentes àquele ambiente.

Todavia, mesmo que os trabalhadores possuam uma visão parcialmente condizente com a realidade dos índios, há a visão conservadora de uma figura romântica do indígena por parte dos entrevistados, que reproduz uma visão arcaica em que os ameríndios

são seres primitivos e incapazes de ter opinião. Este ponto de vista pode ser evidenciado na fala acima citada, em que um participante se refere, mesmo que sem intenção, ao contexto de vida do indígena como um “*habitat*”. A perspectiva dos trabalhadores é produto de um contexto e de um processo histórico, em que os indivíduos não-indígenas estão inseridos, no qual as heranças culturais de preconceito e de valorização da cultura ocidental não foram superadas.

O sujeito e suas vivências compõem uma estrutura sociocultural global que expressa, em uma contemporaneidade, as condições vitais, as trajetórias e os códigos em que o indivíduo aprende e estabelece sensações, desejos e sociabilidades (MANDÚ, 2004). Isto é, nesta estrutura, o sujeito consegue estabelecer os seus “modos de andar a vida” (MENDES GONÇALVES, 1994, p. 59) e ver a vida.

Deste modo, o trabalhador da CASAI, que é uma estrutura sociocultural global, reproduz o pensamento da sociedade na qual está inserido. No Brasil, a menor aceitação das divergências culturais está subjacente à maior tolerância às diferenças físicas (SHWARTZMAN, 1999). Isto é, o estereótipo do indígena como incapaz, preguiçoso ou selvagem é revelador de um desconhecimento cultural que o país possui sobre os ameríndios (VIANA; LIMBERTI, 2010).

Os seguintes excertos reforçam, por partes dos trabalhadores, a perspectiva de um ameríndio desamparado e reiteram um desconhecimento sobre a maneira como ele vive e pensa.

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

[...] Às vezes eles chegam aqui e ficam perdidos, que às vezes eles não sabem, [...] É, [eles não tem] esclarecimento. Muitas vezes, eles nem sabem em que cidade eles estão [...] (E. 10).

Mediante as ações provenientes de tais concepções dos trabalhadores, que se situam inseridos no contexto institucional da CASAI, os indígenas apresentam um comportamento protetivo. Para se protegerem, muitas vezes, eles negam sua própria identidade (VIANA; LIMBERTI, 2010). As noções culturais do índio são suprimidas pelo medo ocasionado por estar fora de sua aldeia e pelo próprio ambiente que a Casa de Apoio significa para eles. Assim, boa parte dos ameríndios na CASAI se mostram passivos, retraídos.

Esta conjuntura é enfatizada pelo fato, sinalizado nas falas dos entrevistados, de que os indígenas que chegam à CASAI já esgotaram todas as possibilidades de tratamento espiritual nas aldeias.

[...] eu acho que eles têm, né, os cuidados da tribo, da aldeia, né. Eles costumam fazer as medicações deles, mas também é, aqui com a gente não [...] (E.4).

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

Sem soluções conhecidas para o seu problema de saúde, os indígenas partem para os serviços de saúde de grande complexidade dispostos a aceitar o que receberem, expressando uma certa passividade dentro da desconhecida e complexa rede biomédica de atenção à saúde.

[...] muitos indígenas eles não falam, se você pergunta alguma coisa, eles só balançam a cabeça, tudo eles vão falar que tá bom [...] (E9).

Todavia, é válido ressaltar que, na concepção dos trabalhadores, não são todos os indígenas que são inertes neste processo:

[...] a gente tem alguns (indígenas) que são bem esclarecidos, outros não [...] (E3).

Haja vista que o olhar do ator do cuidado para o usuário possibilita ao profissional se aproximar e/ou entender o universo do sujeito, a perspectiva que o trabalhador de enfermagem possui sobre o indivíduo com quem construirá o cuidado está intimamente ligada à qualidade e à finalidade do processo de cuidar.

Salienta-se que os trabalhadores de enfermagem vivem em um panorama histórico de concepções racistas de superioridade e inferioridade. E os mesmos, como uma estrutura sociocultural global, reproduzem práticas e percepções semelhantes ao que lhes foi proporcionado enquanto experiência particular e vivência interrelacional em um contexto histórico específico.

Ademais, o conhecimento/saberes específicos sobre o cuidado ao indígena e o tecnicismo procedente da modernidade, gênese da valorização da leitura de sinais orgânicos (biológicos, fisiológicos, químicos) que descaracteriza o sujeito da relação (MACHADO; COLVERO, 1999), reforçam a visão generalizada dos trabalhadores.

E, como já referido, foram poucos os entrevistados que tiveram alguma formação a respeito da saúde indígena e sobre os aspectos culturais destes povos. Também não lhes foi proporcionado, pelo menos para a maioria, momentos de capacitação sobre atenção à saúde indígena.

Isto posto, os trabalhadores de enfermagem, de maneira geral, não conseguem considerar os saberes e concepções diferentes daqueles estabelecidos pela biomedicina inerentes ao modo de andar a vida indígena. Na sociedade indígena, a explicação de uma necessidade em saúde está vinculada às regras sociais e culturais, por isso é importante relativizar o olhar sobre o cuidado (GONÇALVES, 2011; OLIVEIRA, 2004).

A construção do olhar relativizado diz respeito à postura de ver e ouvir o outro, de considerar os aspectos culturais, experienciais, sociais subjacentes ao processo de adoecimento e/ou necessidade de saúde que o indivíduo sinta. A doença demanda uma interpretação e atuação no meio sociocultural, ela não é uma situação estática (LANGDON, 2003). É também definida pelo

Padrão cultural, que informa a percepção dos sujeitos e traça os limites para a conceituação da doença e a determinação da forma como as intervenções curativas vão ser concebidas e operacionalizadas (CARDOSO, 1999, p. 43).

Construir um olhar relativizado/sensível a estas questões no contexto de assistência à saúde indígena é fundamental, sobretudo devido às diferenças culturais existentes, por exemplo, na CASAI, um local onde geralmente quem cuida não é indígena. A qualificação dos serviços de saúde e da identificação das necessidades de saúde do usuário está profundamente ligada à percepção da diversidade cultural da maneira de ver e vivenciar o processo saúde-doença-cuidado das diferentes coletividades (NOVO, 2011; OLIVEIRA, 2002).

Sendo assim, as redes de símbolos e significados do sistema de cuidado indígena e do sistema oficial devem ser consideradas na construção do olhar relativizado do trabalhador sobre o sujeito do cuidado. É importante frisar, que embora a questão cultural seja marcante neste contexto, o olhar relativizado é também importante nos demais contextos de atenção à saúde; afinal, o modo como cada pessoa sente e percebe a sua dor e o seu processo de adoecimento é individual, singular.

Além disso, a situação de medo e desconforto não é compartilhada somente pelos indígenas da CASAI. Usuários hospitalizados e/ou institucionalizados sentem as mesmas sensações quando estão em serviços de saúde, cujas equipes não respeitam o espaço privativo e nem as necessidades do outro (PROCHET; SILVA, 2008; TRAVERSO-YEPEZ; MORAIS, 2004). Isto porque, “a concepção de sujeito predominante no pensamento sanitário não está em sintonia com os principais valores e pressupostos que o orientam hegemonicamente na atualidade” (AYRES, 2001, p. 65).

4.3.1.2 O ser humano indígena

A ideia compartilhada pelos entrevistados é de que todos os indígenas, como seres humanos que são, são semelhantes resguardadas as suas diferenças.

[...] É igual um negro e o branco também, eu vejo da mesma. Porque, ah, porque é índio, porque isso. Eu não vejo [assim] [...] (E6).

Na concepção dos trabalhadores, os indígenas são pessoas com as mesmas disposições e angústias, alegrias e problemas, habilidades e dificuldades, enfim, com as mesmas necessidades que os brancos também possuem.

[...] Tem que achar que ele é um ser humano e precisa da gente [...] (E3). [...] não tem diferença, entendeu. Como todo ser humano, tem uns que são mais hostis, tem uns que são mais vergonhosos, tem uns que são mais extrovertidos, todos tem [...].(E1)

A estrutura sociocultural global de cada indivíduo é carregada por um corpo biológico, e esse sim é elementar a toda humanidade. Os homens são feitos da mesma matéria e possuem as mesmas necessidades básicas por serem seres biológicos. Todavia, são seres pensantes e relacionais também. Estes âmbitos correspondem ao que Mendes Gonçalves (1994, p. 58) denomina de “normatividade extrabiológica”. Embora sejam experienciadas de maneira particular, as vivências individuais, no caso de adoecer, espelham o coletivo (MANDÚ, 2004).

Não é diferente no caso dos indígenas. Eles refletem tensões que todo ser humano está passível de sofrer. O índio é um ser humano e, por isso mesmo, é capaz de agir com generosidade ou de não se comportar de modo tão nobre (MAHER, 2006). O que diferencia é a forma como cada indivíduo encara, age e reage frente aos acontecimentos e/ou desordens do universo que cada pessoa representa dentro de suas interrelações e de seu contexto de vida.

No entanto, no caso dos povos indígenas, tem-se a falsa ideia de que eles são seres distantes por viverem em longínquas florestas e por compartilharem de culturas exóticas. Isto porque a consciência do brasileiro não se identifica com o índio, despreza e inferioriza o outro, bem como seu jeito de viver a vida (GAMBINI, 2000).

Embora, neste estudo, advogue-se a igualdade entre os seres humanos, ou seja, antes de ser indígena, caucasiano, africano ou asiático, o indivíduo é um ser humano e por isso possui certas necessidades e tensões comuns, não se defende a generalização e simplificação da história ameríndia. Isto é, não se opera com conceitos e imagens conservadoras constatadas na sociedade brasileira, cuja noção sobre os povos indígenas é de que os mesmos são um povo único, sem diversidade étnica e cultural (SILVA, 2010; VIANA; LIMBERTI, 2010).

Não se busca a naturalização das diferenças existentes entre os povos (indígenas, portugueses, negros, italianos, dentre outros) que constituem a sociedade brasileira. As culturas, no decorrer de suas experiências históricas, tendem a adotar ou excluir elementos oriundos de outros mundos culturais (BORGES et al., 2002). Com a naturalização, os grupos humanos instituem relações com outros povos, as quais, na

medida em que provocam um “apagamento” dos preconceitos, transmitem a falsa ideia de convivência em perfeita harmonia (MACHADO, 2007; VIANA; LIMBERTI, 2010).

Ao passo que os trabalhadores também compartilham a noção de igualdade entre os seres humanos, é possível apreender em suas falas uma assimetria de poder presente na relação trabalhador – indígena a partir da negação daquilo que se afirma. Os seguintes excertos ilustram tal contexto.

[...] (os indígenas) tão é com medo de um branco [...] (E. 3).

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

[...] Eu vejo normal, pra mim não tem diferença da minha cor para a deles, de mim pra eles, eu não vejo diferença. Eu acho que todos nós somos iguais [...] (E.8).

[...] Porque nós brancos, né, vemos a vida diferente da deles, né. Eles têm uma vida diferente da nossa, né. Então. Você conversando com eles, você vê que todo mundo é igual, que [...] vai passar às vezes pela aquela mesma situação, né, eu não vejo diferença [...] (E.9).

Para melhor elucidar a ideia da negação, vamos recorrer ao exemplo do surgimento do termo ‘caboclo’. A origem do caboclo esta relacionada com a miscigenação, ocasionada pela “união” entre homens não-indígenas e mulheres indígenas, as quais sobreviveram dos conflitos de escravização e que foram levadas para fazendas do sertão nordestino (COSTA JUNIOR, 2007). Os descendentes foram chamados de caboclos e construiu-se, então, uma negação da presença dos indígenas na região nordestina (SILVA, 2010). Fato esse favorável aos fazendeiros locais, cujas posses foram expandidas com as invasões de terras indígenas (SILVA, 2008), cujos verdadeiros donos, com justificativas como a do caboclo, foram esquecidos.

As agências ocidentais, sob a insígnia de um empreendimento de colonização e desenvolvimento, historicamente subordinaram os indígenas, e ainda o fazem, por intermédio de relações de poder assimétrica (FERREIRA, 2007). Fiorin (2000) critica a visão a partir da negação que os brasileiros possuem dos povos indígenas. O autor descreve esta visão como eurocêntrica, na qual, para os não-indígenas, faltam aos ameríndios certas qualidades para serem semelhantes aos europeus.

