



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**KARINA BRASIL WANDERLEY**

**INTERNAÇÃO HOSPITALAR MATERNA E INFANTIL INDÍGENA: A**  
**INTERSUBJETIVIDADE NO PROCESSO DO CUIDAR**

**BOA VISTA-RR**

**2016**

**KARINA BRASIL WANDERLEY**

**INTERNAÇÃO HOSPITALAR MATERNA E INFANTIL INDÍGENA: A  
INTERSUBJETIVIDADE NO PROCESSO DO CUIDAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos, para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde na Área de Concentração: Modelos de Atenção e Vigilância em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Antônio Pellegrini.

BOA VISTA-RR

2016

**KARINA BRASIL WANDERLEY**

**INTERNAÇÃO HOSPITALAR MATERNA E INFANTIL INDÍGENA: A  
INTERSUBJETIVIDADE NO PROCESSO DO CUIDAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos, para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde na Área de Concentração: Modelos de Atenção e Vigilância em Saúde e na Linha de Pesquisa de Diversidade Sociocultural, Cidania e Modelos de Atenção à Saúde.

---

Prof. Dr. Marcos Antônio Pellegrini-PROCISA/UFRR  
Orientador e Presidente da Banca

---

Prof. Dr. Calvino Camargo  
Examinador (Membro titular interno)

---

Prof. MSc Luciana Cabus Arcoverde  
Examinadora (Membro titular externo)

Dedico esse trabalho à minha família, meu esposo Pedro Wanderley que em momentos de ausência, impaciência e cansaço sempre chegava com palavras de ânimo e de carinho, acalutando minha alma pela angústia da privação do convívio familiar. Aos meus filhos João Pedro e Lorena pelo amor incondicional, que são a razão de minhas lutas e conquistas.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, por ser meu guia, sempre cuidando e direcionando meus passos.

Ao meu esposo Pedro Wanderley por acreditar em mim e me apoiar ilimitadamente, de todas as formas possíveis, impulsionando meus sonhos e nunca me permitindo desanimar.

Aos meus filhos Lorena e João Pedro pela doçura do amor, demonstrando tudo que é bom e belo.

Aos meus pais pela torcida e paciência, mesmo nos momentos mais difíceis.

Aos meus irmãos, em especial a Kelly Brasil por ser mãe de meus filhos em momentos de ausência.

Ao meu orientador Marcos Pellegrini, pelos ensinamentos, pelo constante estímulo à pesquisa e por ter me conduzido a um novo universo de conhecimento.

Aos membros das bancas examinadoras, pela disponibilidade e contribuições.

À direção e equipe de funcionários Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth, por terem aberto suas portas acolhendo esta pesquisa.

A todos os participantes desse estudo pela boa vontade em contribuir para a realização deste trabalho.

Aos colegas do Mestrado em Ciências da Saúde, pela companhia e aprendizado.

Aos colegas de trabalho do Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth e Hospital da Criança Santo Antônio, pelo incentivo e compreensão durante essa trajetória.

À Universidade Federal de Roraima e a todos os professores do Mestrado em Ciências da Saúde, por participarem da realização de mais essa etapa de aprendizagem e carreira.

Aos amigos que torceram pela concretização de mais essa conquista.

*Impensar é refletir de modo a explicitar as condições e os modos que constantemente informam, mobilizam, dispõem, estruturam e instituem nossa percepção, nosso modo particular de olhar os seres e as coisas e conseqüentemente a formulação epistêmica que orienta nossas ações e pensamentos. Para realizar tal empreitada, qualquer busca de explicação da realidade exige: Contextualizar a realidade dos sujeitos onde estão e vivem; inverter o olhar deles (e o nosso) para com a sociedade em que eles (e nós) estão; ver como essa sociedade se refere a esses sujeitos; pôr em questão o conhecimento que produzimos e a ciência que praticamos. Diante desse desafio, é necessário repensar que todo conhecimento da realidade social não se reduz a uma mera operação cognitiva, mas é também, a uma operação sócio-política que sempre implica um reconhecimento e ou um desconhecimento daqueles sobre os quais se quer conhecer; daqueles a quem se quer conhecer (GUSMÃO, 2008; p.55 apud SANTAMARIA, 1998).*

## RESUMO

Trata-se de um estudo etnográfico que abordou o tema processo de trabalho em saúde no contexto intercultural, situado no núcleo das ciências sociais e humanas em saúde (CSHS) do campo da saúde coletiva. O objetivo geral foi conhecer a qualidade das relações dos profissionais da saúde no cuidado à mulher e recém-nascido indígenas, hospitalizados no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth, no período de fevereiro a maio de 2016. Utilizou-se de observação participante, no processo de trabalho dos profissionais da unidade para com os indígenas, com registro de diário de campo, bem como das leituras das narrativas de vinte e quatro profissionais da saúde, com apoio de um roteiro de entrevista semiestruturado, que serviu para orientar e organizar o perfil do estudo. As entrevistas foram estudadas por meio da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2009) e obteve, para fins de discussão, duas classes temáticas: a primeira retrata as percepções dos profissionais para o cuidado materno infantil indígena, no qual reúne oitenta unidades de registro (UR) em duas categorias e sete subcategorias, agrupando aspectos relacionados à forma como os profissionais de saúde identificam, caracterizam suas dificuldades no atendimento ao paciente indígena e como avaliam e tratam suas reclamações durante seu processo de hospitalização. A segunda classe temática retrata a estrutura gerencial para o cuidado materno infantil indígena, reunindo quarenta unidades de registros (UR) em uma categoria e três subcategorias que agrupam aspectos relacionados à forma como os profissionais de saúde relacionam a estrutura organizacional com suas dificuldades no atendimento ao paciente indígena. A partir deste estudo foi possível identificar que existem dificuldades no atendimento ao cliente indígena e percepções dos profissionais sobre possíveis reclamações desta demanda, no processo de internação hospitalar, problemas estruturais e organizacionais que geram obstáculos à efetivação do cuidado integral e humanizado. Verifica-se que as práticas de saúde durante a internação materna infantil indígena no HMINSN são marcadas por um modelo assistencial de racionalidade biomédica cujas rotinas hospitalares são prioridades, e deixam a paciente em segundo plano; além de fortemente ancoradas numa relação assimétrica entre profissional de saúde e paciente indígena. O resultado desta pesquisa aponta para a necessidade de uma educação permanente em saúde com abertura de espaços dialógicos (oficinas, rodas de conversas, cursos) que visem discutir estratégias para o acolhimento e humanização adequados, através do estabelecimento da relação intersubjetiva durante o processo de cuidar que busca a construção de projetos terapêuticos singulares.

Palavras-chave: Processo de trabalho em saúde, internação hospitalar indígena, intersubjetividade, educação permanente em saúde.

## ABSTRACT

It concerns about ethnographic study that has a theme called The processo of health work in a intercultural context, it was situated in a health social and human Science centre (CSHS-não aconselho colocar a sigla), this is part of collective health. The general goal was know the quality of relation between the professional health and their care for indigenous woman and newborn at the Nossa Senhora de Nazareth maternity hospital (NSNMH), between the period February to May of 2016. The participant observation technique was used within the professional's work process inside the unit health towards the indigenous, included daily notes and twenty-four health professional's reports. The semistructured interview script has been supported with the objective of organize the study profile. The interview was studied through content analysis's technique by Bardin (2009) and got, for discussion purpose, two thematic group: the first one describe the professional's perceptions during the indigenous maternal child care in wich brings together eighty note's unit inside two categories and seven subcategories, describing related aspects to health professionals with identification, characterization and difficulties in the care of the indigenous patient, and how the professionals evaluate and deal with the complain during the hospitalization process. The second one thematic group is about the managerial structure to the indigenous maternal child care, gathering forty note's unit inside one category and three subcategories which describe aspects about how come the health professionals relate the organization structure with their care difficulties to the indigenous patient. From this study was possible to identify some difficulties in a indigenous patient care and some health professionals insights about hospital admission, structural and organizational problems that create challenges to realization of integral and humanized care. It was notice that the health practical during the hospital admission at NSNMH has been a model of biomedical rationality whose hospital routines are priorities and leave the patient in the background, in addition to there is an asymmetrical relation among the health professional and indigenous patient. The research result shows to a necessary health education requirements with a dialogues (workshops, club conversions and classes) that aimed discussing strategies for the appropriate care through intersubjective relationship during the caring process that seeks to build unique therapeutics projects.

Key-word: health work process, indigenous hospital admission, intersubjectivity, permanent health education.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Organograma representando a constituição do corpus do presente estudo.....	37
Figura 2 - Organização e fluxo de atenção nos DSEI.....	65
Figura 3 - Características dos partos-DSEIL quanto ao tipo ,2014.....	67
Figura 4 - Características dos partos do DSEIL quanto o local de ocorrência em 2014.....	67
Figura 5 - Características dos partos hospitalares do DSEIL em 201.....	68
Figura 6 - Características dos partos do DSEIL quanto ao tipo em 2015.....	68
Figura 7 - Características dos patos DSEIL quanto ao local de ocorrência em 2015.....	68
Figura 8 - Características dos patos hospitalares do DSEIL em 2015.....	69
Figura 9 - Diagramação: Atenção diferenciada.....	75

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Estrutura e organização dos leitos no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth. Boa Vista-RR.....	32
Quadro 2 - Perfil dos profissionais entrevistados no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth. Boa Vista-RR.....	36
Quadro 3 - Distribuição das classes temáticas, categorias temáticas, subcategorias e co-ocorrências.....	38

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIS - Agente Indígena de Saúde

AISAN - Agente Indígena de Saneamento

BLH - Banco de Leite Humano

CASAI - Casa de Saúde do Índio

DNV - Declaração de Nascidos Vivos

DSEI - Distrito Sanitário Especial Indígena

DSEIL - Distrito Sanitário Especial Indígena Leste

DSEIY - Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami

FUNAI - Fundação Nacional do Índio

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

HMINSN - Hospital Materno Infantil Nossa Nazareth

HGR - Hospital Geral de Roraima

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ISA - Instituto Sócioambiental

MS - Ministério da Saúde

NBZ - Nebulização

PAISM - Programa de Assistência Integral a saúde da Mulher

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral a saúde da Mulher

PNASI - Política Nacional de Atenção a saúde Indígena

PNH - Política Nacional de Humanização

PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PSI - Pronto Socorro Infantil

SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatístico

SUS - Sistema Único de Saúde

SESAI - Secretaria de Saúde Indígena

UVE - Unidade de Vigilância Epidemiológica

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>1. PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE</b> .....	23
<b>2.RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	30
2.1 A MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE NAZARETH: HISTÓRIA E NOTAS ETNOGRÁFICAS.....	30
2.2 A INTERNAÇÃO HOSPITALAR MATERNA E INFANTIL INDÍGENA.....	35
<b>2.2.1 Classe temática I: Percepções dos profissionais para o cuidado materno infantil     indígena</b> .....	39
<b>2.2.2 Classe temática II: Estrutura organizacional para o cuidado materno infantil     indígena</b> .....	58
<b>3. INTERSUBJETIVIDADE NO PROCESSO DO CUIDAR</b> .....	71
3.1 INTERSUBJETIVIDADE NO CUIDADO MATERNO INFANTIL INDÍGENA.....	73
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	78
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	82
<b>GLOSSÁRIO</b> .....	95
<b>APÊNDICES</b> .....	99
<b>ANEXO</b> .....	108

## INTRODUÇÃO

O presente estudo é resultado do esforço em entender as relações intersubjetivas estabelecidas no processo de cuidar da mulher e do recém-nascido indígenas pelos profissionais da saúde, em um hospital público de Roraima, referência no atendimento de média e alta complexidade na saúde materna e neonatal.

Meu interesse pelo tema iniciou-se ainda na graduação em Enfermagem, quando tive a oportunidade de estudar a disciplina Saúde Indígena. Depois de graduada, iniciei minha vida profissional trabalhando em uma comunidade indígena de Roraima, conhecida como Comunidade da Barata, por dois anos, convivendo com os povos Macuxi e Wapixana. Posteriormente, como docente no ensino profissionalizante de um curso Técnico de Enfermagem, pude contribuir para modificação da grade curricular do curso, incluindo a disciplina saúde indígena, por entender a importância de formar profissionais preparados para compreender o universo e as singularidades do cuidar no contexto intercultural.

Atualmente exercendo atividade profissional na Maternidade Nossa Senhora de Nazareth, passei a vivenciar alguns incômodos tanto de origem estrutural e de organização da unidade hospitalar, quanto de insuficiência teórica para compreender a necessidade da atenção diferenciada aos povos indígenas e percebi que tais carências eram motivos de tensão para os plantões daquela instituição.

Esses desconfortos, ao mesmo tempo que causavam limitações para ofertar um atendimento integral à mulher e criança indígena, também motivaram-me a acreditar que pesquisando o processo de trabalho dos profissionais da saúde no atendimento ao indígena hospitalizado, subsidiaria futuras discussões acerca de estratégias de intervenção, bem como nortearia a capacitação de trabalhadores da saúde e conseqüentemente contribuiria com o serviço, a fim de reduzir os conflitos gerados pela diferença cultural no processo do cuidar e minimizar preconceitos na execução das ações de saúde.

Refletir sobre a dialética entre objetividade e subjetividade cria possibilidade segundo Campos (2000, p.225) de “inventar mundos, organizações e instituições (uma saúde pública, por exemplo) que produzissem não objetos /sujeitados, mas seres com potencial para pensar, refletir ou analisar e agir com algum grau de autonomia em relação aos seus determinantes”.

O trabalho e as práticas cotidianas em saúde também são espaços dialógicos, pois de modo indireto ou direto as ações humanas criam vínculos entre sujeitos, havendo, portanto, necessidade de instituir a capacidade reflexiva e operante para os agentes dessas práticas, num

sentido que permitam aos sujeitos distanciarem-se de si mesmos e de suas estruturas, para refletir sua atuação e corrigir procedimentos, rumos e valores. Surgindo, daí, perspectivas para a reconstrução de vínculo, visando autonomia, coprodução da saúde, e a possibilidade da construção de projetos terapêuticos singulares (CAMPOS, 2012).

Nesse espaço dialógico entre diferentes atores, estão os povos indígenas com suas histórias singulares, caracterizadas por uma identidade étnica, com acervo de crenças, valores, mitos, hábitos e concepções de saúde-doença diferentes. Nesse contexto diversificado estão as mulheres indígenas, compondo grande parte dessa população culturalmente diferenciada que demandam a criação de uma política de saúde ajustadas aos múltiplos contextos étnicos dos quais elas fazem parte (FERREIRA, 2013).

A partir da Constituição Federal de 1988 é garantido aos povos indígenas o acesso universal à saúde de acordo com as diretrizes e princípios do SUS que, posteriormente, estabeleceu políticas públicas de inclusão, favorecendo a criação do subsistema de saúde indígena, organizado na forma de distritos. Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI - são sistemas locais de saúde, orientados para populações definidas, dentro de espaços geográficos e administrativos específicos com intuito de assistir aos indígenas na primeira esfera de atenção integrada ao SUS (BRASIL, 2002a).