As negações incidem principalmente sobre crenças, costumes, modos de ser, enfim, sobre a cultura. As negações nem sempre indicam defeitos dos indígenas, muitas vezes eles são mostrados como seres naturais (FIORIN, 2000, p. 35).

A negação da identidade indígena contribui para o silenciamento de muitos ameríndios, como foi evidenciado na CASAI e discutido no tópico anterior. Assim, uma relação assimétrica entre os trabalhadores e os indígenas a partir da negação da identidade

ameríndia pode contribuir para a construção de um cuidado que não valoriza o modo de andar a vida do outro.

Apesar de se apreender uma relação assimétrica no processo de cuidar na Casa de Apoio, os participantes da pesquisa reconhecem a diversidade étnica que existe entre os indígenas por eles assistidos. Também apontam diferenças no comportamento entre os ameríndios conforme a cultura de cada etnia.

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

[...] Nós aqui da CASAI procuramos sempre tá por dentro né, da cultura de cada índio [...] (E.10).

As principais etnias apontadas são: Terena, Kadiwéu, Guarani (Kaiowá) e Xavante, como é possível perceber nos excertos.

[...] A gente trabalha até com os xavantes aqui, né, então, eles são bem rígidos assim, né [...] (E.9).

[...] Tipo os terenas que são pessoas mais, vamos dizer assim, é, não tão retraídos né. Eles conversam mais, diferente, tipo dos kaiwoá, né, que são povos mais retraídos, mais tímidos, né [...] (E.4).

[...] O kadiwéu é outro também que, depende de pessoa pra pessoa, né, eles são bem arredios também [...] (E.9).

A partir destes trechos, evidencia-se que os trabalhadores de enfermagem distinguem as características comportamentais dos indivíduos de cada etnia. O que é possível por intermédio do tempo de contato contínuo em uma relação diacrônica que há entre os trabalhadores de enfermagem da CASAI e os indígenas. No entanto, mesmo na relação diacrônica, há a negação do que se afirma.

Consoante à atenção diferenciada preconizada pela PNASI, a consideração da diversidade cultural e social dos povos indígenas é fator elementar e deve permear a prestação de ações e projetos de saúde junto a estas populações (BRASIL, 2002a).

Contudo, os trabalhadores entrevistados reconhecem a diversidade cultural entre os povos indígenas. Por outro lado, a imagem estereotipada do indígena como o incapaz está presente, mesmo que parcialmente, em sua percepção sobre os nativos.

4.3.2 A construção dos atos cuidadores

A micropolítica do processo de trabalho na CASAI é instituída pela sua realidade, sua lógica de modelagem de cuidado, suas regras institucionais e normas organizacionais. É neste cenário, delineado dentro e fora das dependências físicas da instituição, que são produzidos os atos cuidadores e são discutidos nesta categoria.

4.3.2.1 As relações interseçoras do processo de cuidar

Esta subcategoria compreende características do processo de cuidar dos indígenas. O cuidado, aqui, diz respeito ao momento em que há a relação interseçora, em que se processa o ato cuidador. São discutidas as concepções dos trabalhadores referentes a esta intervenção relacional e que, segundo os mesmos, devem incluir alguns elementos, aos quais se refere a discussão do trabalho neste tópico. *A posteriori*, será discutido o quanto tais relações interseçoras são estruturadas ou estruturantes dentro do processo de trabalho da CASAI.

Na concepção dos trabalhadores de enfermagem, o processo de cuidar do indígena possui dois elementos basilares: a habilidade dos profissionais de saúde em lidar com o indígena e a relação pautada na confiança. Os seguintes trechos ilustram esta ideia.

[...] Eu converso, fico puxando assunto, muitos deles são muito tímidos, né. Então, a partir do momento que você ganha confiança deles, aí você ganha um amigo também, né [...] a partir do momento que você ganha essa confiança deles, você tem tudo com eles [...] (E. 10).

[...] É, eu acho que cada um tem sua, sua habilidade, né, de chegar nas pessoas, né. Conversar, confiança...que eles criam uma confiança na gente, criam uma confiança [...] (E.5).

Na Casa de Apoio não há atendimento médico, o que reitera a imagem da equipe de enfermagem como o representante da medicina ocidental. Os trabalhadores de enfermagem são bastante requisitados pelos usuários. No entanto, para que o indígena peça ajuda e se deixe compartilhar do cuidado, os trabalhadores da CASAI, especialmente os de enfermagem, precisam estabelecer com os ameríndios uma relação baseada em confiança. Para que isso ocorra, a aproximação exige um certo traquejo destes profissionais.

[...] Se você não tiver jeito, não tiver tato para lidar com eles, é complicado, realmente é complicado. Em função da cultura, da própria cabeça deles, da falta de conhecimento [...] (E.6).

[...] Você tem que ir com jeito né, conversar, pedir [...] (E.8).

[...] Eu acho que é o olhar nos olhos. É o contato também. O tato também faz parte do cuidado. Você só conversar com a pessoa tem um resultado. Você conversar, falar: Olha, é assim tal. Tem um outro resultado [...] (E.7).

Para isto, pode-se aprender, na concepção dos entrevistados, que se fazem necessárias duas principais tecnologias leves: a empatia e o afeto. Nos trechos que seguem é possível depreender que há empatia, sensibilidade nas ações dos entrevistados durante o cuidado.

[...] É aí, que eu acho que entra a gente nesse meio [...] a pessoa humana né. O coração da gente. Porque [...] eu trato qualquer paciente como se fosse um pai e uma mãe meus [...] (E.2).

[...] Pra trabalhar com eles (indígena) tem que ter um pouco de sensibilidade (E5). É ter um pouco de solidariedade com eles [...] (E.8).

Nas reflexões de Fontes (2010), a respeito dos estudos de Edith Stein³ sobre empatia, destaca-se o caráter do significado experiencial da relação com o *outro* e o meu *eu*. Nas ponderações do autor, empatia, na visão de Stein, é entendida como:

Uma participação das vivências interiores que temos em relação à outra pessoa, à consciência que tenho de que o outro está a viver e que requer um transferir-me à sua interioridade. O outro se apresenta como alguém vivo, que pela sua corporeidade, se distingue de um mero corpo físico (FONTES, 2010, p. 29).

A consciência de que o outro não é um simples corpo biológico e a sensibilidade em transferir os sentimentos e vivências alheias para a própria interioridade favorecem o reconhecimento da subjetividade do outro. Isto se expressa na relação entre os sujeitos. O que possibilita desenvolver a comunicação empática, que compreende a abordagem à pessoa pelo seu nome e a escuta sobre seus modos de ver, sentir e viver as suas necessidades em saúde (SANTOS et al., 2010).

Estes substratos pessoais dos trabalhadores de enfermagem da Casa de Apoios ajudam a configurar aos atos de saúde a dimensão cuidadora, em que o núcleo de competência profissional específico é capturado pelo núcleo cuidador. Este modelo “impõe no dia-a-dia do funcionamento do estabelecimento uma relação entre os núcleos que operam na produção dos atos de saúde, uma articulação que possibilita um agir sobre a dimensão específica do problema” (MERHY, 2007a, p. 128)

O agir da enfermagem, na concepção dos entrevistados, também está pautado no afeto, conforme se evidencia nas seguintes falas.

[...] Tem aquele carinho [...] E assim, quando a gente vai cuidar deles eu gosto de ser carinhosa com eles porque isso ajuda (E.3).

[...] E os cuidados gerais que a gente faz pra, pra você fazer com o máximo de carinho, que com eles tem que ter um carinho bem especial mesmo (E.10).

[...] Eu penso assim ó, tudo que você faz tem que ter amor, né. [...] Então, tem que ter um pouco de humanização, entre você e o paciente, né. [...] (E.8).

³ Sobre Edith Stein, ver em: STEIN, E. **Escritos autobiográficos y cartas**. Rio de Janeiro: Editorial Monte Castelo. 2007. Obras Completas, vol.1

Gonçalves (2011) cita em seu trabalho afirmações de indigenistas e antropólogos que se reuniram no encontro “Memórias Sertanistas”⁴ Uma das falas é de Porfírio Carvalho⁵, o qual ressaltou que o trabalhador em saúde indígena deve ser indigenista antes de tudo, ele deve “amar” os indígenas.

A ideia do indigenista vai ao encontro da atuação dos cuidadores de enfermagem entrevistados, cuja visão sobre o cuidado de enfermagem busca incluir a dimensão psicoafetiva (sentimentos e emoções) dos atores envolvidos. A dimensão da afetividade humana faz parte da história de vida e é moldada pelos sentimentos conscientes e inconscientes, de prazer, satisfação, tristeza, frustração e necessidade, mas não está desconectada das esferas biológica e sociocultural do indivíduo (MANDÚ, 2004).

O “amar os indígenas” pressupõe o respeito e a consideração pelas diferenças do outro. Nos atos cuidadores na CASAI são estabelecidos laços de amizade. A humanização dos serviços de saúde está intimamente relacionada com a competência do trabalhador em estabelecer afetos – conversar, preocupar-se, manter relação acolhedora - e envolver os usuários no cuidado (BRASIL, 2006; MANDÚ, 2004; NATIONS; GOMES, 2007)

O afeto é uma tecnologia leve que propicia a aproximação do trabalhador com o universo do usuário e o cuidado comprometido com a melhora da qualidade de vida do indivíduo. Este tipo de intervenção tecnológica favorece o “cuidar com”, uma vez que abrange o envolvimento e comprometimento do trabalhador com o usuário. Assim, ambos podem construir conjuntamente o cuidado no campo das tecnologias leves. Considerando a mudança de lugar, da aldeia para a cidade, o acolhimento integral dos indígenas é fundamental, a fim de que sejam garantidos a permanência confortável e o respeito às diferenças culturais (GUZZARDI, 2005).

Outra dimensão evidenciada no processo de cuidar na CASAI está relacionada ao cultivo de relacionamentos baseados na confiança. Os excertos abaixo fundamentam esta ideia.

[...] Vai tentando (conversar) até eles pegar confiança na gente, depois que eles pegam confiança, que eles acham, que vão ver que a gente vai dar o cuidado pra eles. Aí, eles começam a conversar com a gente normalmente (E.8).

[...] se eles não confiarem na gente pra gente fazer todo o procedimento, até mesmo chegar para conversar, fica difícil [...] (E.10).

Tem que ser uma aproximação mais de amizade mesmo. Sem cobrar nada. Sem cobrar que ele tá sujando o quarto. E sem muita pressão (E5).

⁴ Evento: Memórias Sertanistas; 100 anos de indigenismo no Brasil. São Paulo, 2010.

⁵ José Porfírio Carvalho é indigenista há mais de 32 anos e atua junto com os índios Waimiri Atroari no norte do país.

[...] Você tem que ir com jeito, né, conversar, pedir [...](E.8).

No ato cuidador, os profissionais precisam se aproximar do indígena, para estabelecer um diálogo e assim o cuidado. A confiança é componente fundamental nos relacionamentos estabelecidos com o indígena (ALCOCK, 2002; GONÇALVES, 2011). Outros autores (DIAS-SCOPEL, 2005; FÓLLER, 2004) também evidenciaram em suas pesquisas que é preciso constituir com os indígenas um relacionamento calcado na confiança.

Gonçalves (2011) assinala que trabalhar com os indígenas é diferente, não é o mesmo que atuar em outros serviços de saúde, como o hospital. A autora afirma que na Casa de Apoio, onde realizou sua pesquisa, o trabalho dos profissionais de saúde exige um envolvimento pessoal. Para os ameríndios, as relações configuram “uma situação onde a troca social não é mediada por objetivações materiais como as que caracterizam as economias do dom ou da mercadoria” (CASTRO, 1996, p.130).

Quando os indígenas sentem que existe um vínculo entre eles e os trabalhadores, depositam verdadeiramente uma confiança em seus “cuidadores” não-indígenas. Reconhecem a ajuda, o cuidado prestado pelos trabalhadores de enfermagem como um bem descapitalizado, um bem para a vida.