Após anos de iniciativas governamentais deficientes destinadas a promover a adequada atenção aos povos indígenas, o Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), assumiu, em agosto de 1999, a responsabilidade de estruturar e operacionalizar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Este, por sua vez, estaria diretamente articulado com o Sistema Único de Saúde (SUS), passando a responder por todas as ações de saúde desde as relacionadas aos aspectos preventivos até os assistenciais e de promoção à saúde (BRASIL, 2002a).

A política Nacional de Atenção à Saúde Indígena foi criada, em 2002, para minimizar as inequidades de saúde da população indígena em relação à população não indígena. Nesse sentido, a saúde indígena tem passado por transformações consistentes caracterizadas por um novo paradigma na relação do Estado com os povos indígenas (MAGALHÃES, 2002, LUNARDI, 2004).

Com esse propósito foi lançada a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASI) foi, instituída para compatibilizar os direitos diferenciados constitucionalmente garantidos aos povos indígenas à Lei Orgânica da Saúde, por sua vez, a política não menciona as questões referentes à relação entre gênero e saúde. Desde 2004 as instâncias gestoras do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena ensaiam elaborar uma política pública específica

para atender a saúde das mulheres indígenas. Entretanto, até o momento não houve avanços para o desenvolvimento de programas culturalmente adequados à realidade dos povos indígenas (FERREIRA, 2013, p. 1152).

De maneira geral, no Brasil a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde no século XX. O Ministério da Saúde (MS) criou, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM), com inúmeros objetivos sobre a integralidade e a promoção da saúde (BRASIL, 2004). Esta política, orientada pelos princípios de integralidade, equidade e universalidade que formam o Sistema Único de Saúde (SUS), ampliou as ações, incorporou a ideia de promoção à saúde e reafirmou os compromissos com o ideário veiculado pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) criado em 1983. A PNAISM passou a abordar questões referentes ao gênero, raça, etnia e geracional com o propósito de avançar no campo dos direitos sexuais e reprodutivos contemplando os grupos minoritários, entre eles, o de mulheres indígenas (BRASIL, 2009).

Para garantir a continuidade e qualidade do serviço prestado em todas as suas instâncias, é fundamental que todos aqueles que, de alguma forma estão engajados no planejamento, execução e avaliação das atividades articuladas na rede do SUS conheçam a realidade cultural, social, demográfica, religiosa e econômica destes povos.

Segundo o censo IBGE (2010), a população indígena do Brasil íntegra 896.917 pessoas das quais 324.834 vivem nas cidades e 572.083 em áreas rurais, o que corresponde aproximadamente (0,47%) da população total do País, distribuídos em 305 etnias e falantes de 274 línguas (IBGE, 2012). Ocupando em torno de (13,3%) do território nacional, a maior parte vive nas regiões rurais, mas há uma parcela significativa que vive em áreas urbanas, geralmente em periferias. Cerca de (60%) se localizam nas regiões Centro-Oeste e Norte, onde estão concentrados (98%) das terras indígenas (ISA, 2014). Historicamente, a Região Norte, manteve a maior parcela (48,6%), o que representa a maior concentração da população indígena total no Brasil.

A distribuição espacial da população indígena é o resultado, não apenas do processo histórico de ocupação socioeconômica do Brasil, mas também da tendência à crescente afirmação da identidade cultural e territorial dessa população ao longo do tempo. Na análise da distribuição espacial dos autodeclarados indígenas revelada pelo Censo Demográfico 2010, observou-se que a Região Norte e o ambiente amazônico mantêm a supremacia ao longo dos Censos, com (37,4%) dos autodeclarados (IBGE, 2012).

Ainda sobre esses dados do IBGE (2012), a população indígena residente em outros Municípios e nas Capitais do Brasil teve crescimento negativo. Contudo o inverso aconteceu em Boa Vista, pois o ritmo de crescimento da população autodeclarada indígena teve um aumento expressivo de (6,5%) ao ano. A partir destes dados, é possível perceber o quanto essa população indígena tem presença significativa no Estado de Roraima, tanto em comunidades indígenas distribuídas nos municípios do Estado quanto residindo na capital.

Para atender a população indígena de Roraima a Funasa instituiu, através da portaria Nº110 de 05 Fevereiro de 1999, a criação do Distrito Sanitário Especial Indígena Leste - DSEIL e Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami e Ye'Kuana – DSEIY. O DSEIL atua no estado de Roraima, para atender a população indígena das regiões de lavrado e de serras onde vivem os povos Macuxi, Wapixana, Ingaricó, Taurepang, Patamona / Sapara e, na região de floresta ao sul do Estado de Roraima, onde vivem os Wai Wai. Com exceção dos Wapixana, povo da família linguística Aruak, os demais são falantes de línguas Karib (FUNASA, 2007).

O DSEI Yanomami e Ye'Kuana, com atuação na terra indígena Yanomami, atende a região oeste do estado de Roraima e norte do Estado do Amazonas. Os Yanomami ocupam as florestas do maciço guianense bem como ambos os lados da fronteira entre o Brasil (Bacias do Alto Rio Branco e margem esquerda do Rio Negro) e a Venezuela. Constituem um conjunto cultural e linguístico composto de quatro subgrupos territorialmente adjacentes que falam línguas mutuamente inteligíveis: o Yanomam (aproximadamente 56% da etnia), o Yanomami (ou Yanomae) (25%), o Sanumá (14%) e o Ninam (ou Yanam) (5%). Além dos Yanomamis o DSEI Yanomami atende os Ye'kuana ou Maiongong de família linguística Karib (PANTOJA, 2012).

Diante dessa diversidade é fundamental que os serviços de saúde de média e alta complexidade que servem de referência aos povos indígenas conheçam os aspectos socioculturais que interferem nos processos de saúde-doença desta população para poder acolher e intervir segundo suas necessidades, propondo projetos de cuidado mais efetivos e condizentes com o entendimento e a realidade de cada grupo populacional (PEREIRA et al, 2014).

Todo processo de trabalho em saúde produz modos de cuidado que podem estar centrados, ora nos procedimentos em si, ora nos usuários. Para produzir o cuidado, é preciso primeiro produzir atos de saúde. Esta relação é delicada uma vez que, realizar um



procedimento é produzir um ato de saúde. Mas isto pode ser feito dentro de certo modo de cuidar, que não é necessariamente “cuidador” (MERHY, 1999). Nesse sentido, o cuidar da mulher e neonato indígenas, implica produção de atos e procedimentos que levam em consideração suas percepções do corpo em diferentes processos (sexualidade, fertilidade, reprodução, gravidez, parto, maternidade e adoecimento) articulados com outros fatores como: ambiente, objetos e dietas.

Segundo estudos realizados na área da saúde da mulher indígena, atestam que existe uma precariedade dos conhecimentos epidemiológicos e antropológicos para subsidiar as ações, o que compromete o debate sobre o tema e, conseqüentemente, o próprio planejamento da saúde (COIMBRA JÚNIOR C, GARNELO, 2004). Ferreira (2013) ilustra bem essa discussão ao afirmar que:

Os estudos etnológicos acerca das teorias indígenas de corporalidade, dos processos socioculturais de produção de pessoas e das relações de gênero nas sociedades ameríndias trazem um importante aporte para a compreensão da saúde reprodutiva e da saúde da mulher indígena. Isso porque tais estudos demonstram que as relações de gênero entre os povos indígenas estão associadas aos domínios do parentesco e da fabricação do corpo (FERREIRA, 2013p. 1154).

Em Roraima, o Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN), é a instituição de referência destinada ao atendimento da mulher e do neonato indígenas sobre responsabilidade do DSEI Leste e Yanomami. Minha observação deste campo, como pesquisadora e profissional que trabalha neste local, mostrou-me a importância dos trabalhadores de saúde que atuam no HMINSN, de terem uma formação direcionada para oferecer uma assistência integralizada e condizente com as necessidades biológicas, sociais e culturais das populações etnicamente diferenciadas. Tal qualificação contribuiria para a melhoria do acolhimento dessa população que certamente sofre um impacto muito maior em razão da interrupção do convívio familiar e social, inclusive, pelo fato de estarem inseridos em outra realidade, com alterações, durante a hospitalização, de hábitos, ambiente e rotinas.

Um ponto importante percebido neste estudo refere-se à barreira linguística tanto por parte de indígenas que não fala português quanto por partes dos profissionais que não compreendem as diversas línguas indígenas. A comunicação falha, ambígua e sem sentido do ponto de vista de ambos, nesses casos, trata-se, sem dúvida, de uma limitação que impossibilita, aos profissionais, o conhecimento de uma história mais aprofundada sobre seus

precedentes clínicos e familiares. Por outro lado, o paciente indígena tem dificuldades para entender determinados procedimentos invasivos ou rotinas hospitalares.

Desse modo, na maioria das situações, a equipe de saúde não sabe como agir diante desse conjunto de fatores associados. Isto resulta em uma assistência limitada, pouco interativa, com viés para interpretações errôneas ou superficiais sobre o comportamento e atitudes da mulher indígena, parturiente ou não, e de seu acompanhante durante a hospitalização. Estes fatos dificultam, por um lado, a oferta de um atendimento integralizado e, por outro, um acolhimento mais humanizado para a paciente indígena, que expressa sinais de nenhuma familiarização com o ambiente, equipe e tratamento oferecido.

A partir desta realidade, pode-se perceber a importância da equipe de saúde que atua no HMINSN tentar compreender melhor o universo sociocultural dessa população indígena e avaliar até que ponto a abordagem no processo assistencial vai de encontro às reais necessidades físicas, emocionais e espirituais dessa clientela diferenciada. Ou seja, até que ponto os trabalhadores de saúde conseguem articular seus conhecimentos sobre o processo de saúde-doença com os significados atribuídos por esta população ao processo saúde/ doença /atenção.

A equipe multiprofissional de saúde, por ter suas atribuições baseadas na assistência integral ao sujeito, necessita estar mais bem preparada para lidar com as idiosincrasias dos pacientes, sejam mulheres ou crianças, provenientes de quaisquer sistemas culturais.

Portanto, alguns incômodos vivenciados durante meu exercício profissional, na Maternidade Nossa Senhora de Nazareth, suscitavam os questionamentos que consubstanciaram para o surgimento desse estudo. Como o trabalhador da saúde está assumindo suas responsabilidades e competências sobre a atenção integral a mulheres e neonatos indígenas na maternidade Nossa Senhora de Nazareth? Quais aspectos que envolvem a relação entre serviços de saúde e paciente indígena? No encontro físico entre profissionais de saúde e pacientes indígenas, quais são as dificuldades encontradas por esses trabalhadores? Quais as principais reclamações dos indígenas sobre o processo de internação, pela ótica do profissional da saúde? Deste modo, a problematização desse estudo está fundamentada nas discussões sobre o processo do cuidar em saúde e nas atuais políticas públicas de saúde destinadas ao acolhimento da mulher e neonato indígenas na alta complexidade.

Segundo Merhy (2009), à medida que observamos os momentos de relações entre os usuários e os serviços de saúde com os seus trabalhadores, para verificarmos o seu funcionamento, nos surpreendemos com a descoberta de que, sempre que houver um processo relacional de um usuário com um trabalhador, institui-se aí o cenário do trabalho vivo em saúde. E é nesse cenário, onde os processos de produção em saúde acontecem que precisam ser estudadas e compreendidas as interações entre os sujeitos, usuários e trabalhadores, uma vez que existem interferências positivas e negativas no processo do cuidar.

De maneira geral, quando analisamos o processo do cuidar em saúde nos deparamos com a presença de forças externas, antecedente ao encontro, numa espécie de ausência de interação (orientada puramente aos moldes do saber biomédico, tecnicista, excessivamente objetiva, centrada em procedimentos e rotinas, etc.) onde os sujeitos são tomados por objeto, por um diagnóstico de doença, por um histórico de clínica ou por uma situação de risco e de vulnerabilidade, entre outras condições que as dessingularizam (CECCIM, MERHY, 2009).

As características das interações tornam-se mais frágeis na atenção a populações indígenas, pois devido suas peculiaridades, requerem por parte dos profissionais de saúde, além de suas habilidades técnicas, uma compreensão histórica, social e cultural da paciente indígena, para um atendimento integral. Nesse contexto o padrão de acolhimento aos indígenas hospitalizados é um desafio que persiste, e resulta na urgência de aperfeiçoamento dos trabalhadores da saúde em Roraima e a mudança de rumos da gestão para atender aos critérios estabelecidos pelo ministério da saúde.

Em julho de 2005, por meio da Portaria Nº 1062/ GM o Ministério da Saúde estabeleceu critérios de internação hospitalar para população indígena, tendo em vista suas especificidades étnico-culturais e vulnerabilidade: garantia de valorização das práticas tradicionais de saúde, direito a acompanhante e intérprete, dieta especial, informação aos usuários, critérios especiais de acesso e acolhimento através da instituição do selo hospital amigo do índio (BRASIL, 2005).

Numa conjuntura mais ampliada, o Ministério da Saúde lançou princípios e diretrizes para uma gestão inovadora dos hospitais, onde se destacam:

tomar o adoecimento humano como fenômeno complexo, o que exige ação articulada e integrada entre múltiplos territórios de saberes e práticas; acolher a diversidade, a pluralidade e a multiplicidade social e subjetiva dos sujeitos para a composição de projetos terapêuticos; compreender que a produção de saúde se afirma como um projeto de produção e ampliação da autonomia com o outro: usuário, família, comunidade; compreender que o cuidado em saúde é sempre singular e sua capacidade de produzir e qualificar a vida decorre da qualidade dos encontros entre os sujeitos (BRASIL, 2011a,p.38).

Nesse contexto, essa pesquisa configurou-se, com o objetivo de conhecer como é realizado o atendimento à mulher e neonato indígenas, internados no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN), bem como, quais são as especificidades encontradas pelos profissionais da saúde para a prestação da assistência adequada. Segundo Gil (2007 p.30), quando as mulheres indígenas são encaminhadas ao hospital, recebem tratamento considerado “preconceituoso, discriminatório que impede a permanência de acompanhante, a manutenção de certas práticas como: enterramento da placenta, dietas especiais, banhos com uso de plantas medicinais e ainda menciona a exposição íntima, posicionamento inadequado na hora do parto (deitada) e prática de episiotomia”.

Estudos realizados por Mccallum (1998), Tempesta (2004), Gil (2007), Azevedo (2009), Ferreira (2013) argumentam que apesar de existirem uma diversidade de práticas relativas à saúde da mulher, sobre a saúde do corpo relacionado à fecundidade e parturição (gestação, parto e ao pós parto) entre as diferentes etnias, existe uma certa aproximação entre os diversos cuidados e práticas que são realizadas para preservar a saúde da mãe e da criança que incluem utilização de ervas medicinais, regras alimentares, benzimentos, regras culturais e de comportamento, feitiços ou questões ambientais, isto é, causas sociocosmológicas que podem interferir na saúde reprodutiva da mulher e na saúde do neonato.

Assim, o ambiente hospitalar por se tratar de um lugar cheio de normas e rotinas, de paisagem construída, composto por trabalhadores de saúde por vezes desarticulados com a compreensão de cosmovisão da paciente indígena, tem impedido a articulação entre o modelo biomédico e prática de autoatenção, oportunos para a construção de projetos terapêuticos singulares para a mulher indígena e neonato em nível hospitalar, por abrir possibilidades a um espaço intercessor onde emergem saberes híbrido através da intermedialidade (MENÉNDEZ, 2009; FÓLLER, 2004).

Dessa forma, surge a necessidade de articulação entre a medicina tradicional e o sistema oficial de saúde por meio da atenção diferenciada, que na concepção de Langdon (2007 p.9) “supõe que os profissionais da saúde precisam estar habilitados para reconhecer, refletir e dialogar com os modos de vida desses povos” e considerar as “formas de autoatenção praticadas na área de abrangência de seus serviços” (LANGDON, 2004, p. 44).

No entanto, apesar da política prever a necessidade de recursos humanos com competência intercultural, o que se observa nas práticas do serviço de saúde, segundo Ferreira, o contrário dessa previsão onde “gestores e profissionais preponderam uma

perspectiva tecnicista que desconsidera a dimensão comunicativa do fazer saúde e opera com uma visão estereotipada sobre as medicinas tradicionais indígenas” (2013, p.56). Essa falta de contemplação da atenção integral à mulher indígena e da garantia à justiça social, são fatores que impedem as mulheres de exercerem sua autonomia nas decisões concernentes aos seus próprios corpos e à sua saúde conforme sua cosmovisão.

Para compor este trabalho de investigação, a pesquisa teve como objetivo geral, conhecer a qualidade das relações dos profissionais da saúde, no cuidado à mulher e recém-nascido indígenas, hospitalizados no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN), com os seguintes objetivos específicos: descrever as características da estrutura física e organizacional dos serviços para a atenção à saúde materna e neonatal indígena no HMINSN; analisar as características das relações entre profissionais da saúde e indígenas durante o processo de internação no HMINSN; identificar os conflitos enfrentados pelos profissionais na execução da assistência à mulher e ao recém-nascido indígenas no HMINSN; discutir estratégias para tratar da intersubjetividade no cuidado materno infantil indígena no HMINSN.

Para alcançar esses objetivos do estudo utilizou-se da abordagem metodológica qualitativa, construída através de revisão bibliográfica, observação participante com utilização de um diário de campo e realização de entrevistas com os profissionais da saúde seguindo um roteiro disponível em (APÊNDICE A) após esclarecimentos e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido-TCLE (APÊNDICE B).

O cenário da pesquisa foi o Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN), um hospital público, estadual, em Boa Vista - RR que oferta serviços de ginecologia, obstetrícia e neonatologia. A coleta de dados foi realizada durante plantões diurnos e noturnos por três meses após aprovação das exigências do comitê de ética do protocolo: CAAE 51797615.6.0000.5302 (ANEXO A).

Os resultados foram extraídos da observação do processo de trabalho dos profissionais da unidade com os indígenas, notas e casos registrados em diário de campo, bem como das leituras das narrativas das entrevistas, estudado por meio da técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (BARDIN, 2009).

Pretendeu-se com, essa construção metodológica, dar embasamento ao contexto descrito conhecendo a unidade hospitalar e as relações entre profissionais e pacientes indígenas, em que o enredo se passa. Dessa forma, analisou, a partir do cotidiano dos atores,

as situações que geram desconfortos nesse encontro e descreveram-se suas ações diante dos tais acontecimentos em saúde.

A relevância do presente estudo está na importância de conhecer a relação intersubjetiva dos profissionais de saúde, em cuidar da mulher e do neonato indígenas, durante o processo de internação no HMINSN, onde se analisou o processo de trabalho em saúde ofertado à paciente indígena. E com isso se buscou discutir estratégias de intervenção bem como, contribuir com as recentes proposições acerca de temas como: humanização do atendimento, acolhimento, construção de projetos terapêuticos singulares e a reconstrução das práticas de saúde. Desse modo, este estudo insere-se nas atuais discussões no âmbito da saúde coletiva sobre as necessárias mudanças no modo como produzimos o cuidado em saúde.

Nesta direção, vale destacar o valor científico deste trabalho, uma vez que existe pouca literatura publicada em periódicos sobre a assistência hospitalar a populações indígenas. E acredito que, este estudo contribui para o meu aperfeiçoamento profissional.

Este trabalho foi dividido em seções. O primeiro capítulo refere-se às bases teórico-conceituais no qual se buscou concentrar e compreender o universo da saúde da mulher indígena e sua relação no processo saúde /doença/ atenção; o processo de trabalho e o ato de cuidar. O segundo capítulo constitui-se da análise dos resultados encontrados ao longo da pesquisa por meio da historiografia do HMINSN e caracterização da internação hospitalar materna e infantil indígena através das transcrições de entrevistas realizadas com os profissionais da saúde do HMINSN, notas em diário de campo de casos observados e vivenciados pela autora e analisados durante o estudo em diálogos com Foucault, Goffman, Geertz, Mauss, Tempesta, dentre outros autores, bem como buscou-se expor dados que destaquem a expressividade da demanda materna infantil indígena no HMINSN. O terceiro capítulo constituiu um aprofundamento da proposta dessa análise com reflexões sobre as relações no trabalho em saúde pelas contribuições de autores como Campos, Ayres, Minayo, Ricouer, Shraiber, Merhy, dentre outros, oportunos para pensarmos nos possíveis caminhos que podemos percorrer para que haja uma melhora significativa na forma como produzimos atenção à saúde indígena na alta complexidade.

## 1. PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Nos últimos séculos, o campo da saúde vem se estabelecendo como um campo de construção de práticas técnicas cuidadoras, socialmente determinadas, dentro do qual o modo de agir biologicista foi se tornando hegemônico. Mesmo dentro desse modo particular de agir tecnicamente na produção do cuidado, nesses anos todos, há uma enorme pluralidade de maneiras ou modelos de ação (MERHY, 1997a, 1998).

Relacionado ao processo de trabalho, Silva e Formigli (1994) fazem uma correlação entre práticas e necessidades de saúde, através da busca de seus significados econômicos, políticos e ideológicos considerando a capacidade exercida pelas práticas de modificar uma dada situação de saúde e de se adequar para atender às reais necessidades de saúde de determinada população já que o processo de trabalho em saúde “é sempre uma interação intersubjetiva mediada pela estrutura das organizações e das instituições sociais” (CAMPOS, 2013 p.56).

O processo de trabalho realizado no âmbito hospitalar, uma tarefa complexa e especializada, torna-se difícil quantificar o resultado oriundo desse trabalho. Nesse contexto, as decisões – quase sempre – dependem de julgamento profissional, tornando o papel dos gerentes mais limitado a coordenar o trabalho profissional e realizar a integração da gerência dos serviços com os profissionais que atuam na execução dos mesmos, principalmente no sentido do compromisso com os objetivos organizacionais (ARTMANN et al. 1997, p.725).

Esta complexidade do processo de trabalho no âmbito hospitalar se torna mais visível quando atendemos pacientes indígenas, pois os gradientes de dificuldades que refletem na qualidade da execução e do gerenciamento das ações encontram-se na formação dos profissionais, na dificuldade de compreensão da língua, no reconhecimento das singularidades culturais e simbólicas do processo saúde e doença nos contextos peculiares dos serviços de saúde prestados aos indígenas, nas representações dos profissionais acerca do adoecer e do curar e ainda na intervenção assistencialista, positivista em um ambiente que dificulta a promoção da saúde e na atuação de profissionais numa realidade que esbarra em uma estrutura física e organizacional sucateada. Romper essa situação deve-se partir do pressuposto de “garantia do acesso e acolhimento aos usuários, responsabilização/ vínculo, integralidade na assistência, democratização (participação de trabalhadores e usuários na gestão), gestão pública e adequação à realidade local” (MERHY, 1999, p.25).

Rocha e Almeida (2000) notam que somente as intervenções no corpo biológico não vêm respondendo de forma plena às necessidades da saúde, pois há vários componentes que precisam ser considerados no contexto do sujeito, por exemplo, o estilo de vida, a relação com o meio ambiente, com seus pares e com os profissionais. No contexto da saúde indígena, considerar tais componentes é tão importante quanto olhar o paciente indígena como um corpo que necessita de cuidado. Nesse sentido, o que é relevante para entender o processo de trabalho em saúde é justamente a disposição de querer entender o paciente indígena como um sujeito contextualizado em seu ambiente, com o seu querer e saber.

A atenção ao ouvir as queixas, o atendimento humanizado, o vínculo e o respeito pelo outro que traz um problema, uma dificuldade qualquer, ou uma necessidade; são valores que devem ser agregados nas relações entre pacientes e os profissionais de saúde. A realidade indígena urge pela necessidade do ouvir atento, de humanizar a consulta e, sobretudo, a necessidade de conhecer a pessoa indígena no seu contexto de modo a criar vínculos e respeito (MATUMOTO et. al, 2001).

Esta complexidade do processo de trabalho no âmbito hospitalar se torna mais visível quando atendemos pacientes indígenas, pois os gradientes de dificuldades que refletem na qualidade da execução e do gerenciamento das ações encontram-se na formação dos profissionais, na dificuldade de compreensão da língua, no reconhecimento das singularidades culturais e simbólicas do processo saúde e doença nos contextos peculiares dos serviços de saúde prestados aos indígenas, nas representações dos profissionais acerca do adoecer e do curar e ainda na intervenção assistencialista, positivista em um ambiente que dificulta a promoção da saúde e na atuação de profissionais numa realidade que esbarra em uma estrutura física e organizacional sucateada. Romper essa situação deve-se partir do pressuposto de “garantia do acesso e acolhimento aos usuários, responsabilização/ vínculo, integralidade na assistência, democratização (participação de trabalhadores e usuários na gestão), gestão pública e adequação à realidade local” (MERHY, 1999, p.25).

Rocha e Almeida (2000) notam que somente as intervenções no corpo biológico não vêm respondendo de forma plena às necessidades da saúde, pois há vários componentes que precisam ser considerados no contexto do sujeito, por exemplo, o estilo de vida, a relação com o meio ambiente, com seus pares e com os profissionais. No contexto da saúde indígena, considerar tais componentes é tão importante quanto olhar o paciente indígena como um corpo que necessita de cuidado. Nesse sentido, o que é relevante para entender o processo de



trabalho em saúde é justamente a disposição de querer entender o paciente indígena como um sujeito contextualizado em seu ambiente, com o seu querer e saber.

A atenção ao ouvir as queixas, o atendimento humanizado, o vínculo e o respeito pelo outro que traz um problema, uma dificuldade qualquer, ou uma necessidade; são valores que devem ser agregados nas relações entre pacientes e os profissionais de saúde. A realidade indígena urge pela necessidade do ouvir atento, de humanizar a consulta e, sobretudo, a necessidade de conhecer a pessoa indígena no seu contexto de modo a criar vínculos e respeito (MATUMOTO et. al, 2001).

Todavia, o “humanizar os serviços de saúde” não pode ser tratado ou praticado como uma ação piedosa, ou seja, a saúde de qualidade e humanizada não pode estar vinculada as concepções assistencialistas, filantrópicas e/ou religiosas, apenas olhando o ser humano como “bom e caridoso” (ARCHANJO; BARROS, 2010, p. 35).

O debate de humanização produzido pelos autores Ayres, (2005); Deslandes, (2004); Fortes, (2004) enfoca alguns aspectos e desafios, dimensões éticas do cuidado e a importância da comunicação e do diálogo para projetos terapêuticos singulares (comprometidos com a vida e os direitos dos usuários). Emerge, ainda, como estratégia para modificar o quadro de desqualificação dos trabalhadores, de precarização das relações no trabalho vivo em saúde visando romper com a fragmentação e a desarticulação das ações e programas nomeados como de humanização (ARCHANJO; BARROS, 2010).

Assim, deveria ser uma política que opere, no sistema de saúde, de forma transversal e multidisciplinar. Como política, a Humanização deve, portanto, exprimir princípios e modos de operar no conjunto das relações intersubjetivas (entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais), e nas relações intergestoras (entre as unidades e serviços de saúde e as instâncias que constituem o SUS) (BRASIL, 2004).

A Humanização corresponde desenvolver novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de práticas mais éticas no campo do trabalho, o que inclui o campo da gestão e das práticas de saúde e ultrapassa problemas e desafios do cotidiano do trabalho. Dessa forma é premente uma mudança na maneira de pensar e agir dos gestores e profissionais da saúde, pois o progresso humano somente será concretizado quando houver “respeito pelas diferenças, pela diversidade sociocultural” existente em nosso País e,

principalmente, pelo “aperfeiçoamento dos instrumentos que garantem os direitos individuais e coletivos” (BRASIL, 2010; RANZI et al., 2012 p.9; RANZI E MARQUES, 2013).

Portanto, as políticas voltadas à humanização e ao apoio Paideia (como recurso terapêutico voltado para a ampliação de autonomia dos sujeitos na coprodução do processo saúde/ doença /intervenção) valorizam: a dimensão humana e subjetiva, a necessidade do espaço dialógico com formação de compromisso e contratos bem como a criação de um movimento reflexivo de compreensão do mundo e de si mesmo. Trazem contribuições nas quais apontam um norte para uma requalificação dos recursos humanos nos hospitais públicos, que poderão tornar-se organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, em condições de atender às expectativas de seus gestores e da comunidade (BRASIL, 2004; CAMPOS, 2013). Com essas expectativas de Campos (2013) surgiram durante a pesquisa uma proposta de intervenção através da educação permanente em saúde.

Ao se planejar e desenvolver ações de saúde com populações indígenas deve-se considerar a inter-relação entre a medicina ocidental (biomedicina) e demais sistema médicos. O que resulta na busca pela compreensão das crenças, costumes, da cultura.

A cultura é a mediadora entre o poder e o objetivo de sua ação. Um conjunto de significados transmitidos historicamente, ou seja, incorporados através de símbolos que se materializam em comportamentos. Sem homens, certamente não haveria cultura mas, de forma semelhante, e muito significativamente, sem cultura não haveria homens. Sendo assim, a cultura não é apenas um ornamento da existência humana, mas uma condição essencial para ela o que nos torna seres singulares e com especificidades (GEERTZ, 1989).

Os conhecimentos populares são constitutivos de um povo e se diferenciam de acordo com a cultura local. Contudo, quando se pesquisa sobre corporalidade e saúde reprodutiva da mulher indígena, estudos mostram que apesar de haver uma diversidade de práticas relativas à saúde à fecundidade e parturição (gestação, parto e ao pós-parto), nas diferentes etnias constata-se, certa aproximação entre as teorias de concepção e as diversas práticas de autoatenção (MCCALLUM, 1998; TEMPESTA, 2004; GIL, 2007; AZEVEDO, 2009; FERREIRA, 2013).

As teorias de concepção perpassam pela fabricação e modelagem do corpo através da partilha de fluidos corporais (sangue, sêmem e leite materno) e de outras substâncias (alimentos). As práticas de autoatenção como utilização de ervas medicinais, regras

alimentares, benzimentos, regras culturais e de comportamento, feitiços ou questões ambientais, são realizadas para preservar a saúde reprodutiva da mulher e da criança indígena. Nesse sentido, os conhecimentos sobre o corpo e os cuidados com a saúde reprodutiva são amplos e profundamente relacionados à cosmovisão da população indígena (MCCALLUM, 1998; TEMPESTA, 2004; GIL, 2007; AZEVEDO, 2009; FERREIRA, 2013).