Dias-Scopel (2005) destaca a importância da postura ao se aproximar do indígena. A autora explica que o sentido atribuído à fala “*saber trabalhar com o índio*” utilizada pelos profissionais de saúde, sujeitos de sua pesquisa, refere-se à compreensão do sistema indígena, em chamar o indígena para o diálogo e em envolvê-lo no processo de discussão sobre a decisão relacionada aos seus problemas de saúde e ao serviço de saúde (DIAS-SCOPEL, 2005, p.129).

Desse modo, no processo de cuidar do indígena é preciso serem empreendidas tecnologias leves, tais como, a responsabilização, o vínculo e a automização. Como já mencionado, o indígena assistido na CASAI fica retraído na instituição, fato que reforça a necessidade do emprego destas tecnologias na aproximação e na relação como os mesmos, consequentemente, no processo de cuidar.

É válido salientar que alguns trabalhadores apontaram dificuldades no empreendimento destas tecnologias leves e no traquejo utilizado na aproximação do ameríndio. Note-se nos seguintes excertos:

[...] no começo foi difícil, foi um choque, né. E achei bem complicado, bem difícil, né. [...] Difícil você entender, [...], já trabalhei em vários hospitais, entendeu. Por isso, que eu acho que é complicado [...] Você tem que tratar de forma diferente [...](E.1).

[...] aqui no começo foi um pouco complicado pra mim [...] muitos falam só na língua. É difícil até de entender, né, que eles tão

querendo dizer, né, passar pra gente. Mas aí, conforme os, os dias, né, a gente vai aprendendo um pouco do dialeto deles [...] (E. 4)

Os trabalhadores não indígenas que atuam na saúde indígena muitas vezes são despreparados para atenção a estes povos (NOVO, 2008). Muitos trabalhadores e gestores não conseguem compreender e reconhecer os saberes e práticas das medicinas tradicionais indígenas (FERREIRA, 2007). Isso porque tais trabalhadores desenvolvem práticas de saúde fundamentadas na biomedicina, bem como apresentam uma abordagem sobre as necessidades de saúde que medicaliza os problemas sociais (FÓLLER, 2004).

A conjuntura apontada por Fóller (2004) é comum à Casa de Apoio. Embora os trabalhadores valorizem o contato/ diálogo com os usuários e não haja atendimento médico na Casa de Apoio, o cuidado de enfermagem está atrelado às prescrições médicas que os indígenas trazem do serviço de saúde que lhes prestou este tipo de atendimento.

[...] Não só remédio lá, VO, intramuscular, subcutâneo. A gente tem que conversar com eles também, ver como é que eles tão sentindo aqui dentro também [...] (E.2).

[...] Os pacientes precisam de cuidado, precisam de medicação, etc, né. Então, tem que controlar isso aí [...] (E.1).

Held et al. (2011) referem que os sujeitos de sua pesquisa – trabalhadores de saúde – estabelecem compromissos espontâneos no cuidado ao indígena, como por exemplo a predisposição em aprender um dialeto. Entretanto, conforme os autores, devido à valorização da biomedicina, a dificuldade no contato entre culturas é predominante à vontade/necessidade de superar lacunas da relação indígena-trabalhador.

Retoma-se a questão da falta de capacitação dos trabalhadores quando iniciam e/ou durante seu trabalho na CASAI. Frisa-se que este percalço se repete em diferentes localidades de atenção à saúde indígena (COIMBRA et al., 2006; DIAS-SCOPEL, 2005; FÓLLER, 2004; LANGDON et al., 2006). A baixa capacitação dos profissionais está diretamente ligada às dificuldades em se estabelecer um cuidado compromissado com as necessidades dos indígenas.

A importância da capacitação é reconhecida pelos entrevistados na CASAI.

[...] cada etnia tem a sua forma de vida, né. É um ritual diferente, é uma religião diferente. Então, eu acho assim se a gente soubesse mais, seria bem mais fácil de a gente tá lidando com eles [...] eu acho que, nós brancos deveríamos sempre tá por dentro, estudando, procurando ver [...] (E.10).

Desse modo, a relação interseçora estabelecida junto ao indígena compromissada com as necessidades ameríndias não deve abarcar somente o cultivo da confiança, mas, sobretudo, a consideração pela cultura indígena, bem como o conhecimento

da língua e da diversidade étnica. Faz-se importante, deste modo, o apoio institucional na promoção de capacitação para superação do desconhecimento/estranhamento por parte dos profissionais de saúde não indígenas em relação à medicina tradicional indígena (HELD et al., 2011).

A não priorização pela capacitação dos trabalhadores por parte da instituição se constitui em uma tecnologia dura, pois a valorização biomédica é fruto de um trabalho, de um pensamento anterior, morto. Além de estar na contramão da atenção diferenciada preconizada pela PNASI. A operacionalização da atenção está vinculada à postura e à prática dos atores do cuidado representantes do subsistema, do SUS, de atenção à saúde indígena. Se eles desconhecem a cultura do outro, não saberão como proceder diante da perspectiva multicultural indígena.

Além disso, sem conhecimento sobre as diversidades indígenas, o processo de cuidar será arena de “choque” de cultura, de estranhamento cultural entre os atores do cuidado. Tal conjuntura foi evidenciada no processo de trabalho da Casa de Apoio, como pode ser observado nas seguintes falas e no trecho do diário de campo:

[...] Respeitar a atitude dele. E, porque tem situações que você entra em atrito com a cultura deles. Então, onde você tem que chegar numa certa situação e se postar ali, entendeu (E6).

[...] (para cuidar do indígena) tem que ser uma pessoa calma, com vontade de aprender. É, assim, que o preconceito a gente já vem com ele, a gente muda com o tempo, com a convivência você muda de ideia [...] (E7).

Em conversa com uma das técnicas, [...] ela disse que eles (os indígenas) são diferentes de nós (não indígenas), [...]. Ela disse que alguns são limpos e outros são bem sujos, vem com a própria roupa do corpo para a CASAI. Não tem a preocupação de trocar de roupa, tomar banho, arrumar uma mala, que nem “nós”. Tem que entendê-los e gostar, porque caso contrário, não tem como ajudá-los. (Diário de Campo).

Muitas vezes, as diferenças culturais tornam conflituoso o ato cuidador junto com o indígena (GONÇAVES; 2011). Os conflitos configuram uma barreira cultural proveniente da atitude dos trabalhadores calcada “na tradição eurocêntrica de aplicar conhecimentos da biomedicina, higiene e saneamento segundo princípios científicos” (FÓLLER, 2004, p. 138).

No espaço relacional, estabelecido no microespaço de atenção à saúde indígena, são colocados dois tipos de ética, uma que pondera os valores etnocêntricos, estabelecidos pela sociedade não indígena, e uma ética universal, que alude à liberdade na tomada de decisão de cada um (MACHADO, 2004).

Visto que o uso de tecnologias relacionais aproxima o trabalhador do universo do usuário (MERHY, 2007a), o emprego não subordinado da valise de tecnologias leves em detrimento das valises tecnológicas leve-duras e duras é importante. Empreender arsenal tecnológico leve, tal qual o respeito, o diálogo, e empatia e o vínculo, favorece a transposição das barreiras etnocêntricas provenientes, genericamente, do distanciamento cultural e da valorização da abordagem biomédica impregnada na consciência ocidental.

Embora as concepções dos trabalhadores de enfermagem da CASAI evidenciem intenções de se utilizar tecnologias leves, o campo onde acontecem os atos cuidadores, conseqüentemente, onde se estabelecem as relações pautadas na confiança, situa-se em uma arena política atravessada por arsenal tecnológico duro – aspirações da organização institucional, normas reguladoras, burocracia.

Sob este prisma e tangencialmente ao discurso dos trabalhadores de enfermagem, é preciso considerar e analisar se a tecnologias leves são efetivamente utilizadas na prática. E é esta micropolítica do processo de trabalho da Casa de apoio que será abordada na próxima categoria. No entanto, antes, é preciso discutir outro elemento característico do processo de cuidar da Casa de Apoio, o acompanhamento.

4.3.2.2 A ação de acompanhar como componente do processo de cuidar

Acompanhar, no contexto de cuidado da CASAI, é entendido como o ato de ir com o usuário aonde ele precisar para suprir sua necessidade de saúde. Com relação ao acompanhamento, a PNASI define o seguinte: Estas “Casas de Saúde deverão [...] marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões” (BRASIL, 2002a, p.15)

Isto é, o ato de acompanhar no processo de trabalho da CASAI é estar junto com o indígena não somente na Casa de Apoio, mas principalmente nos serviços de saúde, onde se realizam consultas médicas, procedimentos laboratoriais, hemodinâmicos, dentre outros.

[...] A gente tá aqui pra dar o apoio, dar assistência, dar hospedagem, transporte, o acompanhamento [...] (E.7).

Na perspectiva de um conceito amplo de cuidado, que se preocupa com a promoção do bem-estar do indivíduo (MANDÚ, 2004; AYRES, 2000), o acompanhamento é considerado pelos trabalhadores como um aspecto importante no processo de cuidar prestado na CASAI, devido às dificuldades de entendimento e de diálogo que o indígena possui durante o atendimento nos serviços de saúde da “medicina ocidental”.

Alguns indígenas não conseguem se situar no emaranhado fluxo da atenção em um centro de referência. Bem como apresentam dificuldades não apenas em se

expressar na língua portuguesa, mas ao procurar verbalizar seu problema de saúde para um desconhecido.

[...] Olha, se eles não têm acompanhamento e eles vão lá e não entende o que você tá falando, a médica tá falando ou vice-versa, [...] você pergunta e eles não sabem te explicar (E.8).

[...] Importante, (o acompanhamento) porque [...] quando a gente acompanha é mais pra isso, né. Lá, a gente tem contato com o médico, explica, né, que o paciente não fala português [...] (E.4).

Por intermédio de uma das histórias comentadas pelos trabalhadores de enfermagem em conversas informais e registrada no diário de campo é possível nos situarmos com relação ao comportamento de alguns indígenas que estão em serviços de saúde biomédicos. Segue o trecho.

Um dos trabalhadores de enfermagem contou um fato, em que uma de suas colegas que trabalhava em uma CASAI e foi acompanhar dois indígenas em dois centros de atenção à saúde diferentes. Ela deixou um deles no lugar em que ia consultar e explicou para ele, que se fosse chamado, era para entrar e falar com o médico. Enquanto levou o outro ameríndio para consultar em outro local, deixou o primeiro na sala de espera. Ao retornar, percebeu que o médico já havia ido embora e o indígena não fora atendido, continuava sentado exatamente no mesmo lugar. Sem entender o motivo, perguntou ao indígena porque não fora atendido e o mesmo respondeu que não o chamaram, chamavam pelo 'próximo' e por isso ele não foi (Diário de Campo).

Diante deste relato, a pesquisadora registrou no Diário de Campo o seguinte comentário enquanto refletia a respeito do que ouvira e presenciara em suas observações.

Este caso reafirma sobre o que tenho pensado, os indígenas não tem a mesma vivência que 'nós' (não indígenas) temos, desde criança já entramos em contato com os serviços médicos, ao nascer. Tudo isso, o acesso aos serviços e o caminhar na atenção a saúde, é internalizado durante as nossas experiências de adoecer e de tratamento dos nossos problemas de saúde. Alguns indígenas não compartilham destas vivências, especialmente aqueles que têm menos contato com a sociedade não indígena. Surge a pergunta diante das minhas ideias, como fazer para que a politicidade do cuidado ocorra e seja garantido um cuidado desalienador? (Diário de Campo).

Pires (2005) defende que a politicidade do cuidado está justamente na ambivalente habilidade política do ser humano em refletir e intervir no auxílio ao outro de forma a assegurar a vida ou a manter um domínio, podendo aquele ser, assim,

emancipatório ou alienador. Ainda conforme a autora, a ação humana dominadora e agressiva é intensificada pelo capitalismo.

Neste sentido, a informação é fator crucial na desalienação ou submissão da pessoa, “informação é política” (SANTOS, 2000, p.58). Ayres (2001) defende que o sujeito é possuidor de um potencial transformador, capaz de produzir história e o seu devir. Desde que esteja ciente do espaço social no qual está inserido.