Para Menéndez (2009), automedicação e autocuidado são algumas das inúmeras formas de autoatenção, que é conceituada na sua percepção como:

[...] as representações e práticas que a população utiliza tanto individual quanto socialmente para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, suportar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde, em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta e intencional de curadores profissionais, embora eles possam ser os referenciais dessa atividade. A autoatenção implica decidir a autoprescrição e o uso de uma terapêutica autônoma ou relativamente autônoma, e abarcar representações e práticas geridas pelos sujeitos e grupos, em face de seus padecimentos, inclusive as induzidas, prescritas ou propostas por curadores das diferentes formas de atenção, mas que em função de cada processo específico das definições sociais e da situação dos sujeitos, resulta que uma parte desse processo de prescrição e uso ganhe autonomia, pelo menos em termos relativos (MENÉNDEZ, 2009, p.48).

Uma reflexão imediata de autoatenção aponta para o fato que as práticas de saúde em contextos interculturais precisam ser entendidas através das noções de autonomia, coletividade, agência e práxis, em oposição à perspectiva puramente biomédica caracterizada como universalista, biologista, individualista, a-culturalista, a-histórica e assimétrica (MENÉNDEZ, 2009). Assim, o atendimento necessita ser pautado na produção de consensos, cuja incorporação de novos conhecimentos amplia a autoconfiança de ambos os sujeitos do processo – população e o profissional – nos novos saberes produzidos nessa interação (BARBOSA et al., 2007).

A zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde permitiu a identificação da multiplicidade de formas de atenção às enfermidades/pluralidade médicas. Nesse campo da zona de contato como discutido por Follér (2004) como intermedialidade emergem saberes “híbridos” (das fronteiras entre duas epistemologias, biomedicina e medicina indígena) voltados ao processo de saúde, doença e atenção, ou seja, um espaço demarcado por negociações entre atores diversos (FOLLÉR, 2004).

A relação entre intermedialidade e autoatenção acontece quando se pratica a capacidade de articular diferentes formas de atenção uma vez que a intermedialidade significa que pelo menos existe um elo entre dois discursos de conhecimento (LANGDON, 2014). Nesse sentido, estes conceitos de intermedialidade e práticas de

autoatenção, mostram que, as aplicações de saúde popular e alternativa vêm crescendo e funcionam de maneiras dinâmicas, criativas, autônomas relacionadas ao processo de saúde/doença/atenção. Perpassam ainda por uma negociação entre diferentes práticas e formas de saberes que são reconstruídos ou ressignificados. No entanto, na contramão a expansão da biomedicina caracteriza-se por estocômizar, rejeitar, estigmatizar e subalternar as outras formas de conhecimento (MENÉNDEZ, 2009).

Os profissionais da saúde necessitam abrir o leque na coprodução da saúde e “aumentar a capacidade de compreensão e de intervenção das pessoas sobre o mundo e sobre si mesmas, contribuindo para instituir processos de construção de sociedades com grau crescente de democracia e de bem-estar social” (CAMPOS, 2006 p.2).

Pois é no encontro de sujeitos criam-se espaços de relações, ocorrem interseções entre os dois, ou seja, este encontro não é uma simples somatória de um com um outro, mas sim o resultado de um processo singular pelo encontro dos dois em um único momento. Assim também, no encontro do trabalhador de saúde com o usuário, estabelecesse entre eles um espaço intercessor que sempre ocorrerá em seus encontros e em ato. Este momento, o da produção e consumo dos atos de saúde, é um momento especial, portador de forças "instituintes". Nos modelos de assistência predominantes hoje, nas relações produzidas nos serviços de saúde, os espaços intercessores são preenchidos pela "voz" do trabalhador e pela "mudez" do usuário. Esta relação em saúde deveria ser não desta forma, "objetal", mas do tipo "interseção partilhada", ou seja, onde aconteçam interações. Assim, se ela ocorrer baseada na "mudez" e no "autoritarismo" haverá perda quanto ao mútuo processo instituinte Merhy (1997b, 1999).

As novas perspectivas do trabalho em saúde segundo Merhy (1999) consistem na reorganização do processo de trabalho. Isto implica a qualificação da força trabalho dos profissionais e integração dos profissionais na assistência. Tais fatores resgatam o sentido do trabalho multiprofissional e qualificam o produto final ofertado.

Dessa forma, o acesso da mulher indígena ao SUS pautado nos princípios da universalidade e integralidade, exige a capacitação de todos os profissionais dos hospitais de referência, para que compreendam a diversidade sociocultural da população indígena. Essa capacitação dos recursos humanos para a saúde indígena está prevista como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização dos serviços (FUNASA, 2002).

Com essa visão de trabalho em saúde com pacientes indígenas Mendonça (2008) mostra ser necessário uma reflexão sobre a formação e a prática de profissionais de saúde e a convivência com outras culturas, outras concepções de corpo, de pessoa, de adoecimento e tratamento, inseridos em diferentes sistemas de cura. Demanda um olhar que transcende o momento da relação profissional-paciente e se estende ao contexto sociocultural em que ela se estabelece. Segundo a autora, o campo da saúde indígena ainda está pleno de desafios, tanto práticos quanto teóricos por se tratar de um espaço complexo justamente porque está mergulhado numa relação de oposição: colonizador X colonizado, dominador X dominado.

Um dos desafios para alcançarmos o atendimento integral está fundamentado na necessidade de uma reestruturação da forma como os distintos estabelecimentos e organizações do setor saúde trabalham ainda até os dias de hoje. A mudança das práticas de saúde é premente em dois níveis: o primeiro, institucional, da organização e articulação dos serviços de saúde; o segundo, das práticas dos profissionais de saúde, numa vez que esses sujeitos são atores determinantes do processo de estruturação das práticas integrais à saúde.

## 2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esse capítulo foi construído com dados etnográficos colhidos através da minha da experiência profissional. O fato de trabalhar no HMINSN foi positivo tanto para entrada e permanência no campo de estudo quanto para obter a autorização para realizar as entrevistas com os profissionais da saúde.

O Início traz um breve histórico sobre a Maternidade Nossa Senhora de Nazareth, passando em seguida à descrição, análise e conclusão da Internação Hospitalar Materna e Infantil Indígena, construída a partir da transcrição das respostas das entrevistas (discursos) que estão dispostas no texto na íntegra, preservando o anonimato. Para destacar esses discursos formatei-os em itálico com recuo à esquerda para diferenciá-los do corpo do texto e dos casos e notas que considero relevantes para retratar o processo de trabalho na assistência a mulher e neonato indígenas, que apresento a partir das observações vivenciadas e capturadas em um diário de campo.

### 2.1 A MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE NAZARETH: HISTÓRIA E NOTAS ETNOGRÁFICAS

Essa seção traz um pouco da História da Maternidade Nossa Senhora de Nazareth, cenário desse estudo e algumas notas que possibilitem compreender um pouco da estrutura física e organizacional desse espaço Hospitalar, bem como sua missão institucional, seus projetos e ações. Os dados coletados para compor a caracterização foram disponibilizados pelo departamento de ensino e pesquisa (DEP) do Hospital.

O HMINSN é um Hospital Público conveniado ao SUS - Sistema Único de Saúde. Considerada uma unidade especializada de referência no Estado de Roraima, que atende além da população local, os países vizinhos como: Venezuela e Guiana Inglesa. Inaugurado em 05 de novembro de 1982 pelo então Governador Otomar de Souza Pinto e Secretário de Saúde Paulo Roberto de Lima recebendo a visita, em 12 de agosto de 1982, do Presidente da República João Baptista de Oliveira Figueiredo e o Ministro da Saúde Waldir Arcoverde.

O Hospital iniciou suas atividades com setenta leitos, divididos em dois blocos A e B, uma sala de parto e uma sala de cirúrgica. O primeiro parto foi cesariano, realizado pelo o

médico Wilson Franco, no dia da inauguração. Teve como primeiro diretor o médico José Mozart Holanda Pinheiro e administrador Euclídes Monnerat. Havia poucos profissionais na época dentre eles podemos citar: da equipe administrativa Rico Monteiro; da equipe do Serviço de Arquivamento Médico e Estatística, Dona Eliane Ferreira Araújo; da equipe de enfermagem Célia Rios, Raimunda Messias David (Dona Dica), Maria José dos Reis Moraes, Maria José Brilhante, Sabá Freitas, Maria Consolata Cavalcante Magalhães, comandadas e supervisionadas pela Irmã Lena (Lena Antônia Girelly); e, da equipe médica Wilson Franco, Ribamar Trovão, Hélio Macedo, Hélio Marques, Regina, Lúcio Távora.

Com o crescimento do estado, cresce também as necessidades e a demanda por serviços. Além do atendimento à mulher, foi necessária a implantação do Pronto Socorro Infantil (PSI) e o Serviço de Pediatria em 1998. A UTI Pediátrica (UTIP) passou a funcionar com 05 leitos, sob o comando Médico Alberto Volponi – profissional pioneiro na pediatria deste estado. O PSI e a pediatria funcionaram onde hoje é o Centro de Referência de Saúde da Mulher (CRSM) e Ala dos Girassóis (Internação de Gestação de Alto Risco), permanecendo assim até que o Município de Boa Vista construísse o Hospital Santo Antônio.

Em 2005, em nova gestão do Governador Brigadeiro Otomar de Souza Pinto, com Eugênia Glaucy como Secretária de Saúde e Márcia Marques Monteiro Rodrigues como Diretora Geral, o HMINSN sofreu uma grande reforma, sendo construídas duas novas alas correspondentes ao Banco de Leite Humano e Farmácia.

A atual gestão do HMINSN vem mantendo a tradição de buscar melhorias físicas e assistenciais e tem como objetivo, desde o princípio, manter a ética e a responsabilidade, buscando a excelência na qualidade dos seus serviços que incluem as seguintes ações e projetos: Hospital de Referência para o Projeto Mãe-Canguru; Hospital Amigo da Criança, desde 2010; Projeto Nascer; Parto Humanizado; Grupo de Trabalho de Humanização (GTH); Centro de Imunobiológicos Especiais e sala de vacinas; Referência Internacional em Aleitamento Materno e Banco de Leite Humano; Atendimento às vítimas de violência sexual; Projeto “Enquanto o Bebê não Chega”; Visita Ampliada; Vista antecipada: Enquanto o Bebê Não Chega; Programa de Apoio as Mães: Meu Bebê Minha Vida; Triagem neonatal – Teste do Olhinho, Teste da Orelhinha e Teste do pezinho.

O HMINSN tem como missão desenvolver ações de atenção integral à saúde da comunidade, em especial da mulher e do Neonato, em nível ambulatorial e hospitalar, com

equidade, qualidade e resolutividade. Possui como perspectivas ser um hospital que ofereça um atendimento de excelência à comunidade, principalmente à mulher e ao recém-nascido norteado pelos princípios da humanização em saúde e do Sistema Único de Saúde. Contando com uma equipe multiprofissional de médicos, enfermeiros, fisioterapeuta, assistente social, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, odontólogos, técnicos de enfermagem, serviços administrativos e auxiliares de serviços gerais.

Para atender o estado o HMNSN disponibiliza a seguinte estrutura e organização de leitos, visualizado no Quadro 1:

Quadro 1: Estrutura e organização dos leitos no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth. Boa Vista-RR.

SETORES	TOTAL
ALCON-Alojamento conjunto	120 (Ala das Rosas)
GAR-Gestação de Alto Risco	52 (Ala dos Girassóis)
UTIN-Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	12 (Ala das Pedras Preciosas)
UCINCO-Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Convencional	20 (Ala das Pedras Preciosas)
UCINCA- Unidade de Cuidados Intermediário Canguru	06 (Ala das Pedras Preciosas)
PPP-Pré Parto e Parto	09 (Ala das Orquídeas)
UTI adulto	- <sup>1*</sup>
Observação de RN	-
SRPA-Sala de Recuperação Pós Anestésica do Centro Cirúrgico	06(Ala das Violetas)
Pós-curetagem	06(Ala das Violetas)
Albergue (Mãe hóspede)	06 (Ala das Rosas)

<sup>1</sup> **RESOLUÇÃO CIB/RR Nº 08/2015**-Termo de Compromisso que entre si celebram a Secretaria a Secretaria de Estado da Saúde (SESAU), o Hospital Geral de Roraima (HGR) e o Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN),que tem em seu Art. 1º – Aprovar a vinculação do Hospital Geral de Roraima ao Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth , para garantia de atendimento em leito de UTI adulto, como cumprimento de requisito de habilitação do estabelecimento hospitalar de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco.



Enfermaria de Pré e Pós Operatório	32 (Ala das Margaridas)
Casa da Gestante	20 (anexa à maternidade)

Fonte: Plano diretor do hospital, Boa vista-RR, 2016.

Desde a implantação do Plano de Qualificação das Maternidades (PQM), no ano de 2009, a maternidade tem recebido vários incentivos para o desenvolvimento de nossas práticas e serviços. Tais incentivos compreendem desde auxílio financeiro para adequação de ambiência, aquisição de equipamentos, reformas e construções etc., até incentivos para a capacitação do seu corpo técnico, através da oferta de cursos, visitas técnicas em outros serviços e eventos técnico-científicos.

Em relação à ambiência a maternidade possui em seus corredores quadros e encartes de incentivo ao aleitamento materno com fotos de celebridades e pessoas comuns amamentando ou ofertando leite materno, quadros informativos sobre os passos para sucesso do aleitamento materno, sobre os direitos dos usuários do SUS, sobre as unidades básicas de saúde correspondente a cada bairro, há também quadros de pinturas artísticas e na entrada de todas as alas observam-se quadros com paisagem de flores no qual representa o nome das Alas (Rosas, Margaridas, Violetas, Girassóis e Orquídeas).

Também tem uma interessante pintura de um canguru no corredor da única ala que não tem nome de flores, a ala das pedras preciosas, no corredor que dá acesso à unidade neonatal e a pintura do canguru com um bebê faz alusão à metodologia canguru.

O hospital não consta de capela, mas na entrada principal, na emergência, e na unidade neonatal tem estátuas que representa Nossa Senhora de Nazareth, personagem que dá nome instituição. Menciono ainda que a pintura dos corredores do hospital é de cores e tons claros que suavizam a paisagem hospitalar.

Ainda sobre a ambiência, não poderia deixar de especificar que o Hospital também possui duas enfermarias nas Alas das Margaridas e uma na Ala dos Girassóis com possibilidade de utilização de redes por ter fixa a parede alguns armadores de redes, lugares oportuno para internação da mulher indígena.

Vale descrever, para melhor contextualizar “o coração da maternidade”, a Ala das Orquídeas ou centro de obstétrico. Esta Ala foi o lugar onde mais escutei relatos de angústias e os medos das gestantes, retratando experiências anteriores boas e ruins bem como, algumas

falas e condutas de profissionais que traduzem preconceitos e estereótipos de raça, de cor e de status social.