Para isto, os atores sociais, trabalhadores em saúde, do contexto precisam favorecer a relação fraterna e solidária aos indivíduos que se sentem desprotegidos devido ao seu processo de adoecimento. O processo de trabalho em saúde preocupado com a melhora do indivíduo pauta suas ações na criatividade com a lógica de resgatar/manter o modo de andar a vida do usuário (MERHY, 2007b; SÁ et al., 2009).

Na atenção à saúde do ameríndio é necessário que haja um lugar compartilhado, com trocas de vivências, em que o indígena e os não índios se sintam em reciprocidade e que o primeiro sintam-se pertencente àquele espaço (GONÇALVES, 2011). Neste sentido, mesmo diante da condição que os povos indígenas sejam heterogêneos em sua forma de pensar e agir (FÓLLER, 2004), é prioritário considerar que eles, quando estão em tratamento na Casa de Apoio, se encontram em um processo de transição, habituação por saírem de sua aldeia e irem para o centro urbano.

Gonçalves (2011) elucida este fato ao discutir a própria fala de indígena participante de sua pesquisa e admite que o ameríndio transita entre duas culturas, indagando-se quem o ajudará neste percurso. O que configura uma necessidade do indígena atendido pela CASAI. É por este motivo que o acompanhamento é importante e considerado parte do processo de cuidar da Casa de Apoio. Um cuidado que se estende para fora dos domínios físicos da instituição.

E são em ambas as situações, tanto dentro quanto fora das estruturas da Casa de Apoio, que a automização deve ser empreendida. Esta tecnologia leve é resultado de um cuidado centrado no favorecimento da autonomia do ameríndio (FRANCO, 2004). Deste modo, é fundamental uma politicidade do cuidado voltada para a emancipação do indígena, por intermédio de uma informação política do mesmo e a fim de que ele se torne sujeito na produção da sua própria saúde.

Retomando a história ouvida na pesquisa de campo, a trabalhadora, que protagonizou com o indígena a curta narrativa, pode ter pensado que ele seria capaz de corresponder àquela situação. Ou ela pode tê-lo deixado sozinho, pois teve que acompanhar outro ameríndio no mesmo horário, o que configuraria um ruído no processo de trabalho em saúde, que não conseguiu atender as necessidades de seus usuários.

Seja qual for o motivo, a trabalhadora da CASAI não conseguiu perceber que o indígena entendeu de forma errônea a informação que ela lhe passara. Houve um ruído na

comunicação. Neste cenário, também participaram outros trabalhadores de saúde que não atentaram para aquele usuário que não fora atendido e nem de que se tratava de um indígena. Por parte de qualquer trabalhador não houve uma informação política efetiva capaz de desalienar o indígena do desconhecimento de um *locus* incomum à sua realidade. É importante salientar que indígenas e não indígenas compartilham o mesmo desconhecimento quando estão em lugares diferentes. E diferentes no sentido de hostil, afinal quantas vezes um usuário passa por um serviço de saúde e não se sente acolhido.

“Uma das coisas que quase todo mundo conhece mas não sabe muito bem como demonstrar é que a política de um país reflete o modelo de sua cultura” (GEERTZ, 2008, p.135). Neste panorama de atenção à saúde, o indígena é um representante dos demais usuários, não indígenas também, que recorrem diariamente aos serviços de saúde e são tratados de forma impessoal e objetual. O indivíduo não é visto holisticamente, pelo contrário, é fragmentado em especialidades (PIRES, 2005), valoriza-se o corpo biológico, a doença.

Afinal, a responsabilização pelo indivíduo que está em uma instituição de atenção à saúde deve ocorrer para qualquer pessoa, independente de raça, etnia ou origem (MERHY, 2008), isso é equidade. Não há uma politicidade emancipatória do cuidado. Quanto mais desprotegidos os usuários se sentirem, mais submetidos estarão aos cuidados de trabalhadores de saúde. E quanto mais submetidos se sentirem a estes cuidados mais desprotegidos/alienados se tornarão.

4.3.3 O processo de trabalho e a dureza da sua normatização

Até o presente momento foi delineada a produção do processo de cuidar que é realizada pelos atores – trabalhadores e usuários – na Casa de Apoio, observando-se que o cuidado se estende para além dos muros físicos da instituição. E, que a construção dos atos cuidadores ocorre em uma micropolítica do processo de trabalho, existem forças que determinam o arranjo do emprego das tecnologias.

A CASAI tem como missão articular a linha do cuidado na assistência à saúde indígena (FRANCO, 2004). Para isto, acompanha os ameríndios e os apoia até que retornem para sua região de origem. Desse modo, não há na instituição equipamentos de alta tecnologia e não são prestadas consultas médicas.

O que permite depreender que, sem a presença física de tecnologias duras, as possibilidades do processo de cuidar ser mais flexível são maiores. No entanto, existem normas e burocracias inerentes à própria micropolítica do processo de trabalho da instituição – a articulação entre serviços complexos e os Pólos Base – que minam o campo das tecnologias leves no qual é produzido o cuidado.

Franco (2004) argumenta que a atenção à saúde indígena é campo paradoxo, uma vez que a assistência deve se respaldar em saberes da saúde coletiva (clínica, epidemiologia, planejamento e ciências sociais), assim como em outros, tais como a antropologia e psicanálise. Entretanto, assume delineamentos de um “modelo que opera centrado nos recursos ofertados pela maquinaria e instrumental duro normativo e estruturado, pouco relacional e dialógico” (FRANCO, 2004, p. 14).

É' nesta arena de forças paradoxais que se desenrola o processo de trabalho na CASAI. Diante deste cenário, nesta categoria são realizadas, na sequência, algumas discussões sobre os aspectos administrativos e normativos que permeiam o agir dos trabalhadores.

4.3.3.1 Agendamento: elemento regente do processo de trabalho da enfermagem na CASAI.

O agendamento é percebido pelos trabalhadores de enfermagem como o foco central no trabalho na CASAI. Os discursos dos sujeitos evidenciam uma demasiada valorização do trabalho no agendamento, visto que, na concepção dos entrevistados, o agendar/ organizar as atividades é uma ação essencial para o funcionamento da Casa de Apoio.

O agendamento é fundamental, porque é ele que vai organizar tudo, tanto questão de papel, documento, quanto [...] alguém ir com ele (indígena), porque é necessário (E.2).

Sem ele não tem como a gente, acho que é o cérebro, né, do funcionamento é o agendamento (E.1).

Para melhor entender o agendamento, é válido recorrer a uma analogia. Imagine um concerto musical, que é fruto do trabalho de um grupo de músicos com autogoverno, mas submissos às composições musicais expressas em partituras. O deslumbramento do produto/bem final, a música, dependerá diretamente do manejo da sensibilidade e da habilidade individual e coletiva dos músicos em um contexto “regente” (partitura e maestro).

Assim é no processo de trabalho da CASAI. O contexto “regente” corresponde às particularidades da micropolítica do espaço de trabalho na instituição. O agendamento compõe/planeja o dia das atividades de assistência na instituição. A partitura se correlaciona à arquitetura organizacional (normas da instituição e planejamento escrito – Agenda do Dia – organizados pelo agendamento). O maestro corresponde à ideia, reiterada pelas normas institucionais, de um agir centrado em procedimentos. A execução destas “notas musicais” dependerá da responsabilização, sensibilidade e traquejo dos

trabalhadores de enfermagem, que possuem, em maior ou menor grau, uma governabilidade em decidir como se portarão no palco subjetivo do cuidado.

Neste palco, o aparato administrativo e normativo institucional funciona principalmente de modo a organizar – “reger” – logisticamente a produção em saúde proveniente da aldeia e a de outros equipamentos, com o intuito de assegurar o tratamento destes usuários indígenas nos serviços de saúde especializados. Guzzardi (2005) corrobora afirmando que o aperfeiçoamento da gestão na CASAI é determinante na integração do sistema de saúde indígena.

Nesta perspectiva, o agendamento realmente tem função imprescindível na CASAI. Entretanto, o processo de trabalho vai além, inclui outros aspectos, como o cuidado de quem aguarda para ser atendido e/ou o fim de seu tratamento, além da atenção aos acompanhantes que ficam angustiados na ociosidade da espera por notícias de seus familiares.

Os profissionais que trabalham no agendamento possuem carga horária distinta daqueles que atuam na assistência direta, no posto de enfermagem. Os primeiros não trabalham em regime de plantão de doze horas, ao passo que os últimos sim. Ter os finais de semana disponíveis, na medida em que outros pares não os têm, é encarado como um benefício.

Visto que a CASAI é uma ponte de integração entre a atenção primária e os centros de referência no atendimento ao indígena (FRANCO, 2004), o agendamento tem papel relevante na instituição por intermediar os agendamentos e a comunicação entre estas instâncias de atenção. Por isso, também, o agendamento é supervalorizado pelos entrevistados.

[...] [o agendamento] é o lugar onde tudo vai...é tudo...os pacientes vem, eles tem que ter o conhecimento do agendamento, entendeu? O agendamento tem o conhecimento e passa para nós [...](E.2).

O setor do agendamento planeja as atividades relacionadas ao cuidado prestado ao indígena, por conseguinte, determina certas ações do pessoal do posto de enfermagem.

[...] [o agendamento] organiza a questão do horário para o paciente não perder aquela consulta, aquele exame. Se ele vai vir com acompanhante, se não vai. Se vai precisar, né, tem também a parte do técnico de enfermagem, se vai precisar ir junto [...](E.7).

O agendamento é um *lócus* de tomada de decisão na Casa de Apoio. É onde todas as atividades inerentes ao apoio ao indígena são planejadas. Envolve o planejamento do atendimento ao usuário e da ação dos outros profissionais da equipe de enfermagem, bem como do agir do motorista, do pessoal da cozinha e das trabalhadoras da limpeza.

Embora os trabalhadores entrevistados utilizem um arsenal tecnológico leve no ato interseçor, o autogoverno do seu trabalho, na percepção dos mesmos, está vinculado principalmente a esses processos decisórios organizacionais.

[...] eu não tenho uma autonomia de decidir que aquele paciente tal hora precisou de uma assistência. Da assistência no sentido do apoio [...], por exemplo, pega ele e leva num posto [...] (E.5).

[...] Porque a gente faz tudo em função, em função de, de regras que colocaram aqui. E aí, como que eu posso te falar? E a gente não pode sair disso [...] (E.9).

Em pesquisa na CASAI de São Paulo, Gonçalves (2011) demonstrou que a equipe se sente insegura na tomada de decisões. Na Casa de Apoio do Mato Grosso do Sul este cenário é agravado, pois os trabalhadores trabalham em regime de contrato, e como corroborado pelos mesmos:

[...] eu fico com o pé atrás. Porque a gente, como é sistema de contrato [...] (E.9).

Além disso, o agendamento é considerado como:

[...] uma extensão da enfermagem, que fica responsável por organizar os pacientes que vão receber assistência da CASAI [...] (E.7)

O agendamento é parte do processo de trabalho da enfermagem,; no entanto, há uma segmentação nos afazeres da enfermagem, a separação entre agendamento/planejamento e o posto de enfermagem. A influência do trabalho capitalista centrado em tecnologias duras e na organização rígida do agir dos trabalhadores é evidenciada. As principais tecnologias duras apresentadas na micropolítica do trabalho na Casa de Apoio são expressas pela burocracia, pormenorizada mais adiante, e pela estrutura administrativa e organizacional da instituição.

A segmentação do fazer da enfermagem em planejar/agendar e executar/assistir caracteriza a divisão técnica e social do trabalho, haja vista que os principais indivíduos envolvidos no agendamento dificilmente atuam na assistência direta junto aos indígenas.

No agendamento se concentra o “pensar o trabalho” e na enfermagem ocorre o “executar o trabalho”, sendo que a execução de tarefas é balizada por planejamento/ordens de outros. Há a presunção de que quem pensa não age e quem age muito pouco planeja. Evidentemente, no espaço relacional o trabalhador de enfermagem tem autogoverno, mesmo que inconsciente, para construir, e, conseqüentemente, pensar o cuidado juntamente com o indígena. Todavia, a Agenda do Dia, as metas, as atividades a serem cumpridas no plantão engessam/capturam o trabalho vivo em ato.