Essa Ala se divide em: pré - parto e sala de parto. O pré-parto é uma enfermaria em forma de alojamento conjunto separando os leitos por cortinas, uma espécie de biombo, enquanto as salas de parto são individualizadas. Menciona-se ainda que a sala do pré-parto por não ser individualizada, não permite o acesso ao acompanhante do sexo masculino, pois a estrutura não resguarda a privacidade plena da gestante e que segundo, relatos dos funcionários a figura masculina “pode causar constrangimento para algumas mulheres”.

O direito à acompanhante de livre escolha da mulher reaparece somente quando a gestante adentra para sala de parto, local individualizado. Digo, reaparece porque foi iniciado na emergência e continua até as alas de internação, apesar de que por vezes alguns profissionais da emergência não permita a entrada do acompanhante. Ressalto em tempo, que o hospital não permite um acolhimento adequado a esse acompanhante nas alas de internação, por falta de cadeiras e ou poltronas. Estas são usadas, sobretudo em períodos sazonais de superlotação onde as pacientes precisam aguardar em cadeiras e poltronas até haver desocupação de leitos.

Vale destacar, que nas salas de partos têm uma porta com vistas ao interior do hospital e outra com vistas para uma área externa com jardim. Também conta com banheiro, que possibilita o banho de chuveiro se a gestante assim desejar. A mesa de parto é multifuncional permitindo o uso de perneiras para o parto deitada, um arco que permite apoio para mulher ficar de cócoras. Há também bolas obstétricas utilizadas para o alívio da dor gerada pelas contrações uterinas no trabalho de parto. Há ainda em construção uma sala de parto que está sendo adaptada com banheira abrindo oportunidade para o parto na água. Isto representa uma possibilidade para o uso de tecnologias em saúde: duras, leve- dura e principalmente das tecnologias leves em prol da humanização do parto.

Nesse centro obstétrico ou simplesmente Orquídeas, como é mais conhecido, também há uma área destinada à gestante de alto risco com dois leitos para uso de monitorização contínua e estabilização, pois há ausência de UTI materna no HMINSN.

Nas orquídeas tive a oportunidade de conversar e conviver mais com as equipe do setor enquanto pesquisadora. Embora, eu tenha realizado estágio de graduação (disciplina saúde da mulher) na maternidade e atualmente trabalhar na unidade, tive poucas

oportunidades de tirar plantões noturnos neste setor, por não ser enfermeira obstetra. As demais alas são bem mais familiares.

Assim, neste laboratório de pesquisadora conheci algumas pessoas das orquídeas e de outras alas que já trabalharam em área indígena que quando souberam da pesquisa percebi certo entusiasmo, bem como outros que nunca trabalharam em área, mas com um interesse em aprender um pouco mais sobre a cultura indígena sempre me perguntando algo, me chamando para as salas de partos que tinha indígenas, dizendo: “Hei vem cá, aqui irá acontecer algo do seu interesse, um parto de cócoras”.

O contrário também foi uma realidade. Encontrei pessoas com um desinteresse profundo pela temática desse estudo, que reagiam às minhas tentativas de aproximação para conversar informalmente ou para conseguir as entrevistas. Negavam a participação alegando nada saber sobre o assunto, outras vezes sugeriam outro colega que seria melhor era indicado, porque já havia trabalhado com indígenas. O que levou-me a indagar acerca dos motivos para tal desconhecimento teórico e desinteresse.

Algumas situações estranhas aconteceram durante a pesquisa como pedir o roteiro das entrevistas para estudar primeiro sobre o tema e posteriormente marcar um horário para conversar ou comportamentos que diziam que eu estava ali para vigiar o que era certo ou errado. Outro estranhamento foi observar que por vezes os diálogos diziam uma coisa, mas a prática profissional “o ato” era outro, isto é, a prática não condizia com o discurso.

Durante a pesquisa, optei por observar primeiro o contexto do trabalho para depois aproximar-me participando do trabalho e, assim realizar as conversas informais. Posteriormente solicitava a participação nas entrevistas para que pudesse compreender melhor esse processo de trabalho, a relação intersubjetiva entre o profissional de saúde, a mãe e criança indígena durante a internação hospitalar.

## 2.2 A INTERNAÇÃO HOSPITALAR MATERNA E INFANTIL INDÍGENA

Na análise das entrevistas e observação da Internação Hospitalar Materna e Infantil Indígena, possibilitou estabelecer o perfil e o conhecimento dos profissionais envolvidos nesse atendimento, bem como conhecer sua percepção e prática sobre o cuidado prestado. O Quadro 2 resume as características relacionadas à identificação e à formação dos profissionais entrevistados.

Quadro 2 – Perfil dos profissionais entrevistados no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth. Boa Vista-RR, Fevereiro-Maio 2016. N=24

<b>Características</b>	<b>Frequência (n)</b>
<b>Sexo</b>	
Feminino	20
Masculino	4
<b>Idade (anos)</b>	
21   30	3
31   40	13
41   50	7
51   60	0
61   70	1
<b>Categoria profissional</b>	
Médico	4
Enfermeiro	7
Psicólogo	1
Fonoaudiólogo	2
Assistente social	1
Nutricionista	2
Fisioterapeuta	1
Técnico de enfermagem	4
Auxiliar de Serviços de Saúde	2
<b>Lotação</b>	
Acolhimento	3
Ala das Margaridas	2
Ala das Rosas	1
Ala dos Girassóis	3
Centro Obstétrico	5
Unidade de Terapia Intensiva	3
Banco de Leite	2
Coordenação indígena	2
Nutrição	1
Unidade de apoio terapêutico	2
<b>Vínculo empregatício</b>	
Concurso público	21
Serviço prestado	3
<b>Tempo de formado</b>	
05   10	5
10   15	7
15   20	7
20   25	2
25   30	2
30   35	1
<b>Tempo de serviço na instituição</b>	
1   2	3
2   10	10
10   20	11

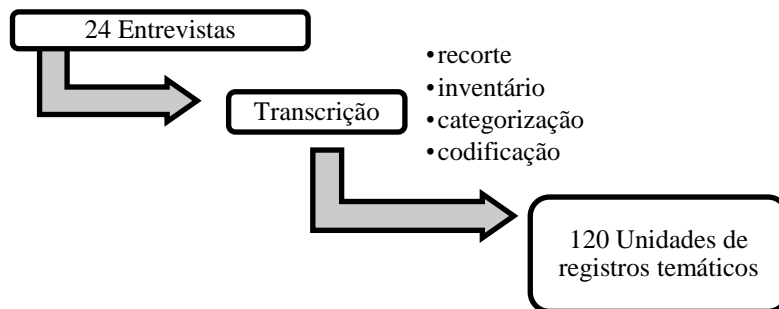
Fonte: Autora.

Como se pode observar no Quadro 2, o estudo contou com a participação de profissionais predominantemente do sexo feminino, enfermeiros, concursados da Secretaria

de Saúde do Estado (SESAU), com faixa etária média de 38,5 anos. A maioria desempenhava assistência ao paciente no centro obstétrico do hospital, com tempo de formação profissional superior a 10 anos e tempo médio de serviço na instituição de 9,78 anos, dados que retratam um perfil de profissionais experientes na área de atuação.

A seguir, descrevem-se as categorias que surgiram a partir das unidades temáticas recortadas de corpus. Num primeiro momento todas foram listadas para que pudessem ser analisadas e submetidas aos critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência, exclusividade de acordo com Bardin (2009), conforme o organograma da figura 1.

Figura 1 - Organograma representando a constituição do corpus do presente estudo.



Fonte: Autora.

Segundo Bardin (2009), ao se descobrir um tema nos dados, é preciso comparar enunciados e ações entre si para ver se existe um conceito que os unifique; quando se encontram temas diferentes, é necessário achar semelhanças que possa haver entre eles. Durante a interpretação dos dados, foi preciso voltar atentamente aos marcos teórico, pertinente à investigação, pois eles dão o embasamento e as perspectivas significativas para o estudo. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica é que dará sentido à interpretação. Para tanto, para fins de construção das categorias, foram extraídos eixos temáticos contidos no roteiro de entrevista utilizado nessa pesquisa, representado no Quadro 3.

QUADRO 3– Distribuição das classes temáticas, categorias temáticas, subcategorias e co-ocorrências. Boa Vista-RR, Fevereiro-Maio 2016. N=120.

CLASSES TEMÁTICAS	CATEGORIAS (CODIFICAÇÃO)	SUBCATEGORIAS (CODIFICAÇÕES)	CO-OCORRÊNCIA
<b>I-PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS PARA O CUIDADO MATERNO INFANTIL INDÍGENA.</b>	1.Dificuldades dos profissionais (DP)	1a. Barreira linguística (DPBL) 1b. Aspectos culturais (DPAC) 1c. Acolhimento (DPA) 1d. Resistência ao tratamento (DPRT)	(20) (14) (7) (6)
	2. Reclamações dos indígenas pela ótica dos profissionais (RIOP)	2a. Práticas Tradicionais (RIOPPT) 2b. Relação entre pacientes em contexto intercultural (RIORPCS) 2c. Imposições a Procedimentos hospitalares (RIOPPIPH)	(17) (9) (7)
<b>II-ESTRUTURA ORGANIZACIONAL PARA O CUIDADO MATERNO INFANTIL INDIGENA</b>	1. Condições estruturais	1a. Disponibilidade de recursos humanos (CEDRH) 1b. Estrutura Física e organizacional (CEEFO) 1c. Hospital de referência (CEFHR)	(17) (14) (9)

Fonte: Autora.

## 2.2.1 Classe temática I: Percepções dos profissionais para o cuidado materno infantil indígena

*O ser humano é definido nos diálogos, como ser a quem foi confiado o cuidado de si (FOUCAULT, 1985, p52).*

Esta classe temática reúne 80 unidades de registro (UR) em duas categorias e sete subcategorias que agruparam aspectos relacionados à forma como os profissionais de saúde identificam, caracterizam suas dificuldades no atendimento do paciente indígena e como avaliam e tratam suas reclamações durante seu processo de hospitalização. Aspectos discutidos a seguir.

- 1. Dificuldades dos profissionais

### 1a. Barreira linguística

Para composição e análise dessa subcategoria as variáveis encontradas - presentes em 20 unidades de registros (UR) - foram: idioma, língua e comunicação. Os discursos a seguir mostram a diferença na língua como fator principal responsável pelo distanciamento entre pacientes e cuidadores.

*A dificuldade é a linguagem, muito difícil. Porque tem delas que é lá do mato mesmo, lá da tribo, lá da aldeia e tem delas que não tem muito contato com as pessoas da cidade aí falam muito pouco. Ai tu tem que ficar fazendo gestos faz assim, nhenhem, e acaba que às vezes até entende só pelos gestos não porque a gente fala com elas (Entrevista T 17).*

*Dificuldades quando eles são de etnias que não falam o português, ai gente! A questão da dificuldade porque o elo entre o paciente e profissional fica difícil, não dominamos a linguagem então não sabemos o que eles querem, né? Então se torna difícil se não tiver um intérprete do nosso lado. O importante é se a gente aprendesse alguns tipos de palavras e a gente pudesse adotar aqui, nunca tivemos capacitação. A verdade é que precisamos da coordenação para abordar a indígena. Roraima tem várias etnias isso atrapalha o desempenho do serviço da gente que a gente não sabe como abordar e se não tiver ninguém da coordenação indígena pra nos orientar ela fica um pouco isolada (Entrevista E18).*

*O maior problema mesmo é de comunicação, de eu não conseguir perguntar pra ela se ela estava sentindo dor, o que você sente, se fez xixi, fez coco, eu não conseguia chegar e perguntar. Então, você se sente limitado se realmente está atendendo bem, isso pra mim é complicado. Porque eu trabalho muito com dor, por exemplo, se a paciente não falar ou esboçar que tá com dor vai passar porque eu não vou conseguir me comunicar com ela. Teve uma paciente que perguntei fez xixi, fez coco e ela só sorria ai eu tive que gesticular*

*fazer mímica tipo assim! Pra ela me entender, o entrave é a comunicação, mesmo do profissional e o cliente indígena (Entrevista T5).*

Alguns profissionais reconhecem que é necessário um esforço coletivo para atender a paciente indígena com dignidade, e assim respeitar os princípios legais das leis orgânicas dos SUS. Admitem também a necessidade de debater a criação de políticas públicas que não somente reconheçam a demanda, mas que criem ferramentas de acesso linguístico. De acordo com os discursos, os pacientes indígenas que não se comunicam em português, estão sendo preteridos no seu direito de acesso integral e igualitário à saúde, dado à barreira linguística.

*Uma das dificuldades realmente é a comunicação, que é um pouco deficitária como eles não conseguem compreender a nossa língua e nem a gente a língua deles fica um pouco restrito o nosso atendimento e assistência também acaba ficando aquém do que queria ser (Entrevista F25).*

*A língua é uma grande dificuldade, de pessoas que consigam compreender. Porque a língua não é só você falar, mas, é você compreender como aquela cultura funciona, de tentar amenizar essa interação, né! No caso da equidade de atender os desiguais de forma igual essa dificuldade que a gente enfrenta aqui, toda equipe. As equipes de maneira geral não procuram o serviço social para ajudar o indígena porque tem a própria barreira linguística que é difícil porque eu mesma não falo, mas se eu for procurar a aquela indígena ,a aquela paciente a gente consegue ,busca resolver quando tem o interesse do profissional, mas a gente nota que aqui não tem as pessoas se nota que não se interessam ,falam logo ah não fala e muitas vezes quando a gente chega lá no leito a mulher até português fala então assim acho que falta um cuidado (Entrevista A 10).*

*Trabalho aqui há dez anos e não falo língua nenhuma não dá pra aprender, nem o básico é que não dar pra aprender. Mas ai tem as intérpretes e quando não tem as intérpretes me viro, dou o meu jeito faço mímica (C12).*

A interpretação em contextos médicos no Brasil é discutida por Queiroz (2014), com atenção para os diversos riscos envolvidos no uso de intérpretes não profissionais na mediação de encontros entre pacientes e provedores de serviços da saúde. Entre os riscos destacam-se: o desconhecimento, o uso inadequado ou a omissão de termos médicos vitais para o sucesso da interação, do diagnóstico, do tratamento e, por conseguinte, da saúde do paciente. A falta de habilidades para lidar com dilemas éticos ou diferenças culturais, o desconhecimento da conjuntura política e administrativa que balizam o sistema de saúde e as noções de autocuidado são conhecimentos que influenciam diretamente na qualidade da interpretação.

Dessa maneira, tanto os discursos dos profissionais acima citados, quanto o caso apresentado a seguir nos convidam a refletir até que ponto a comunicação interfere na interação (profissionais da saúde e paciente indígena) uma vez que a linguagem é o elo para



uma relação recíproca, de troca, que influencia na característica do trabalho que produzimos em saúde.

**Caso do banheiro:** Uma indígena foi levada para o HMI num final de semana como acompanhante de seu RN que estava enfermo de Pneumonia e iria fazer tratamento na Unidade Neonatal ou Berçário. Após admissão do RN no setor, a mãe deveria ser encaminhada para um quarto com leitos destinados a puérperas de alta e com RNs no berçário, local conhecido como albergue para mães. No entanto, não havia no momento vaga naquele albergue. Então arrumamos vaga para a mãe acompanhante na Ala das Margaridas. Levamos a puérpera indígena até o leito que ficaria e apenas foi ensinado a ela o trajeto que faria do leito que estava até o leito do RN na unidade neonatal. E como ela não estava internada e não há, nos fins de semana, o acompanhamento dos indígenas pela coordenação indígena com serviço de intérprete, nenhuma outra informação foi repassada para essa indígena. Como a puérpera não estava internada, não era de “responsabilidade” nem da equipe neonatal e nem equipe das margaridas. Ela retornou a Unidade neonatal e ficou sentada numa cadeira à beira do leito do seu filho. Depois de horas sentada naquele local, ela urinou em cima da cadeira, causando reclamação por parte da equipe pelo seu cheiro corporal, pela excreção da urina e porque simplesmente ela estava ali. Foi quando percebi que ninguém até o momento tinha levado a paciente ao refeitório para comer, não tinha lhe apresentado o banheiro do seu quarto e nem mostrado a ela como beber água (Diário de campo).

## 1b. Aspectos culturais

Nessa subcategoria foram agrupadas, de acordo com as unidades de registro, falas que exprimem as variáveis: ser diferente, costumes, higiene, vestimenta e cultura - presentes em 14 UR. Esses aspectos são demonstrados durante as entrevistas como fatores que interferem nas atividades de saúde. Observa-se que a relação entre profissionais de saúde e as pacientes indígenas é estabelecida a partir de interpretações subjetivas do outro.

*A gente não tem noção da cultura deles, a gente não sabe por que pra examinar a mulher tem certa dificuldade dependendo do sexo que vai examinar ou a quantidade de pessoas na sala, mas se a gente tivesse conhecimento a gente já sabia e não batia mais cabeça com algumas coisas (Entrevista M19).*

*Pra mim a maior dificuldade é a aceitação da cultura dos Yanomami, é muito diferente da nossa, eles acham que eles estão certos e a gente acha que estamos certo. E você tem que aceitar a cultura deles assim como eles aceitam a nossa (Entrevista T22).*

*A cultura totalmente diferente desde alimentação até o cuidar, questão do sofrimento mesmo, tipo andar nu, andar com a tipoia com o menino pendurado, ficar no chão... esses tipos de coisa aí nossa sociedade meio que não tá preparada pra isso, o cheiro dos índios incomodam a gente. Não vou colocar todo mundo, mas o que me incomoda mesmo é questão cultural de não tomar banho, é alimentar-se no chão. Questão do asseio.(Entrevista T2).*

*Quando chega na sala de parto ela não vai deitar e abrir as pernas porque são diferentes, elas querem ter o filho sozinha ali no chão, eles não querem nem cheguem perto, eles não querem que a gente esteja lá. Não adianta, é a cultura dela (Entrevista E6).*

*O choque cultural porque muitas pessoas não conseguem entender, compreender, respeitar que eles precisam ter uma alimentação diferenciada (Entrevista E21).*

*Uma situação foi aqui na UTI com gêmeares, um menino e uma menina que foram afastados da mãe no alojamento conjunto porque ela mataria um deles, ela cometeria o infanticídio porque um seria o bem e o outro o mal. E que ela mataria a menina em opção ao menino me chocou profundamente! Assim a diferença cultural, a diferença da nossa ignorância de saber o que pra eles é aceito como normal, com valores (Entrevista M28).*

Quando se parte do pressuposto que a cultura modela a visão do homem na sociedade e de que traz uma explicação sobre como o mundo é organizado, e de como as ações ganham sentido e valor, Geertz (1978 p. 47) afirma:

A imagem de uma natureza humana, constante, independente de tempo, lugar e circunstância, de estudos e profissões, modas passageiras e opiniões temporárias, pode ser uma ilusão, que o que o homem é pode estar tão envolvido com onde ele está quem ele é e no que acredita que é inseparável deles. É precisamente o levar em conta tal possibilidade que deu margem ao surgimento do conceito de cultura e ao declínio da perspectiva uniforme do homem. Assim, a diversidade sociocultural dos povos coloniais permitiu o aprofundamento das críticas ao evolucionismo, denunciou seu etnocentrismo, fazendo com que a alienidade (o outro de meu mundo como não humano) do momento anterior fosse superada pela descoberta inicial da alteridade (o outro está no meu mundo e existe em relação a ele). Apesar da não plena consciência do outro, há, no interior desse pensamento, o reconhecimento da condição humana do outro, ainda que dele pouco ou nada se conheça.

O sistema cultural é dinâmico e mutável. Em contexto intercultural, é preciso que os profissionais da saúde estejam atentos a essas transformações para tratar das situações que emergem na relação. Para Geertz, “uma boa interpretação de qualquer coisa – um poema, uma pessoa, uma história, um ritual, uma instituição, uma sociedade – leva-nos ao cerne do que nos propomos interpretar” (1989, p.28). Essa reflexão de Geertz se fez presente em alguns momentos deste estudo. O caso apresentado a seguir é um exemplo que se configura na dificuldade de compreender certos aspectos culturais e na possibilidade de perceber como é sutil o pensar e agir etnocêntrico de tal modo que ofusca tudo que está acontecendo ao redor, deixando o outro invisível.

**O caso dos objetos de proteção na incubadora:** O hospital contém uma unidade neonatal e, conforme a rotina do setor, não é permitido colocar nenhum objeto na incubadora além do bebê e os panos de forração do colchão que são do hospital. A única coisa que se pede dos pais são materiais de higiene do RN. Em uma das UTI's uma mãe solicitou a entrada de uma imagem de uma santinha para colocar em cima da incubadora e de um terço para pendurá-lo próximo do leito. A solicitação da mãe foi atendida e assim ela o fez. No outro

dia, após a visita das mães indígenas que são trazidas pela CASAI, a médica passou para examinar um RN indígena que estava justamente no leito ao lado do bebê com permissão de uso dos objetos de proteção. Ali, encontrou uma trouxinha de cor vermelha, que continha algumas erva no seu interior como se fosse um amuleto.

*Médica: Gente o que é isso? Tá vendo que não pode colocar nada nas incubadoras!*

*A Técnica de enfermagem logo se levantou de uma cadeira e foi ver o achado da doutora e disse: Eu vi mesmo a mãe com isso na mão. Ela até cantava segurando, mas não vi quando ela deixou aí.*

*Enfermeira: Então, melhor é jogar isso fora, a gente nem sabe como tá por onde passou.*

*Médica: Vê aí o que você faz.*

*Técnica de enfermagem: vou jogar não... Não é melhor enfermeira? E quando ela vier de novo, vou deixar aqui na gaveta (Diário de campo).*

No caso relatado e nas falas dos entrevistados fica claro que o encontro de culturas é marcado por atitudes de caráter etnocêntrico. Neste encontro cultural, percebe-se que os profissionais de saúde ainda tem um grande abismo para ultrapassar até compreender que os “objetos” simbólicos devem ser interpretados e concebidos como parte da cultura e da sociedade que os engendrou. Identificar os signos e os significados que neles se apresentam, ou que se mantêm ocultos, é perceber como estes representam, o espírito, a sensibilidade e a experiência que os estimulam (OLIVEIRA, 2012a, p.7).

### 1c. Acolhimento

Para análise dessa subcategoria as variáveis encontradas foram: acolhimento, humanização, atendimento diferenciado, cuidados - presença em 7 unidades de registros (UR). Os discursos a seguir demonstram que os profissionais reconhecem a necessidade da atenção diferenciada, mas há certo desconhecimento desse conceito e de sua prática.

*Nossa grande dificuldade é acolher porque elas querem ficar com os filhos, os maridos aí elas choram. Já teve caso da gente não saber como fazer porque choram. Choram e não tem como acolher a família inteira como eles querem, mas sempre pode ficar um. Nunca nenhum profissional de recusou a atender, mas se vê que alguns têm certo receio em atendê-los pela higiene, pelo cheiro, pelo odor, pelo uso daquele tabaco e às vezes tem pessoas que não esteja preparada pra lidar com isso (Entrevista E8).*

*É precária a assistência aos indígenas. Até que temos a coordenação, mas não supre e também acho que deveria ter uma coisa diferenciada pra eles. Porque dizem “ah índio gosta de tudo natural: é na rede, no chão”. Eu não sei bem só ouço falar, mas tem coisa que acho bem desumano. Poderia melhorar, mas não fazem e eu não sei por que não fazem, mas de forma geral é bem precária (Entrevista F16).*

*Atendimento diferenciado é você dar um atendimento de acordo com a necessidade do paciente se você vai de acordo com que o paciente necessita. Por exemplo, às vezes elas querem ficar de cócoras, querem parir de cócoras e aí tem pessoas que não querem entender isso e às vezes isso dificulta até o desenvolver do parto dela; de se deixar ser examinada e tudo isso atrapalha mesmo porque elas não confiam (Entrevista E21).*

Na análise dos discursos bem como na própria literatura, as reflexões sobre “atenção diferenciada” é plural, e por vezes controversa. Pesquisas recentes demonstram que não há um significado fixo, evidente, nem mesmo compartilhado acerca da noção de “atenção diferenciada”. Trata-se antes de um campo social em formação do que apenas um conceito. Nesse processo de constituição do campo da “atenção diferenciada” podemos assumir que saberes culturais constitui não apenas explicações e signos, mas também sistema de ideias através das quais certas realidades políticas e econômicas são legitimadas (LANGDON; SCOPEL, 2007; DIEHL; DIAS-SCOPEL; LANGDON, 2012; LANGDON, 2013; DIAS-SCOPEL, 2014).

*Quando eu comecei a trabalhar aqui isso não era nem perguntado, a posição. Mas hoje em dia com a humanização, eles até perguntam: Você quer assim? Coloco o arco? Quer no chão? Aí coloca o pano no chão elas ficam lá no chão aí falo pra enfermeira e ela vem e fica só com ela lá. Quando neném nasce, aí que a equipe vem fazer os procedimentos que tem que ser feito. Mas, isso não é rotina da maternidade depende por equipe também (Entrevista T17).*

*Hoje posso dizer o seguinte: já melhorou bastante. Alguns profissionais já conseguem fazer a abordagem; deixam a paciente bem solta, mais à vontade, não é aquela coisa muito medicalizada. Tem a questão que tem gente que acha que o medicamento que vai fazer a mulher ganhar mais rápido e o hábito da posição de ela querer ter seu bebê isso aí acho que temos que trabalhar muito ainda porque muitos profissionais optam por suas melhores condições, mais fácil pra si, e não para paciente. É a paciente que deveria dizer essa posição. Pra mim é melhor, mas o profissional prefere a posição melhor para ele e não para paciente. Ainda não temos protocolo para essa assistência diferenciada até porque o hospital materno infantil não tem nem ainda o protocolo do próprio hospital, virado para as boas práticas do parto. Por mais que a rede cegonha já vem de algum tempo, ainda estamos caminhando para conseguir implantar, principalmente a questão que rege a questão de parto e nascimento, ainda estamos implantando. Porque toda rotina que é colocado pra um não indígena é a mesma para um indígena, nada tem um diferenciamento. Eu acredito na importância da atenção diferenciada porque a abordagem é diferente, porque se você não souber abordar, você pode já pode estar atrapalhando a qualidade do teu atendimento (Entrevista E18).*

O fato deste estudo ter uma maternidade como campo de pesquisa, não surpreende que o grande esforço em acolher seja direcionado para o discurso da humanização do parto e da não medicalização dos corpos como fim da violência obstétrica. Porém, apesar das políticas de humanização do parto e estratégias abarcadas pela rede cegonha, ainda temos muito caminho a percorrer para que o discurso seja o mesmo da prática.

Deleuze (1982 p.41), em diálogo com Foucault, expressa bem esse distanciamento quando afirma que “nenhuma teoria pode se desenvolver sem encontrar uma espécie de muro e é preciso a prática para atravessar o muro” (p.41). Certamente, ainda estamos em confronto

com o muro, mas com pequenos avanços, entre esses, o movimento pela humanização que, na reflexão de Langdon, ao postular que parto não é doença, mas um fenômeno da vida humana, vai ao encontro da perspectiva de antropologia da saúde (LANGDON, 1996).

**Caso da indígena com hemorragia:** Estava eu na ala das rosas, quando foi observado que uma puérpera indígena de parto vaginal apresentava volume acentuado de sangramento transvaginal, observado devido à quantidade de sangue no lençol da cama. A paciente foi avaliada pela enfermeira plantonista que imediatamente ligou para cooperativa solicitando um médico no setor para avaliar a paciente. Ficamos aguardando. Devido à demora, foi decidido levar a paciente para emergência. Fui informada que algumas vezes, dependendo do (a) plantonista, a paciente é encaminhada em cadeira de rodas para o setor da emergência para ser atendida por um médico. Aquela fala me causou desconforto em pensar nesse fluxo nada acolhedor. Vários questionamentos e hipóteses são levantados. Se uma paciente está internada ocupando um leito, por que ela tem que ir para uma consulta na emergência, na porta do hospital? Por que o hospital não tem médico plantonista noturno exclusivo para atender as intercorrências das Alas dos Girassóis, Margaridas e Rosas? A equipe médica do HMI é suficiente para cumprir o regime de escala de plantão? (Diário de campo).

Percebemos, nas entrevistas e no caso acima, a necessidade de reafirmamos o compromisso pelo movimento da humanização e de práticas acolhedoras para que possamos avançar em serviços para o cuidado. Para isso torna-se urgente alcançar em nossas práticas, o resgate da autonomia dos atores envolvidos nessa relação médico-paciente. Esta realidade é também constatada em Ferreira et al. (2013) quando afirma que as organizações de saúde, em especial o hospital devido sua complexidade, é densamente ancorado em modelos administrativos permeados pela fragmentação, pelo mecanicismo e pela rigidez, não permitindo a construção da autonomia dos sujeitos trabalhadores e usuários”.

Portanto, somente uma mudança qualitativa da prática desses profissionais passaria a não mais disciplinar o corpo feminino como absoluto e desqualifica-o enquanto sujeito. O reconhecimento de que a mulher é detentora de um saber sobre seu próprio corpo mediado pela cultura, seria capaz de resgatar a autonomia, e respeitar a idiossincrasia social de toda “natureza feminina” (VIEIRA, 2002, p.31).

#### 1d. Resistência ao tratamento

Esta subcategoria foi construída a partir de 6 UR encontradas nas entrevistas. Constitui-se de variáveis que exprimem relação com a resistência (recusa e negação) ao tratamento ofertado na maternidade, o que potencializa o interesse de ir embora ou fugir do HMINSN.