O autogoverno do trabalhador de enfermagem no cuidado fica ameaçado, principalmente porque estes atores – profissionais de enfermagem – valorizam demasiadamente o agendamento e o cumprimento do mesmo. No entanto, é preciso salientar que a estrutura organizacional da CASAI exige a realização do que consta na Agenda do dia. O que está na contramão do que Campos (2007) defende, conforme o qual, a organização livre do trabalho propicia esquemas mais diacrônicos de distribuição de poder. Com relação à Casa de Apoio, Gonçalves (2011) corrobora que a qualidade da assistência oferecida na CASAI está intimamente relacionada com as condições da equipe de trabalho.

Contudo, Campos (2007, p. 232), valendo-se dos pressupostos de Guattari, argumenta que é preciso estabelecer “linhas de transversalidade” entre as forças antagonistas de autonomia (autogoverno) e de delegação de responsabilidade, a fim de se esgotar conjuntamente a potência destes dois fatores.

É contundente que o agendamento é crucial no funcionamento da Casa de Apoio, no entanto, a lógica de um ato cuidador é a garantia do bem-estar do indígena e não o foco na execução exímia do agendamento. É como no concerto musical, é preciso ter disciplina ao executar a partitura, mas também sensibilidade e autogoverno o suficiente para tornar bela a melodia da música, a qual, no processo de cuidar, equivale ao cuidado comprometido com o usuário.

A coerência do trabalho não está na harmonia – falta de autogoverno – do agir dos trabalhadores mediante o contexto “regente” (normas da instituição e determinação do agendamento), mas sim em “dar ouvidos” aos processos desejantes dos atores do cuidado e, a partir dos ruídos/conflitos do processo de trabalho, iniciar a desconstrução do modelo de atenção procedimento-centrado.

A inversão da lógica do cuidado não é realidade apenas dos serviços de saúde indígena. Pelo contrário, o agir procedimento-centrado está arraigado no modelo de atenção e constitui entrave para o progresso da implementação dos valores preconizados pelos SUS.

4.3.3.2 O registro de enfermagem como atividade burocrática

A burocracia foi apontada nos depoimentos como o registro excessivo de enfermagem. O preencher vários formulários é uma norma da Casa de Apoio. Logo, é um elemento estruturado, uma tecnologia dura, que, se não for bem administrada, tem poder capturante sobre o trabalho vivo em ato.

[...] parte burocrática [...] tem que ter, todo lugar tem. Aqui é mais, Porque é documento, documentação, entendeu. [...]. Todos

pacientes que passaram aqui têm algo documentado deles aqui [...]
(E1).

[...] A norma que tem aqui é essa. E além de você escrever, você ainda tem que dar o cuidados para o paciente. Essa é a norma [...]
(E8).

Os registros de responsabilidade da enfermagem se referem ao preenchimento: do livro de relatório de enfermagem, no qual, em todo plantão, registra-se as ações ocorridas na CASAI com identificação de horário e plantonista; do prontuário, que é aberto para todo indígena que estiver com prescrição medicamentosa ou que esteja com déficit no autocuidado; do mapa de dieta, que é determinado e feito pelo técnico de enfermagem à noite; do mapa diário dos quartos, pelo qual é possível se verificar quantos e quais são os indígenas em cada quarto; do livro de entrada e saída, no qual se registra horário, data, qual acompanhante (se chegou sozinho ou trazido e acompanhado por qual funcionário do Pólo) e meio de transporte utilizado; da planilha de óbitos ocorridos na cidade; das fichas de produtividade dos procedimentos de enfermagem e de contrarreferência aos Pólos (BRASIL, 2010).

Visto que as informações relacionadas às ações e observações desempenhadas pela Enfermagem devem ser registradas para o gerenciamento do cuidado e avaliação de atendimento, o registro é importante na assistência de enfermagem (SANTOS; PAULA; LIMA, 2003). É importante também por possibilitar a comunicação permanente entre os profissionais a respeito da realidade que está documentada (MATSUDA et al., 2006)

O preenchimento manual deve ser claro e objetivo do ponto de vista jurídico para que evite a possibilidade de erros na comunicação entre a equipe (MARCOLINO et al., 2004). No entanto, o sistema de informação manual favorece erros, rasuras e letras ilegíveis (MATSUDA et al., 2006), especialmente no cotidiano de um processo de trabalho com normas rígidas. Além disso, este tipo de registro gera insatisfação nos trabalhadores de enfermagem, os quais o consideram um método de comunicação limitado e ultrapassado frente às diversas possibilidades tecnológicas modernas (SANTOS; PAULA; LIMA, 2003)

Na Casa de Apoio, o preenchimento dos documentos é manual e absorve muito tempo dos trabalhadores, como pode ser evidenciado nos trechos do Diário de Campo.

[...] A técnica de enfermagem parece estar bem atarefada. Há vários agendamentos [neste contexto, procedimentos aos quais os usuários serão encaminhados] que já foram confirmados, mas precisam ser passados para o livro de relatório de enfermagem [...]. (Diário de Campo).

[...] Há tempo que observo que os técnicos estão anotando os procedimentos de enfermagem no livro de relatório de enfermagem e

nos prontuários. Eles demonstram um demasiado tédio [...]. (Diário de Campo).

Apesar disso, na perspectiva da supervalorização do agendamento, há conseqüentemente uma valorização de determinadas atividades burocráticas relacionadas ao controle e planejamento das atividades de enfermagem. Esta conjuntura foi evidenciada por Mendes Gonçalves (1994) em seu livro que aborda as atividades administrativas inerentes ao trabalho de enfermeiras

A maioria dos entrevistados da CASAI percebem o registro de enfermagem como um elemento necessário ao processo de trabalho, especialmente para lhes garantir segurança mediante qualquer eventualidade. O contrário do sentido negativo atribuído pelas enfermeiras às atividades da “*burocracia administrativa*” – exceto aquelas relacionadas ao controle e planejamento das atividades – evidenciado por Mendes Gonçalves (1994, p. 209). Perceba nos seguintes trechos,

[...] Eu vejo mais como uma garantia que, tudo que ele fez tá registrado, né. Que tá anotado [...] (E.4).

[...] Quanto mais você escrever melhor, entende. Até pra você se calçar de determinadas situações futuramente. Então, qualquer coisa você tem ali (E.6).

[...] parte burocrática [...] tem que ter, todo lugar tem, Aqui é mais [...]Você tem que se organizar [...] (E.1).

Como já assinalado, o registro de enfermagem é importante na assistência de enfermagem, inclusive por constituir um instrumento que pode ser acessado e utilizado em processos de cunho ético-legal e na qualificação do cuidado (MATSUDA; et al., 2006). Entretanto, na CASAI o registro de enfermagem constitui um elemento fortemente estruturado no trabalho.

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

Pode-se depreender que os trabalhadores não conferem a devida importância ao registro na atuação da enfermagem, eles agem com a terminalidade/ finalidade/objetivo de cumprir as regras. Até as ações do cuidado são percebidas como normas a serem cumpridas.

Os registros têm sua importância na operacionalização do processo de trabalho, no entanto é desejável a aquisição de tecnologias específicas para a superação dos entraves burocráticos da administração pública e para a promoção e a adoção de metodologias de trabalho mais ágeis, eficazes e efetivas (BRASIL, 2007)

Além disso, o vínculo institucional por contrato temporário e a micropolítica permeada por uma organização burocrática rígida geram um clima tenso no trabalho na instituição. No contexto de assistência à saúde indígena há um agravante relacionado à política de atenção diferenciada, que limita e retrai a ação dos trabalhadores, pois alguma postura entendida como imprópria pelo ameríndio pode acarretar algum processo legal (GONÇALVES, 2011). Os profissionais da instituição trabalham na iminência de uma possível demissão e por isso trabalham segundo as regras e conforme é predeterminado pelo agendamento.

Este contexto é comum à conjuntura de trabalho da Casa de Apoio de São Paulo, onde a equipe de saúde se sente insegura e sem poder exercer plenamente suas funções (GONÇALVES, 2011). Em outros serviços de atenção à saúde indígena em que trabalham profissionais não indígenas há também uma atuação centrada na burocracia (DIAS-SCOPEL, 2005; LANGDON; DIEHL, 2007). Os trabalhadores ficam imobilizados pela burocratização com conseqüente alienação e descompromisso com o ato cuidador pautado pelas necessidades do usuário (CAMPOS, 2007).

São criados esquemas verticais de poder por intermédio de uma organização do trabalho fundamentada no taylorismo, com imposição à equipe de normas administrativas e padronizações técnicas (CAMPOS, 2007) e conseqüente limitação do autogoverno e do potencial criativo dos mesmos. É empreendida na CASAI um rol de tecnologias de gestão do trabalho, que possibilita limitar ao máximo o autogoverno do trabalhador em pleno trabalho vivo (MERHY, 2007a).

Alguns participantes da pesquisa reconhecem o âmbito negativo do registro de enfermagem.

*[...] atrapalha um pouquinho sim, questão de escrever muito no livro
[...]* (E.9).

*[...] pelo serviço que se faz aqui, é muita coisa para preencher. Às vezes, o pessoal não tem nem tempo para conversar com o paciente
[...]* (E.5).

Assim, a burocratização tem poder capturante sobre o trabalho vivo em ato. A produção de relações interseçoras é prejudicada porque os trabalhadores têm seu agir engessado por registros, pela burocracia. Esta conjuntura representa a “história das teorias administrativas e gerenciais: a produção de tecnologias leve-duras, no campo da gestão organizacional que visam a captura do trabalho vivo, transformando-o em morto” (MERHY, 2007a, p.55).

Todavia, mesmo com o autogoverno limitado, no processo de trabalho em saúde não há a impotência total, devido à abertura contínua à presença do trabalho vivo em ato e suas diferentes lógicas (MERHY, 2007a). Neste sentido, é válido retomar a valorização

dos entrevistados pelo contato/diálogo e a necessidade apontada pelos mesmos em cultivar com os indígenas relacionamentos baseados na confiança.

Tais concepções dos trabalhadores de enfermagem instituem forte potência para a criação de “linhas de fuga” (MERHY, 2007a, p.55) na lógica de produção centrada no procedimento. No entanto, a micropolítica atravessada pela arquitetura organizacional do processo de trabalho da CASAI acarreta uma negligência das potencialidades dos trabalhadores.

5 - Considerações finais

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Casa de Apoio à Saúde indígena estudada se constitui num microespaço com peculiaridades próprias, mas reproduz, de certa forma, os entraves e particularidades não somente do panorama nacional da atenção à saúde dos povos indígenas, mas também da assistência pública à saúde de toda a população brasileira.

No processo de trabalho da Casa de Apoio à Saúde indígena coexistem a rigidez do arsenal tecnológico duro e a latência das tecnologias relacionais. Existem o agendamento e a arquitetura organizacional que podem reger/capturar a atuação dos trabalhadores, ao passo que estão presentes no espaço relacional do cuidado, o autogoverno e a sensibilidade dos profissionais. Além disso, predomina a lógica do cuidar centrado em procedimentos, reforçada pela ausência de uma proposta de educação permanente para os trabalhadores, ou mesmo de capacitação específica para atuar com o indígena.

O processo de cuidar na CASAI é produzido em um microespaço de trabalho permeado por questões históricas inerentes à Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASI), à instituição, à subjetividade dos trabalhadores de saúde não -indígenas e aos usuários ameríndios. A PNASI preconiza a consideração pelas diferenças culturais nos contextos de cuidado à saúde ameríndia. Nesta perspectiva, foi estabelecida a atenção diferenciada, cuja implementação tem encontrado obstáculos.

A PNASI é uma das interfaces da micropolítica do processo de trabalho e é vinculada ao Estado, o provedor da atenção oficial à saúde indígena. No entanto, elementos cruciais estabelecidos por essa política não são disponibilizados e nem possibilitados pela estrutura organizacional do trabalho na instituição estudada, que, por sua vez, também está diretamente ligada ao órgão estatal. Nesta perspectiva, parece haver um descompasso entre a PNASI e a estruturação da assistência à saúde indígena no cotidiano do trabalho na CASAI.

Os trabalhadores de enfermagem relataram que não cursaram qualquer capacitação específica para exercerem o trabalho com o indígena. O aprendizado que eles adquiriram sobre o cuidado a estas pessoas foi construído no cotidiano, na experiência de cuidar. É difícil construir a atenção diferenciada sendo que os trabalhadores não conhecem a realidade indígena, o contexto sócio-cultural em que eles vivem com suas práticas e formas de viver a vida.

Concernente à oferta assistencial, por intermédio do Fluxograma Analisador (MERHY, 2007b), foi possível identificar um cardápio de atividades diferente do que se encontra habitualmente nos serviços de saúde. A oferta está relacionada a um processo decisório inerente ao fluxo do processo de trabalho. Quando o indígena é atendido na Casa

de Apoio, ele é distinguido em paciente em trânsito, cuja estadia na instituição é pontual, ou em paciente CASAI, cujo tratamento terapêutico e/ou recuperação exigem que ele seja acompanhado continuamente pelo serviço de saúde referenciado e pela equipe de enfermagem da Casa de Apoio.

Ao paciente em trânsito é ofertado principalmente o apoio do transporte, orientações e esclarecimentos do pessoal da enfermagem referentes ao problema de saúde, à qual serviço de saúde ele vai (hospital, ambulatório, centro de diagnóstico) e a qual procedimento será submetido (consulta médica, exame laboratorial e de diagnóstico). Além disso, são-lhes proporcionados alimentação e acomodação, geralmente por um dia, bem como o controle e intermediação no agendamento de consultas e exames.

O cardápio do paciente CASAI inclui também transporte, acomodação, alimentação e agendamento dos procedimentos. A diferença consiste principalmente no acompanhamento e no cuidado prestado pela enfermagem, que, além dos esclarecimentos sobre a patologia da doença, realiza os cuidados diretos (assistência no banho, administração de medicamento, verificação de sinais vitais). Aos acompanhantes dos usuários é oferecido o mesmo cardápio.

Uma prática peculiar do processo de cuidar de enfermagem na Casa de Apoio é o acompanhamento, que diz respeito ao ato dos trabalhadores em acompanhar e orientar os indígenas dentro da complexa rede de serviços de saúde especializados, que é desconhecida para os ameríndios.

Com relação ao olhar dos trabalhadores frente aos indígenas, evidenciou-se uma noção de igualdade entre os seres humanos. No entanto, pode-se apreender em suas falas uma assimetria de poder presente na relação trabalhador-indígena, parecendo haver certa negação daquilo que se afirma referente à igualdade. Por outro lado, os trabalhadores de enfermagem apontaram que a maioria dos indígenas assistidos pela CASAI apresentam uma postura retraída e desconfiada, quase que passiva por se encontrarem fora de seu ambiente de origem e de sua rotina de vida.

O perfil dos indígenas assistidos pela CASAI exige dos trabalhadores o emprego de tecnologias leves – empatia e afeto – no ato cuidador. Para se aproximarem do ameríndio, os profissionais afirmaram que necessitam cultivar uma relação calcada na confiança por meio de um jeito próprio (traquejo), uma habilidade em conversar com o usuário.

Entretanto, a visão que os trabalhadores mostraram sobre o indígena assistido pela Casa de Apoio parece estar balizada pelas ideias inculcadas na mente da população brasileira de um estereótipo romântico do índio, que na passividade a que foi submetido no descobrimento do país, ainda permanece. Embora os indígenas apresentem uma postura retraída e os profissionais reconheçam a necessidade de se utilizar tecnologias

relacionais, a visão historicamente construída do trabalhador sobre o indígena proporciona um entrave na construção de um cuidado desalienador com o ameríndio. Isto é, um ato cuidador em que publicize os processos desejantes do usuário.

Para os trabalhadores, os objetos de trabalho são procedimentos orientados por atividades relacionadas ao sistema biomédico e pelas regras da instituição. Caracterizam-se, deste modo, relações de trabalho objetais, isto é, o objeto de intervenção, está externo ao ato cuidador, não são as necessidades do usuário, mas o corpo biológico, a patologia, os procedimentos, as normas.

Outra particularidade do processo de trabalho da enfermagem na Casa de Apoio é a divisão funcional e espacial em dois setores, o agendamento e o posto de enfermagem. Visto que a Casa de Apoio tem o intuito de fazer a intermediação entre a atenção especializada nas cidades e a atenção primária na aldeia, o agendamento tem importantes atribuições e foi denominado pelos trabalhadores como “coração” da CASAI. O setor é valorizado pelos profissionais por controlar e organizar as ações da equipe de enfermagem, dos motoristas, do pessoal da cozinha e da limpeza

As atividades organizadas pelo agendamento são passadas em uma Agenda do Dia aos trabalhadores do posto de enfermagem, os quais desenvolvem suas ações de cuidado balizadas por tal agenda. O “pensar” (organizar) por parte dos trabalhadores do agendamento e o “agir” (executar) dos trabalhadores do posto de enfermagem e dos demais trabalhadores caracterizam a divisão técnica e social do trabalho. Há a fragmentação do fazer da enfermagem. O agendamento no agir dos trabalhadores do posto de enfermagem se torna um trabalho morto, cristalizado, que captura o trabalho em ato dos atores do cuidado.

Os trabalhadores relatam uma necessidade em se utilizar arsenal tecnológico leve no trabalho, especialmente o afeto, a empatia, o diálogo e o traquejo em lidar com o indígena. Entretanto, as tecnologias duras encarceram as tecnologias leves e capturam o trabalho vivo em ato, conseqüentemente, limitam o autogoverno dos trabalhadores em expor na arena do cuidado seus processos desejantes e em construir um ato politizado que possibilite ao usuário expor suas reais necessidades.

Os substratos pessoais dos trabalhadores de enfermagem que permitem aos mesmos configurar uma dimensão cuidadora aos atos de saúde não é reconhecido, conseqüentemente, não é potencializado na estrutura organizacional da CASAI. A burocracia, relacionada à norma de registrar todas as atividades dos trabalhadores do posto de enfermagem, é uma tecnologia dura, fruto de um trabalho morto – a regra anteriormente estipulada.

Conforma-se, desse modo, um processo de trabalho em que o agir dos trabalhadores é regido/engessado por elementos regentes: o agendamento, as normas

institucionais e o modelo biomédico arraigado no agir dos profissionais. No cotidiano do fazer em saúde na CASAI, evidenciou-se que não há reuniões entre os trabalhadores, ou seja, não foram visualizados espaços para que os conflitos e tensões provenientes das diferenças culturais e dos ruídos constitutivos do trabalho sejam discutidos na perspectiva da mudança para a melhoria.

Há uma teia de relações hierárquicas no processo de trabalho da enfermagem, no qual o ápice é a estrutura normativo-organizacional que subordina as atividades do agendamento, ao qual se submete o agir dos trabalhadores do posto de enfermagem. E sob este agir, no cuidado capturado pelo trabalho morto, encontram-se as necessidades do indígena. Nesta lógica, não há a valorização da pessoa ou de um cuidado comprometido com o indígena, que propicie atenção diferenciada e que, conseqüentemente, esteja de acordo com as diretrizes da PNASI, que preconiza a lógica usuário-centrada.

Com relação ao trabalhador, é preciso investir e valorizar a sua capacitação e o seu trabalho. Na atenção à saúde indígena, é importante que o trabalhador amplie o seu olhar sobre o usuário, adotando uma postura de ouvir e escutar e enxergando o outro em suas especificidades culturais e sociais subjacentes ao seu processo de adoecimento e de cuidado.

No cuidado construído junto com o indígena, os trabalhadores podem apresentar comportamentos etnocêntricos. Neste sentido, entendemos que seja importante o uso de uma tecnologia leve, a alteridade, que permite aos profissionais de saúde, particularmente de enfermagem, distinguir-se de outro indivíduo, e, com o estranhamento, perceber as diferenças alheias e considerá-las na arena do cuidado.

Visto que a enfermagem atua diretamente no cuidado e na organização da atenção à saúde indígena, é válido salientar a escassez e a importância de pesquisas realizadas pela Enfermagem no campo da atenção à saúde indígena. São importantes também e necessárias investigações que considerem uma interlocução com o indígena. É importante frisar que este trabalho não pretende esgotar a temática do processo de trabalho e dos atos cuidadores na CASAI. Existem possibilidades para novos estudos sobre o cuidado e o processo de trabalho em Casas de Apoio ao Indígena.

Consideramos fundamental o desenvolvimento de investigações que estudem o processo de cuidar, especialmente da enfermagem, em diferentes conjunturas de atenção à saúde do indígena, sua família e coletividade e em diferentes locais, tais quais nas terras indígenas e em centros urbanos. Entendemos que são importantes também pesquisas que correlacionem a atuação política estatal com a conformação do processo de trabalho e a lógica do cuidado em contextos de atenção à saúde dos povos indígenas.

Os ruídos presentes na produção dos atos cuidadores no processo de trabalho da CASAI são comuns a muitos serviços de saúde não indígenas em que a lógica do cuidado não é centrada nas necessidades do usuário.

Na saúde indígena, existem outros fatores que a tornam um campo de forças paradoxais. Na relação interseçora há o encontro de diferentes culturas e de distintos modos de andar a vida. A PNSAI exige uma ação flexível dos trabalhadores, porém, a estrutura organizacional vinculada à política engessa o agir dos profissionais. O sistema oficial de atenção à saúde indígena é vinculado ao SUS e preconiza a atenção diferenciada em um sistema único que prevê a equidade. Os trabalhadores necessitam entender o outro, mas não lhes são proporcionadas capacitações para melhor conhecer o modo de vida do indígena.

Referências

REFERÊNCIAS

- ALBERT, B.; GÓMEZ, G.G. **Saúde Yanomami**: um manual etnolinguístico. Belém: MPEG, 1997.
- ALCOCK, G. **Social, economic and cultural aspects of health**: womwn of childbearing age: experiences from the Ulcayali, Peru. Pucallpa: Médecins Sans Frontières. 2002. Investigative Report.
- ANDRADE, L.F.S. Enfermagem e a dignidade humana. **Cogitare Enfermagem**, São Paulo. v.14, n.13, p. 388-91, 2009.
- ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.; BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 783-836.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 6, p. 177-120, 2000.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BALDUINO, A.F. A.; MANTOVANI, M.F.; LACERDA, M.R. O processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p. 342-51, 2009.
- BARCELLOS, C. et al. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situação de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.129-138, 2002.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2008.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BOEHS, A.E. et al. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.2, p.307-14. 2007.
- BOFF, L. **Saber cuidar, ética do humano-compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes; 1999.
- BORGES, E. et al. **Racismo, preconceito e intolerância**. São Paulo: Atual, 2002.
- BRANDÃO, Z. Entre questionários e entrevistas. In: NOGUEIRA, M.A.; ROMANELLI, G; ZAGO, N. (Org.). **Família & escola**. Rio de Janeiro: 2000. p. 171-83.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. Relatório Final. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986. Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 1987. p. 21.

BRASIL. Fundação Nacional da Saúde. **Política de atenção à saúde dos povos indígenas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Nacional da Saúde, 2002a.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes para projetos físicos de estabelecimentos de saúde, água, esgotamento sanitário e melhorias sanitárias em áreas indígenas**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002b.

BRASIL. Fundação Nacional da Saúde. Coordenação Regional de Mato Grosso do Sul. **Relatório anual de gestão 2009**: Distrito Especial Indígena – DSEI/MS. Campo Grande: Fundação Nacional de Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do regulador/ autorizador SISREGIII**. Brasília: DATASUS. 2008.

BRASIL. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Relatório anual de gestão da CASAI (DSEI/MS)**: ano de 2010. Campo Grande: Secretária Especial de Saúde Indígena; 2010.

BRASIL. Fundação Nacional da Saúde. Coordenação Regional de Mato Grosso do Sul. **Relatório anual de gestão 2008**: Distrito Especial Indígena – DSEI/MS. Campo Grande: Fundação Nacional de Saúde, 2008.

BRASIL. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização em Saúde. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão do trabalho na saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Especial de Saúde Indígena. **Conheça o DSEI**. 2011a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1744 >. Acesso em 11 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Especial de Saúde Indígena. **Conheça o DSEI Mato Grosso do Sul**. 2011b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1768>. Acesso em 11 nov. 2011.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec. 1992.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre o modo de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 229-266.