*Em geral as pacientes indígenas na sala de parto, porque trabalho na sala de parto, não aceitam que a gente faça estímulo com algum exercício pra potencializar o trabalho de parto, acelerar para que possa ficar menos tempo em trabalho de parto e evolui para um parto e ir para um bloco. Em geral, as pacientes indígenas não aceitam fazer exercícios, ficar caminhando, eles querem é por conta elas mesmo ficam ou deitada, ou caminham por conta, mas geralmente ficam deitadas, não aceitam muito (Entrevista F16).*

*Temos problemas quando a mulher tem que ficar e eles, os maridos, querem ir embora e aí elas ficam chorando. Aí chamamos a coordenação e quando eles não querem mesmo ficar, mandam a mãe ou outra pessoa, mas aí elas ficam abatidas, elas preferem o marido (Entrevista E7).*

*Tentamos fazer alguma medicação e eles ficam resistentes eles querem fugir (Entrevista E8.)*

*Nas salas de parto, elas geralmente tem muita resistência ao toque, se prendem para ficar da maneira delas e muitas das vezes eles fazem do jeito delas porque não tem outro jeito, mas não como uma opção que é dada a elas, já teve até um caso que uma teve no jardim. Mas na maioria das vezes se não gostam de alguma coisa elas guardam pra elas (Entrevista A10).*

*De querer ir embora, não querem terminar o seu antibiótico ou de seu bebê, elas não entendem. Aí elas ficam com raiva, birram não deixando fazer a NBZ (nebulização) do bebê e às vezes a gente tem que ter paciência de deixar passar raiva, ir lá de novo tentar conversar. Isso é um processo e nem sempre as pessoas estão dispostas a passar por processo de paciência com eles (Entrevista E21).*

Com as exposições das falas dos entrevistados fica claro que os profissionais não perceber as populações indígenas em sua singularidade. Os processos de saúde e doença, bem como técnicas de parturição e de processo maternidade fazem parte daquilo que Mauss caracteriza como “idiosincrasia social”, ou seja, são particulares para cada contexto social. Ao discutir as técnicas do nascimento e da obstetrícia “temos um conjunto de atitudes permitidas ou não, naturais ou não”. Então, o primeiro passo seria “reconhecer os diversos e aí penetrar tendo a certeza de que ali tem verdades a descobrir, porque se sabe que não se sabe” (MAUSS 2003, p.401).

Essa dificuldade em reconhecer no outro um sujeito no contexto de sua diversidade sociocultural aqui apresentada parece se manifestar no modo como as pacientes indígenas são acolhidas no HMINSN, também por todas as suas reclamações (percebidas pelos profissionais) inerentes ao seu processo de hospitalização, descritas no tópico a seguir. Antes, porém, chamo atenção para uma reflexão de Ferreira, que reforça nossa constatação, a respeito do parto hospitalar e do estranhamento sentido pelas pacientes na forma em que são acolhidas pelos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção:

Com relação ao parto hospitalar, existe um estranhamento no que se refere à forma como elas são geralmente acolhidas pelos serviços de saúde nos diferentes níveis da atenção. Além de se sentirem sós, sem contar com a presença de sua família, as mulheres também ficam incomodadas por terem que se adequar às normas hospitalares no que diz respeito à postura, alimentação e ao tratamento dispensado ao recém-nascido, que pode no entendimento de alguns povos indígenas, colocar em risco à saúde da criança e o seu bom desenvolvimento. Por outro lado, reconhecem a importância de recorrer às maternidades e hospitais em situações de risco, como por exemplo: quando a criança está mal posicionada no útero da mãe na hora de nascer, e a intervenção cirúrgica se faz necessária (FERREIRA, 2012, p.273 - 274).

**Caso da sondagem vesical:** Como rotina, após indicação médica de procedimento cirúrgico, as mulheres passam pelo procedimento de sondagem vesical para serem encaminhadas ao Centro cirúrgico. Nesse dia, entrou uma jovem indígena acompanhada de seu marido, um senhor que parecia ter o triplo de sua idade. Ele falava o português, ela não. Parecia ser a primeira vez daquela jovem mulher num hospital. Percebi que tentaram explicar para a jovem o procedimento por mímicas e com tom de voz alta. A jovem se recusou a abrir as pernas para a sondagem vesical foi quando a equipe então decidiu pela situação e pela pressão médica fazer o procedimento à força. Fiquei perplexa! (Diário de campo).

No caso supracitado percebe-se que há sondagem vesical ou cateterismo vesical realizado como rotina de maneira rígida e sem flexibilidade acaba resultando em práticas desacolhedoras que podem provocar transtornos e ou traumas à paciente indígena e vai na contramão do processo de humanização. Um desfecho menos traumático para esse caso seria encaminhar a paciente ao Centro Cirúrgico, anestesiá-la e posteriormente realizar a sondagem vesical. Todos os procedimentos que gerem tensões e conflitos precisam ser examinados, estudados pela equipe, para se buscar a melhora assistencial, a qualidade que almejamos em práticas de saúde.

- 2. Reclamações dos indígenas na perspectiva dos profissionais

#### 2a. Práticas Tradicionais

Nessa subcategoria foram agrupadas, nas unidades de registro, frases que exprimiam as variáveis: práticas, tuxaua (liderança comunitária), xabori (xamã na língua Yanomami), ritual, totalizando 17 UR. Esses aspectos são demonstrados, durante entrevistas, como fatores que interferem nas atividades de saúde.

*Nunca me pediram pra fazer suas práticas aqui não, mas pra outros já ouvi falar. Porque cada um tem sua crença, mas pra mim, como médica, eu não concordo. Porque acho anti-higiênicas. Eu acho que tem risco de contaminação de uma forma ou de outra e mais, não acredito nessas coisas muito não (Entrevista M19).*

*Já tivemos empecilhos. Quando pedem xabori, não querem deixar entrar. Aí a gente tem que tá conversando que eles não vão tocar fogo, fazer uma fogueira; eles vão rezar fazer um ritual deles. Pedimos pra eles os deixarem fazer. Batíamos muito nessa tecla até sermos atendidas e as pacientes tinham melhoras porque elas acreditam. Não! Nunca assim deixaram logo. Sempre a gente tem que intervir. Explicando que ela vai ter que fazer o xabori porque ela está precisando, ela acredita e ela quer (Entrevista C12).*

*Já teve um tuxaua que pediu pra gente pra fazer um ritual de uma paciente que estava na ala das margaridas. A paciente estava extremamente grave e depois por esse grau de gravidade ela foi transferida pro HGR. Depois de certo tempo ela foi a óbito, mas o ritual foi permitido. O ritual que ele nos falou que ia fazer era um ritual de oração mesmo, não que iria fazer algum banho, alguma fumaça ou alguma desse sentido. Pediu pra fazer uma oração como a gente, que iria rezar pra alguém que está doente. Eu presenciei isso só uma vez [...] não é rotina. A gente já teve outra paciente que ela queria alta justamente pra terminar o tratamento junto com o benzedor lá na aldeia dela e a gente orientou que ela não tinha condições de alta, mas mesmo assim ela evadiu-se do hospital objetivando o término desses benzimento. E a gente não teve mais notícias dessa paciente, ela não retornou pra maternidade (Entrevista M24).*

As ações descritas nessas falas estão fundamentadas no ponto de vista biomédico, basicamente de dois modos: o primeiro que as doenças tem uma etiologia que precisa ser combatida por uma série de condutas seguidas por prescrições e segundo que certos hábitos devem ser modificados, ou eliminados. “Não é necessário muito para se detectar nos discursos biomédicos essas pretensões normativas, que se estendem por múltiplos campos — dietéticos, sexualidade, higiene, terapêutica” (PEREIRA, 2012, p.528).

Quando nos aprofundamos em olhar o processo saúde e doença como construção sociocultural e que o resultado desse entendimento aponta para um pluralismo dos sistemas médicos; percebemos também que o modelo biomédico não é o único capaz, por si só, de explicar, tratar e curar as diversas faces dos modo de adoecer para sociedades diversas, que tem vivências e experiências próprias sobre saúde, doença e corpo. E conforme Pereira (2012, p.531), há que se considerar o paciente como sujeito de seu processo:

Os povos indígenas estão longe da passividade; ao contrário, num quadro de simultaneidade de tradições epistemológicas, incorporam artefatos e ideias e exercem agência social, construindo algo novo. O conhecimento indígena é dinâmico, criativo e sujeito às influências, perfazendo negociações e renegociações constantes entre as diferentes formas de saber médico. O que busquei sublinhar aqui é que a agência indígena e os encontros em situações de intermedialidade, podem propiciar que os profissionais de saúde sejam também eles *afetados* no próprio processo de (re)negociação e tradução que a intermedialidade enseja (Grifo no original).

Neste sentido é valiosa a contribuição de Minayo (2013) quando propõe uma articulação entre a biomedicina e a antropologia, permitindo uma relativização de conceitos



até então hegemônicos, mostrando que outras estruturas e mecanismo terapêuticos são possíveis, e que entre saúde, doença e realidade sociocultural há uma estreita relação.

Para Helman (2009), o sistema de saúde é composto por dois aspectos relacionados entre si: um aspecto cultural (práticas normativas, modos compartilhado de percepção) e um aspecto social (papéis específicos - médico e paciente e regras de relacionamentos entre esses papéis). Cada sociedade tem um sistema dominante, mas não único. Quanto mais complexa a sociedade, maior chance de apresentar sistema plurais dos cuidados em saúde. Kleinman(1980), estabeleceu essa divisão de setores em: informal, popular e profissional. Cada um desses setores tem seu modo de explicar e tratar a má saúde, definir quem é o paciente e especificar como o agente de cura e o paciente devem interagir no encontro terapêutico.

O Setor Informal é entendido nas ações de autotratamento/automedicação. Conselhos de conhecidos/parentes, atividades de auxílio mútuo e auto- ajuda, consulta com leigo que tenha padecido do mesmo problema. Nesse setor, as fontes de informação são de doentes experientes ou pessoas com experiência de vida e paramédicos consultados informalmente bem como de cônjuges de médicos, pessoas que interagem com o público facilitadores de grupos de autoajuda e membros de igrejas/cultos. O Setor Popular (“folk”), envolve curas seculares ou sagradas, “intermediário” entre o setor informal e profissional, grande variabilidade de cenários e abordagens (rezadeira curandeiros, raizeiros, pais de santo, o xama que façam atendimentos com uma abordagem holística: corpo-mente-ambiente-moral-espiritual. Já o setor profissional é aquele que compreende as profissões de cura legalmente sancionadas ou seja a biomedicina (HELMAN, 2009 p.81-108).

Tais contribuições antropológicas e experiências relatadas em diário de campo, trazem a compreensão de homem como um sujeito biopsicossocial, vivendo em um sistema cultural que fornece pistas para interpretar sua doença e definir estratégias de decisão e ação. A nós, profissionais de saúde, cabe ampliar o foco, buscando uma percepção mais holística na prática da assistência, a fim de melhor compreender o paciente; considerando seu modo particular de interpretar seus infortúnios e interferindo de modo menos invasivo no seu processo terapêutico. Os dois casos descritos na próxima sequência revelam o desconforto vivido por ambas as partes (profissional e paciente) no contexto intercultural em saúde:

**O caso da pintura no corpo:** Mãe indígena sentada ao lado da incubadora, acompanhada de seu marido que estava em pé com olhar fixo em seu bebê posto dentro de uma incubadora, apresentando episódios de vômitos e quadro infeccioso, aguardando resultados de exames de sangue laboratorial.

*Técnica de enfermagem: Enfermeira já viu isso? E aí, pode limpar?*

*Médica: O que foi hein?*

*Enfermeira: É uma pintura circular que a mãe fez no local da punção do LCR, acho que é coisa cultural.*

*Médica: Presta atenção nesses índios! Tem que ficar de olho! Limpa logo isso, pois a gente não pode virar as costas, isso pode até piorar a infecção. Vê logo o serviço social ou a coordenação indígena para levar logo eles daqui para CASAI. Saiu indagando[...]. Como entraram com isso [...] E ninguém viu...?*

A técnica de enfermagem que estava ao lado da incubadora acaba de obedecer às ordens médica e os pais presenciam tudo. O pai, que falava pouco em português, queria saber o que estava acontecendo, porque tinha sido furada a criança duas vezes mostrando os pontos de punção (uma no dorso da mão e outro na região lombar), o que era a sonda orogástrica, o oxímetro e todos os aparelhos como bombas de infusão, etc. Tudo ao seu redor não fazia sentido. A mãe, ao ver o desespero do pai tentando se comunicar de diversas formas para saber do caso clínico de seu filho, e do porquê de todos aqueles materiais e insumos que fazem parte da rotina de internação em unidade de alta complexidade, além de ver a técnica de enfermagem tentando limpar a pintura, põe-se a chorar (Diário de campo).

**O caso do xabori:** Foi solicitado por um indígena conhecido como pajé, através da coordenação indígena, permissão para realizar xabori em uma paciente indígena em pós-operatório, internada na enfermaria coletiva. No primeiro momento percebi que alguns profissionais questionavam o que o pajé faria, se teria presença de fogo, se teria, no ritual, uso de chás, ervas e infusões. Então, foi perguntado para a intérprete se ela sabia o que realmente fariam? Ela respondeu que era “um canto, uma reza”. Após a explicação foi permitido com a ressalva que fosse em tom de voz baixa para não incomodar os outros pacientes. Também foi explicado para as outras pacientes que ali iria acontecer uma “reza indígena de cura”. O ritual foi realizado e parecia uma mistura de invocações do sobrenatural, com gesticulações de retirada de energias sobre o corpo do paciente e do xamã, com cantos em tom de voz alta. A equipe logo fechou a porta da enfermaria. E percebi que alguns pacientes e profissionais ficaram curiosos para saber como era aquele ritual e outros com olhares assustados. Tinha até uma paciente e um profissional que se sentiram-se no direito de filmar o ritual, de maneira discreta, por celular. Depois de 30 minutos, o ritual ainda não havia terminado, quando foi solicitado sua interrupção. A justificativa dada para o indígena era: a hora de ir embora, pois o carro da CASAI estava chegando, no entanto o verdadeiro motivo era que a equipe de saúde do setor e alguns pacientes se incomodaram com o barulho daquele ritual. O pajé (xamã) foi embora e no outro dia voltou pedindo para fazer novamente o ritual. Nesse dia não foi permitido. Interessante é que, no outro dia, todos questionavam e reconheciam que havia uma melhora clínica da paciente, mas as várias justificativas estavam fundamentadas na perspectiva da biomedicina e outras em ações psicossociais e nenhuma sobre a eficácia terapêutica do xamã (Diário de campo).

Os casos das práticas terapêuticas da pintura no corpo e do xabori revelam o hospital como espaço intercessor de saberes híbridos, onde modelos distintos se cruzam para assistir à população indígena. Porém vale mencionar que esse espaço intercessor não se realiza sem abrir mão de concepções generalistas sobre povos indígenas, sob pena de um serviço de saúde incapaz de atender às necessidades dessa população.

## 2b. Relação entre pacientes em contexto intercultural

Para análise dessa subcategoria as variáveis encontradas exprimem ideia de convivência e comportamento relacional presentes em 9 unidades de registros (UR). Os discursos a seguir demonstram o reconhecimento, por parte dos profissionais, de que há uma

interferência dos pacientes não indígenas no comportamento dos indígenas, durante a internação.