CARDOSO, M.D. Políticas de saúde indígena e relações organizacionais de poder: reflexões decorrentes do caso do Alto-Xingu. In: LANGDON, E.J.; GARNELO, L.

(Org.). **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa. Contra Capa Livraria; Associação Brasileira de Antropologia, 2004. p.195-216.

CARDOSO, M. **Médicos e clientela**: da assistência psiquiátrica à comunidade. São Carlos: EdUFSCar, 1999.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. **Revista de Antropologia**, v.39, n.1, p.13-37, 1996.

CARVALHO, M.L. **Saúde de populações indígenas**: tendências após os impactos do contato. 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.

CARVALHO, G.I.; SANTOS, L. Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8080/90 e nº 8142/90). 4. ed. rev. atual. Campinas: Editora da Unicamp, 2006.

CASTRO, R.P. Trabalho abstrato e trabalho concreto. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Org.). **Dicionário da educação profissional**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 404-408.

CASTRO, E.V. Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio. **Maná – Estudos de Antropologia**, Rio de Janeiro, v. 2, n.2, p.115-144, 1996.

COIMBRA JUNIOR, C. E. A. et al. Sistema de transição. In: RICARDO, C.A.; RICARDO, F. **Povos indígenas no Brasil: 2001/2005**. (Ed.). São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006, p. 141-144.

CHÁVEZ, A. et al. Rescuing the self-care of health during pregnancy, the delivery and to the newborn: social representations from women of a native community in Peru. **Texto & contexto enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 680-687. 2007.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 8. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2006. 164 p.

CHIESA, A.M.; FRACOLLI, L.A.; BARBOZA, T.A.V. A complexidade tecnológica da Atenção Básica: um estudo de caso a assistência às pessoas portadoras de lesões de pele crônicas. In: BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, M. A. (Org.). **Atenção básica no Sistema Único de Saúde**: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. São Paulo; Páginas e Letras Editora e Gráfica, 2008, p.13-29.

COSTA JÚNIOR, C. (Ed.). **Projeto buriti**: história. São Paulo: Moderna, 2007.

CUPELLO, A. J.; CUNHA, J. M. Saúde dos povos indígenas: a enfermagem diante de um desafio histórico. **Nursing**, São Paulo, v. 10, n. 115, p.565-569, 2007.

DIAS, C. N.; SILVA, A. L. A. O perfil e a ação profissional da (o) enfermeira (o) no Centro de Atenção Psicossocial. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 469-75. 2010. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/>>. Acesso em: 08 maio.2010.

DIAS-SCOPEL, R.P. **O agente indígena de saúde xokleng: por um mediador entre a Comunidade Indígena e o Serviço de Atenção Diferenciada à Saúde – uma abordagem da Antropologia da Saúde.** Florianópolis, SC, 2005. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, Brasília, n.115, p.139-154, 2002.

FIORIN, J. L. Identidades e diferenças na construção dos espaços e atores do novo mundo. In: BARROS, D.L.P. (Org.). **Os discursos do descobrimento.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; FAPESP, 2000. p. 25-49.

FRANCO, T.B. **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde.** 2003. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

FRANCO, T.B. **Modelo assistencial para a saúde indígena: DSEI-MG/ES.** 2004. Disponível em: <<http://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub42.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2009.

FRATINI, J.R.G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.7, n.1, p.65-72, 2008.

FELLI, V.E.A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem In: KURCGANT, P. et al. (Org.). **Gerenciamento em Enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FERREIRA, F.O. Limites e possibilidades da articulação entre as medicinas tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde. In: OURIQUES, L. F.; OSÓRIO, P.S. (Org.) **Medicina Tradicional Indígena em Contextos – Anais da I Reunião de Monitoramento.** Projeto Vigisus II; Fundação Nacional de Saúde, 2007. p. 166-174.

FERRETI, C. J. Conceito trabalho. In: FERRETI, C. J. **Uma nova proposta de orientação profissional.** 3. ed. São Paulo: Editora Cortez, 1997. p. 83-107p.
FEUERWERKER, L.C.M. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista Abeno**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p.24-27, 2003.

FREIRE, M. et al. A utilização do “Fluxograma Analisador” para Avaliação do Processo de Trabalho dos Profissionais de Saúde de uma Unidade Básica no Município do Rio de Janeiro. In: XV Pesquisando em enfermagem; XI Jornada nacional da história de enfermagem; XIII Encontro nacional de fundamentos do cuidado de enfermagem, s/n., 2008, Rio de Janeiro. **Anais.** Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.pesquisando.eean.ufrj.br/viewabstract.php?id=341&cf=2>>. Acesso em: 06 fev. 2010.

FRIGOTTO, G. Trabalho. In: PEREIRA, I.B.; FRANÇA, J.C. (Org.). **Dicionário da educação profissional**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p.399-404.

FÓLLÉR, M. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. Tradução de MOON, J. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; Associação Brasileira de Antropologia. 2004, p. 129-147.

FONTANELLA, B.J.B.; CAMPOS, C.J.G.; TURATO, E.R. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n.5, 2006. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 09 jun. 2011.

FONTES, A. R. C. A fenomenologia do direito de Edith Stein. **Cadernos da EMARF, Fenomenologia e Direito**, v. 3, n. 1, p. 1-132, 2010.

FORTUNA, C.M. et.al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.2, p. 262-268, 2005.

GAMBINI, R. **Espelho índio**: a formação da alma brasileira. São Paulo: Axis Mundo; Terceiro Nome, 2000.

GARNELO, L.; WRIGHT, R. Doença, cura e serviços de saúde: representações, práticas e demandas Baniwa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 273-84, 2001.

GEERTZ, C. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In:_____. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008. p. 81-110.

GEERTZ C. **The interpretation of cultures**. New York: Basic Books Inc. Publishers, 1973.

GONÇALVES, L.J.M. **Na fronteira das relações de cuidado em saúde indígena**. São Paulo: Annablume, 2011.

GUZZARDI, A. O projeto Casai/Cirsai. In: NERY, T.C.S.; GUZZARDI, A.; SELLERA, P. (Org.). **Saúde indígena**: São Paulo: Limiar; Funasa, 2005. 1º Curso de Atenção Terciária.

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

HÖKERBERG, Y. H. M.; DUCHIADE, M. P.; BARCELLOS, C. Organização e qualidade da assistência à saúde dos índios Kaingang do Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, v.17, n.2, p.261-272, 2001.

LANGDON, E.J. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. In: BARUZZI, R.; JUNQUEIRA, C. (Org.). **Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história**. São Paulo: Terra Virgem, 2005. p.115-134.

LANGDON, E.J. Diversidade cultural e os desafios da política brasileira de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16, n.2, p.7-12, 2007.

LANGDON, E.J. Salud y pueblos indígenas: los desafíos en el cambio de siglo. In: BIRCEÑO, R.; MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JUNIOR, C.E.A. (Org.). **Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. 107-19.

LANGDON, E.J. Cultura e os processos de saúde e doença. In: Seminário Cultura, Saúde e Doença, s/n., 2003. Londrina. **Anais**. Universidade Federal de Londrina, 2003.

LANGDON, E.J. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n. 12, p.2637-2646, 2006.

LANGDON, E.J.; DIEHL, E.E. Participação e Autonomia nos Espaços Interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16, n.2, p. 19-36. 2007.

LIMA, A. C. S. Um olhar sobre a presença das populações nativas na invenção do Brasil. In: SILVA, A. L.; GRUPIONI, L. D. B. (Org.). **A questão indígena na sala de aula: novos subsídios para professores de 1º e 2º graus**. Brasília: Ministério da Educação e Cultura, 1995. p. 407-419.

LEIRIS, M. **L'Afrique fantôme**. Paris: Gallimard. 1934.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Florianópolis : UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

LÉVINAS, E. **Totalidade e infinito**. Lisboa: Edições 70, 2000.

LOPES NETO, D.; LOUZADA, J. Abordagem crítico-interpretativa das fragilidades e potencialidades do trabalho de enfermagem aos Yanomamis de Barcelos e Santa Isabel do Rio Negro, Amazonas, Brasil. In: 61 Congresso Brasileiro de Enfermagem. 2009, Fortaleza. **Anais**. Fortaleza: Associação Brasileira de Enfermagem, 2009. p. 7722-7733.

MACHADO, F.R.S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 2004. p.57-74.

MACHADO, C.P. **A designação da palavra preconceito em dicionários atuais**. Campinas, SP, 2007. Dissertação (Mestrado em Linguística) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

MACHADO, A. L.; COLVERO, L. A. O cuidado de enfermagem: olhando através da subjetividade. **Acta Paulista**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 66-72, 1999.

MAGNANI, J.G.C. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.17, n.49, p.11-29, 2002.

MAHER, T. A criança indígena: do falar materno ao falar emprestado. IN: FARIA, A.L.G.; MELLO, S.A. (Org.). **O mundo da escrita no universo da pequena infância**. Campinas: Autores Associados, 2005. p.75-108.

MALINOWSKI, B. Introdução. In:_____ **Os argonautas do Pacífico Ocidental**. São Paulo: Editora Abril, 1978. p. 17-34.

MANDÚ, E.N.T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 665-75. 2004. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlaenf>>. Acesso em: 06 maio 2011.

MARCOLINO, J.S. et al. A importância da comunicação na passagem de plantão e sua interferência no processo de trabalho da equipe de enfermagem. **Arquivos da Apadec**, Maringá, v.8, supl., p.777-781, 2004.

MARRONI, M. A; MANCUSSI, E.; FARO, A.C. Sendo enfermeira de índios: relato de experiência sobre o cuidar do índio no sul do Brasil. **Enfermería Global**, n. 5, p.6. 2004. Disponível em:<<http://www.revistas.um.es/eglobal/article/view/570/591>>. Acesso: em 04 maio. 2010.

MARRONI, M. A. **Ocorrência das doenças crônicas e degenerativas em índios Kaingang da Reserva de Guarita Redentora (RS), e o cuidar no contexto da família**. São Paulo. 2005. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

MARX, K. **O Capital**. 20. ed. Tradução Reginaldo Santíanna. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

MARX, K. Maquinaria e trabalho vivo: os efeitos da mecanização sobre o trabalhador. Tradução de RANIERI, J. L., s.d., **Mega**, Rio de Janeiro, v. 11, n.6, p. 2053-59, 1982.

MATSUDA, L. M. et al. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 03, p. 415 - 42, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm> . Acesso em: 05 dez 2011.

MEDEIROS JR., A.; RONCALLI, A. G. Políticas de saúde no Brasil. In: FERREIRA, M. A. F.; RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. **Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar**. Natal: EDUFRRN, 2004. p. 249-259.

MENDES GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1994.

MENDONÇA, S. B. M. Relação médico-paciente: valorizando os aspectos culturais X medicina tradicional. In: BRASIL. Fundação Nacional da Saúde. **Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira**. Brasília: Fundação Nacional da Saúde, 2004. p. 11-15.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2007a.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde um desafio para o público**. 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007b. p. 71-112.

MERHY, E.E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n.2, p.305-314, 1999.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 125-141.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde. In: REIS, A.T. et al. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p.143-60.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 113-160 p.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B.. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I.B.; FRANÇA, J.C. **Dicionário da educação profissional**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 427-432.

MERHY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.6, p. 109-116, 2000.

MERHY, E.E. Realizar no micro a luta macro: o ato de cuidar: um agir tutelar e autonomizador. 2008. Disponível em:
<<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-09.pdf>><<http://www.pesquisando.eean.ufrj.br/viewabstract.php?id=341&cf=2>>. Acesso em: 06 fev. 2011.

MINAYO, M.C.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**., Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONTENEGRO, L.C. **A formação profissional do enfermeiro: avanços e desafios para a sua atuação na atenção primária à saúde**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

MOTA, C.N. Saúde e povos indígenas: tradição e mudança. In: FERREIRA, M.B.R.F. et al. **Cultura corporal indígena**. Guarapuava: Unicentro, 2003. p. 71-87.

NATIONS, M.K.; GOMES, A.M.A. Cuidado, “cavalo batizado” e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2103-2112, 2007.

NCH Software. **Express Scribe Transcription Playback Software**. s.d. Disponível em: <<http://www.nch.com.au/scribe/index.html>>. Acesso em: 20 jan. 2010.

NÓBREGA, R.G. **As ações de controle da tuberculose desenvolvidas pelas equipes de saúde indígena da Paraíba**: análise da dimensão de coordenação. 2007. 144p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

NOVO, M. P. **Os agentes indígenas de saúde do Alto Xingu**. 2008. 157p. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008.

NOVO, M. P. Política e intermedialidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.7, p.1362-1370, 2011.

NÖTZOLD, A.L.V. **O ciclo de vida Kaingang**. Florianópolis: Imprensa Universitária da UFSC, 2004.

OLIVEIRA, D.C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista Enfermagem UERJ.**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 569-576, 2008.

OLIVEIRA, F. A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface - comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 63-75, 2002.

OLIVEIRA, M. A intervenção com um processo de construção: notas para a redução do uso de bebidas alcoólicas e alcoolismo entre os kaingáng. In: LANGDON, E.G.; GARNELO, L. (Org.). **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; Associação Brasileira de Antropologia, 2004. p. 69-78.

OLIVEIRA, R. C. **Representações sociais sobre a situação de vida, saúde e doença na concepção indígena potiguará**. 2009. 134 p. Dissertação (Mestrado

em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

ONOCKO CAMPOS, R.T.; CAMPOS, G.W.S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 669-688.

PÁDUA, E.M.M. **Metodologia da pesquisa**: abordagem teórico-prática. 15. ed. Campinas: Papyrus, 2009

PEDROLO, A.M.. et al. Capacitação de agentes indígenas de saúde como forma de promoção da saúde na Reserva Indígena Guarita, Redentora – RS. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 31-38, 2008.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L.B. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I.B.; FRANÇA, J.C. **Dicionário da educação profissional**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p.320-327.

PEDUZZI, M. **Equipe Multiprofissional de Saúde**: a interface entre trabalho e interação 1998. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

PELLON, L. H. C. **Tensões interculturais e os impactos no processo saúde-doença na população guarani mbyá do município de Aracruz, Espírito Santo**. 2008. 214p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

PIRES, M.R.G.M. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.5, p.729-36, 2005.

PROCHET, T.C.; SILVA, M.J. Situações de desconforto vivenciadas pelo idoso hospitalizado com a invasão do espaço pessoal e territorial. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.310 -315, 2008.

QUEIROZ, M.I. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. In: VON SIMSON, O.M. (Org.) **Experimentos com histórias de vida (Itália-Brasil)**. São Paulo: Vértice - Editora Revista dos Tribunais, 1988. v.5, p. 68-80.

RAYNAULT, C. Interfaces entre a antropologia e saúde: em busca de novas abordagens conceituais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.27, n.2, p.149-65, 2006.

REIS, M.A.S. et al. A organização de um processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafio para as mudanças da prática. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.11, n.23, p. 655-666, 2007.

RODRIGUES, E. C. **Avaliação das ações de controle da malária em indígenas de São Gabriel da Cachoeira-Amazonas, no período de 2003 a 2007**. 2009. 78 p. Dissertação (Mestrado em Patologia Tropical) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2009.

ROMANELLI; G., BIASOLI-ALVES, Z.M.M. (Org.). **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998.

RUDIO, V.F. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

SÁ, E.T. et al. O processo de trabalho na recepção de uma Unidade Básica de Saúde: ótica do trabalhador. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.30, n.3, p.461-467, 2009.

SANTANA, M.G.; ERDMAN, A. L. Crenças em saúde: uma abordagem cultural. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 7-14, 2000.

SANTOS, L. M. et al. Atuação dos coordenadores de grupos de saúde na rede docente assistencial. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 1, p. 177-84, 2010.

SANTOS, M. **Território e sociedade**: entrevista com Milton Santos. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2000.

SANTOS, S.R.; PAULA, A.F.A.; LIMA, J.P. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.1, p.80-87, 2003.

SANTOS, G.M. Esboço sobre cosmologia, doença, cura e cuidados nos Enawene-Nawe. In: In: OURIQUES, L. F.; OSÓRIO, P.S. (Org.) **Medicina Tradicional Indígena em Contextos – Anais da I Reunião de Monitoramento**. Projeto Vigisus II; Fundação Nacional de Saúde, 2007. p. 78-90.

SCHWARTZMAN, S. Fora de foco: diversidade e identidades étnicas no Brasil. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, v. 55, p. 83-96, 1999.

SILVA, N. C.; GONÇALVES, M. J. F.A.; LOPES NETO, D. Enfermagem em saúde indígena: aplicando as diretrizes curriculares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 388-391, 2003.

SILVA, M.P. A “presença” dos indígenas nos subsídios didáticos: leitura crítica sobre as abordagens das imagens e textos impressos. In: 3 Seminário Nacional de Estudos de História e Cultura afro-brasileiras e indígenas, s/n.,2010. Campina Grande. **Anais**. Campina Grande: Realize Editora, 2010. Disponível em: http://www.portalrealize.com.br/anais_neabi/historia_afro_brasileira_resumos.pdf.. Acesso: em 04 nov 2011.

SILVA, E. Xukuru: memórias e história dos índios da Serra do Ororubá Pesqueira/PE, 1959-1988. Tese (Doutorado em História) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner e Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOUZA, G.C.A.; COSTA, I.C.C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010.

TOBAR, F; YALOUR M.R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

TOLEDO, R.F. **Educação, saúde e meio ambiente**: uma pesquisa-ação no Distrito de Iguaretê do Município de São Gabriel da Cachoeira/ AM. 2006. 326 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2006.

TRAVERSO-YEPEZ, M.; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 80-88, 2004.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Editora Atlas S.A., 1987.

TURATO, E. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2011.

UCHÔA, A.C. Innovative care experiences at Family Health Program (PSF): potential and limits. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.13, n.29, p.299-311, 2009.

VIANA, O.S.C.; LIMBERTI, R.C.A.P. Índios no Brasil: quem são eles? - um estudo sobre o preconceito contra o indígena a partir de depoimentos em vídeo. In: I Encontro do Grupo de Estudos Interdisciplinares de Literatura e Teoria Literária – MÖEBIUS, 2010. Dourados, **Anais**, s/n, Universidade Federal da Grande Dourados, 2010. Disponível em: <<http://www.ufvjm.edu.br/site/moebius/files/2011/04/Olinda-e-Rita-de-C%C3%A1ssia.pdf>>. Acesso: em 04 nov 2011.

VERANI, C.B.L. A política de saúde do índio e a organização dos serviços no Brasil. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi**, Belém, v.15, p. 171-92. 1999.

WATSON, J. **Enfermagem**: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem. Rio de Janeiro: Luso-ciência; 2002.

WEBER, M. **A ética protestante e o “espírito” do capitalismo**. Tradução Marcelo Macedo. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

YAMAMOTO, R.M. Povos indígenas brasileiros: sua explicação para as doenças e a lógica do tratamento realizado. In: BRASIL. Fundação Nacional da Saúde. **Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira**. Brasília, DF, 2004. p. 9-16.

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista

Nº: _____

Iniciais: _____

1. Idade: _____

2. Sexo: () Masculino () Feminino

3. Estado Civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Separado

4. Procedência: Cidade: _____ Estado: _____

Área: () urbana () rural

5. Residência: () Campo Grande () Outra, qual: _____

6. Moradia: () Próprio () Outra, qual: _____

7. Transporte: () Próprio () Coletivo () Outro, qual: _____

8. Formação: _____

9. Ano em que se formou: _____

10. Durante o curso de formação recebeu alguma informação sobre saúde indígena?

() Não () Sim

Se sim, o que especificamente? _____

11. Principais cursos realizados após formação específica de enfermagem:

12. Há quanto tempo trabalha na área de enfermagem: _____ meses/ anos

13. Há quanto tempo trabalha na área de saúde indígena: _____ meses/anos

14. Há quanto tempo trabalha nesta Casa de Apoio de Saúde

Indígena: _____ meses/anos Função/cargo: _____

15. Vínculo/contrato de trabalho: _____

16. Recebeu alguma capacitação em assistência ao indígena: () Sim () Não

Se sim, onde _____ carga horária total: _____

17. Você poderia me descrever a sua rotina de trabalho em um dia comum aqui na CASAI?
(dia típico)

18. O que significa pra você trabalhar aqui neste local? Como é pra você atuar no cuidado de enfermagem ao indígena?
19. Pra você qual é a finalidade do seu trabalho? Do processo de cuidar?
20. Quem é essa pessoa que é cuidada por você aqui?
21. Como é para você se relacionar com o indígena? Qual significado? Como é essa experiência? Você tem aprendido alguma coisa com essas pessoas? O que você acha que tem ensinado a essas pessoas? (troca de saberes)
20. Você poderia me dizer o que é necessário para trabalhar aqui na prestação do cuidado ao indígena? Quais conhecimentos são necessários? Quais habilidades? Quais atitudes? Quais equipamentos? Que espaço físico? O que você acha que um profissional de enfermagem deveria saber para atuar aqui na CASAI, prestando cuidados aos indígenas?
21. Como é a organização do trabalho aqui? Como vocês se organizam para prestar o cuidado de enfermagem?
22. Como ocorrem as interações (relação, comunicação) entre os membros da equipe de enfermagem?(enfermeiro, auxiliares e técnicos de enfermagem). E com as outras categorias de trabalhadores? (médico? Psicólogo... assistente social... recepcionista,...)
23. Para você o que é realizar um bom trabalho? (O que te faz sair daqui satisfeito com a sensação que a sua atuação foi realizada com sucesso?)
24. Como você enxerga este serviço de saúde com relação ao atendimento aos indígenas? Como você acha que eles são atendidos desde quando entram até quando saem aqui, na CASAI?
25. O que significa pra você atuar aqui neste serviço? (aprofundar em questões relacionadas às normas institucionais e autonomia de suas ações)
26. Como você define o processo de cuidar do índio, aqui no seu trabalho?
27. Você vê alguma necessidade de melhoria em relação ao trabalho aqui neste local? Como o processo de trabalho na CASAI e por sua vez o processo de cuidar do indígena poderia ser modificado/melhorado?
27. Você gostaria de acrescentar alguma coisa? Fique a vontade para falar o que achar necessário.

Muito Obrigada!

APÊNDICE B**Matriz de Análise**

Técnica: Análise de Conteúdo Temática Categorial

CATEGORIZAÇÃO				
Inferên-cia	Categoria	Descrição/ Comentário	UC	UR

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado/a Sr/a. _____

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa: ‘PROCESSO DE CUIDAR DO INDÍGENA: ANÁLISE DAS CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM’.
2. Você foi selecionado/a por atuar como profissional de enfermagem no contexto indígena. Sua participação não é obrigatória e não implica em qualquer gasto financeiro.
3. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
4. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Casa de Apoio à Saúde Indígena-CASAI, local em que trabalha.
5. O objetivo geral deste estudo é analisar as concepções de profissionais de enfermagem sobre o processo de cuidar do indígena.
6. Sua participação nesta pesquisa será por meio de uma entrevista que será gravada e transcrita para posterior análise.
7. Os riscos envolvidos neste estudo são mínimos, você poderá vir a sentir cansaço, desconforto e/ou constrangimento. No entanto, caso isso aconteça a entrevista será imediatamente suspensa. Por isso, caso haja algum desconforto durante a entrevista, pedimos que nos informe para que possamos corrigi-lo.
8. Sua participação contribuirá para a ampliação dos conhecimentos sobre o cuidado de enfermagem prestado ao indígena e para o subsídio da elaboração de programas de saúde voltados a essa população, bem como o desenvolvimento de capacitações de profissionais de saúde.
9. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Asseguramos que você não será identificado.
10. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

 Aridiane Alves Ribeiro
 Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da
 Universidade Federal de São Carlos
 Rua Lourenço Inocentinni, 461, Vila Nery, São Carlos-SP.
 Tel: (16)8122-5302; e-mail: aridianeribeiro@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada da Rodovia Washington Luis, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone: (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, ___/___/___

 Sujeito da pesquisa