*As reclamações de ficar todo mundo olhando. Eles ficam acuados porque fica como se nunca ninguém tivesse visto na vida, por parte das outras pessoas que estão internadas e por parte até da própria equipe. Ficam acuados daquelas pessoas que ficam olhando. Abrem a porta da enfermaria pra ficar olhando, crítica a forma como eles cuidam. Querem comparar. Ah! Estão maltratando a criança. Se tá isso, se tá aquilo por não entender a cultura deles. Então assim, essa cobrança que são dadas a eles da forma de se vestir. Como se fossem um animal num zoológico que fica todo mundo olhando, não se tratam com naturalidade (Entrevista A10).*

*Muito, muito, muitos pacientes não querem conviver com eles quando estão dentro da mesma enfermaria por quanto de cultura do banho de alimentação, do barulho que elas fazem quando estão acalentando os bebês e da falta do banho. Sempre a gente escuta tipo um preconceito (Entrevista F30).*

*Pra mim eles reclamam que as pessoas os chamam de: sujo, que eles são fedidos, eles falam que demoram muito a recuperação deles, que o tratamento não é bom. Elas querem usar roupas. Elas pedem pra sempre mudar de roupa porque elas percebem que nos fazemos isso. E que as outras pessoas que estão ao redor reclamam que elas esta com a mesma roupa. Então, ela quer trocar a roupa vesti, pra satisfazer a nossa vontade porque elas não se importam com isso porque a vida toda ela andou sem roupa e pra elas é um sofrimento porque escutam a paciente falando olha ela está com a mesma roupa, ela está fedendo e ela começa a se desesperar e fica pedindo roupa pra um e pra outro, justamente pra satisfazer a nossa vontade(Entrevista T22).*

Entre os povos indígenas atendidos pela maternidade, somente os grupos da família Yanomami não têm o hábito da vestimenta completa ocidental e, por isso, sentem a pressão para vestir roupas enquanto estão internados. Segundo Goffman (2010) um internado pode recorrer a uma forma de mudança cultural como um conjunto de formas de defesas no enfrentamento de conflitos, dúvidas e fracassos. Adequar-se a uma outra “cultura aparente”, vestindo roupas como as nossas, não significa necessariamente, que houve assimilação ou aculturação, mas como em Goffman, podemos pensar em afastamento temporal de alguns hábitos e costumes. As tentativas de fuga e abandono do tratamento acontecem na impossibilidade desse afastamento ou quando este torna-se insuportável, conforme relatos abaixo:

*Dificuldade de conviver aqui com a nossa população, sair do habitat deles pra cá e ter essa dificuldade de relacionar com os outros e tentar fugir (Entrevista E8).*

*A gente percebe nitidamente no comportamento delas muitas das vezes de forma agressiva outras vezes de forma passional mesmo, querem tirar esse bebê daqui e a gente percebe nitidamente que isso é a forma como ela tá sendo tratada (Entrevista F30).*

Nesse sentido, esses conflitos sociais gerados durante a internação podem provocar o desencadeamento de sofrimento espiritual e moral em pessoas de grupos etnicamente

diferentes. Como observado no HMINSN, em especial no alojamento conjunto, a mistura de grupos etários, étnicos e raciais, pode fazer com que a mãe indígena sinta-se contaminada pelo contato de companheiros indesejáveis, uma vez que o resguardo requer cuidados especiais devido à rede de fluidos corporais que podem interferir na formação do bebê que acaba de vir ao mundo. Segundo a maioria das teorias nativas das terras baixas sul-americanas, o bebê não nasce como um ser humano acabado, ele continua a ser formado durante alguns anos após o parto; seu corpo é excessivamente frágil, seus orifícios encontram-se perigosamente abertos e sua sobrevivência depende dos diversos tipos de cuidados ao longo de sua infância e adolescência (MCCALLUM,1998; TEMPESTA,2004; GIL ,2007; AZEVEDO ,2009; FERREIRA ,2013).

### 2c. Imposição a procedimentos, normas e rotinas hospitalares.

Para o estudo dessa subcategoria as variáveis encontradas foram: norma, rotina, procedimento, hora, leito, ou frases que exprimiam imposição encontradas em 8 unidades de registros (UR). Os discursos, a seguir, demonstram que os profissionais percebem o estranhamento da paciente indígena com o ambiente hospitalar e também que sofrem durante sua hospedagem com impacto cultural.

*A gente percebe que as coisas são mais impostas eles. Não tem como dizer não, se você tiver que ser furado vai ser furado, se tiver que comer isso você vai ter que comer isso e ponto final. Eles não têm essa liberdade de optar por alguma coisa ou outra. Vão chegar lá e vão dizer vai ter que ser feito (Entrevista T5).*

Iniciamos esse tópico com a reflexão de Goffman sobre o caráter totalizante de instituições como presídios, conventos e hospitais. O aspecto central dessas organizações está no fato de impor aos seus internos um estilo de vida que rompe com as barreiras que separam as três esferas da vida, descritas como:

1-todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade;2-cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo de outras pessoas tratadas das mesmas formas e obrigadas a fazer as mesmas coisas;3-as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, e toda sequência de atividade é imposta de cima,por um sistemas de regras formais explícitos e um grupo de funcionários. Finalmente as várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição. Nas instituições totais existe uma divisão básica entre o grupo de dos internados e uma pequena equipe de supervisão (GOFFMAN, 2010, P.17).

Chama atenção, nesses relatos, a restrição entre as fronteiras e na transmissão de informação, quanto aos planos dos profissionais de saúde para a paciente indígena. Essa

exclusão dá aos profissionais de saúde uma base específica de distância e controle em relação aos internos que se veem vulneráveis durante o processo de hospitalização.

*Eles têm uma cultura diferente da nossa e aqui, a alimentação normalmente não vem diferenciada pra eles. Se a gente não fala que é índio, vem a comida normal, aí eles não comem. O local que eles vivem não tem cama. A gente percebe eles gostam mais de rede e a convivência mesmo com as outras pessoas que não é da cultura deles, eles sofrem com isso e a gente percebe, né? (Entrevista E8).*

*A maior reclamação que eu ouço falar é do próprio habitat, da maneira de parir que elas querem de cócoras e que nem sempre é respeitado e às vezes tem uma imposição de alguma coisa ou outra, pelo modo assistencial mesmo. Porque às vezes o médico não tem tanta segurança pelo método deles e acaba sugerindo outra posição e vejo que isso incomoda bastante. Os Macuxis estão até mais acostumados, mas os Yanomamis não. Eles vivem na mata pescam e caçam pra comer e aqui é diferente a comida vai numa marmita com talheres com tudo diferente do que eles estão acostumados lá. E nem sempre a empresa que é responsável pela distribuição da alimentação tem essa sensibilidade de estar mandando os nossos pedidos, entendeu? ... quanto alimentação diferenciada. Porque quando vamos ao leito e perguntamos ou quando a coordenação indígena, que tem mais contato, nos passa algum pedido sempre anotamos e tentamos atender passando o pedido pra cozinha mas, nem sempre ele é atendido, eu acho que isso é uma questão que eles acham ruim na internação mesmo. Porque eles estão fora do hábito alimentar, da casa deles e do ambiente deles natural e chegam aqui alimentação ainda não é como de costume, então acho que isso eles acham a pior parte da internação, é isso (Entrevista N9).*

Percebe-se que a questão da alimentação descrita nos discursos acima é conhecida, todavia não é bem compreendido, pelo profissional, o porquê do paciente indígena não comer determinada alimentação chegando, conforme observado em campo e pelas falas dos profissionais, a ficar dias sem comer. Admite-se que a culinária desempenha um papel importante e culturalmente contextualizado no pensamento indígena, fundamentado em regras sociais, não escritas, mas ligadas a tabus alimentares que dizem respeito à vida e morte. O termo “reimoso” ou “reima” empregado em quase toda região amazônica refere-se ao alimento “pesado” que, quando consumido, pode fazer mal alimentar que faz mal a quem o ingere (TEMPESTA, 2004).

O estudo de Tempesta (2004) sobre as restrições alimentares compreendidas pelos resguardos entre índios wapichanas e macuxis, e o estudo como de Biserra (2006) com os Sanumá, revelam que entre esses povos existem princípios de ética alimentar que versam sobre o alimento apropriado, os modos de preparo do alimento, as pessoas que podem participar de sua elaboração, as circunstâncias em que se pode ou não ingerir certos alimentos, com base numa concepção de corpo propriamente humano.

Langdon e Wiik (2010) confirmam essas informações quando nos mostram que os padrões sociais sobre o que e quando comer ou qual a relação que faz com que certos

alimentos possam ou não ser combinados são definidos culturalmente. A cultura de um grupo permite aos atores sociais estabelecerem um sistema classificatório e valorativo dos seus alimentos considerados comestíveis ou não, define as técnicas e ambientes onde o alimento poderá ser encontrado e classifica, organiza e valora os alimentos em vários tipos de comida, tais como: “boa”, “fraca”, “forte”, “leve” (CAMPOS M.S, 1982 apud LANGDON E WIIK, 2010).

*As pessoas confundem muito, pensam “é índio come qualquer tipo de peixe” (Entrevista T22.)*

*Elas reclamam da forma de ter neném e a gente tem que ir lá forrar o chão porque elas querem de cócoras, elas querem ir lá pra fora e não pode. Mana é pendenga, é pendenga. A gente vai ensinar pegar na barra tem umas que tem tanta dor que nem largam mais a barra ai faz o parto (Entrevista C11).*

Falas como estas mostram um distanciamento entre as evidências científicas e a prática obstétrica explicitando o quanto a cultura institucional do HMINSN tem um modelo de atenção ao parto intervencionista e trazem à tona reflexões sobre a medicalização dos corpos femininos, o sub julgamento do conhecimento fisiológico, social e cultural da mulher e de sua família a esse evento, ao priorizar as rotinas institucionais (DINIZ, 2005; SODRÉ et al, 2010).

*Algumas delas a gente vê que ficam incomodadas porque não gostam de ficar no leito, mas é uma coisa que não podemos solucionar, porque na área elas parem de outra forma acho que lá é cócoras um método natural delas, na beira do rio e quando chegam aqui vão se defrontar com um ambiente bem diferente, com uma enfermaria que tem um leito, com uma cama que também é bem diferente (Entrevista M15) .*

Nos espaços hospitalares, ao mesmo tempo em que o paciente está recuperando sua saúde, ele sofrerá paralelamente interferências do meio, sejam elas físicas, químicas, biológicas, ergonômicas ou psicológicas. Devido às suas condições físicas e psicológicas, estão sujeitos a sensações como expectativa, ansiedade, desconfiança, insegurança, desânimo, tristeza e medo. Além disso, em grande parte das situações eles têm uma redução de mobilidade, fazendo com que os seus sentidos (visual, auditivo, olfativo e térmico) estejam mais sensíveis e aguçados, vivendo o ambiente de maneira mais intensa. Assim o paciente e seu acompanhante indígena também são afetados pela hospitalização, uma vez que tem sua rotina alterada, passando por momentos de ansiedade, insegurança e sofrimento (MARTINS, 2004; SAMPAIO et.al, 2010; OLIVEIRA, 2012b).

*Elas reclamam por causa das redes (Entrevista C11).*

*Eles reclamam que a comida deles vem com muito sal, muito doce. E eles gostam de ficar comendo toda hora um pouquinho. E aqui vem no horário certo e eles lá na maloca de vez enquanto estão beliscando alguma coisa, comendo alguma frutinha. Aqui não, é aquele horário e pronto (Entrevista T22).*

As exposições acima deixam claro que a paciente indígena sofre desde o momento da admissão até a alta. O que nos lembra as considerações de Foucault (1982, p.64) sobre a relação entre médico e paciente quando reflete que em alguns momentos no exercício profissional “o paciente emerge somente como objeto do saber e da prática médica” (1982, p.64).

*Chamou-me muita atenção mesmo, era de uma paciente que era uma grande múltipara que teve um sangramento pós-parto, que precisava se submeter a uma histerectomia que a gente não conseguia explicar pra ela que o procedimento cirúrgico salvaria a vida dela, porque ela estava entrando em choque hipovolêmico. Após a cirurgia quando ela entendeu o que foi feito ela entrou numa depressão profunda. Porque culturalmente ela não aceitava isso porque da comunidade que ela vinha não se poderia passar por uma cirurgia e muito menos ter tirado o útero e através de tradutor ela explicou que a gente tinha acabado com a vida dela porque ela ia ser abandonada pelo marido com todos os filhos a mercê. Isso me deixou muito chocada porque a gente não tinha conhecimento disso enquanto tentava salvar a vida dela com procedimento. Ai eu perguntei. O que ela queria que a gente fizesse? Ela disse:- Se tivesse chegado a hora dela falecer que ela ia falecer. Foi uma situação que me chocou. Paro pra pensar o quanto que a gente invade por pensar que estamos fazendo certo e o quanto que eles se sentem agredidos. Enquanto a gente pensa que está prestando uma boa qualidade de assistência de saúde, temos a necessidade de entender em que contexto eles estão, porque quando eles vem para um hospital eles vem para o nosso contexto social e cultural e muitas vezes a gente agride mais do que ajuda (Entrevista M28).*

Para pensarmos o próximo caso, retomamos Goffman e sua instituição total no contexto das rotinas hospitalares. O autor observa os processos de perdas e de mortificação do eu durante a hospitalização e analisa que,

Muito frequentemente a equipe dirigente emprega o que denominamos processos de admissão: obter uma história de vida, tirar fotografia, pesar, atribuir números, despir, dar banho, desinfetar, cortar os cabelo, distribuir roupas da instituição, dar instruções quanto as regras, designar um local para o internado sendo modulado, enquadrado a uma rotina sendo o novato codificado num objeto. Começa durante a internação uma serie de rebaixamentos, degradações, humilhações, e profanação do eu. O seu eu é sistematicamente, embora não muitas das vezes intencionalmente mortificado. Começa a passar por algumas mudanças radicais em sua carreira moral, uma carreira composta pelas progressivas mudanças que o ocorrem nas crenças que em a seu respeito dos outros que são significativos para ele (2010, p.25).

Durante a pesquisa foram encontrados casos e discursos que demonstram esse processo de mortificação. Descrevo a seguir um caso denominado como caso da lavanderia e retrata um pouco do enquadramento da paciente indígena durante a internação. Esse caso chamou muito a minha atenção por retratar a questão da vestimenta como instrumento

normalizador, que conforme Vilaça (2000) seria como “o modo indígena de ser branco, um devir” (p.60). Tais normas passam a gerar o problema da lavanderia.

**O caso da lavanderia:** Tínhamos acabado de chegar ao plantão e já haviam alguns pacientes indígenas, no corredor em frente, sentados num banco, aguardando pela coordenação. Entramos na sala quando começou o atendimento pela equipe da coordenação aos acompanhantes e pacientes de demanda espontânea. Nesse momento entra uma enfermeira, de uma das alas, solicitando que fôssemos até à enfermaria conversar com uma indígena de 14 anos, internada com descolamento prematuro de placenta. Ela estava acompanhada da mãe. Chegando à ala, conversamos primeiramente com equipe cujo técnico de enfermagem e enfermeira reclamaram que a paciente indígena havia urinado em cima da cama, que tinha uma pilha de roupas sujas e não havia mais roupas a ser trocada e, por isso, tinha disponibilizado uma batinha para gestante, mas que a coordenação resolvesse a questão da lavagem das roupas. Após escutarmos os profissionais da equipe, entramos na enfermaria de seis leitos, dirigimo-nos ao leito da indígena e observamos além das roupas empilhadas sujas com odor de amônia (resíduo urinário), a gestante indígena (Y) acuada com olhar de sofrimento. A intérprete tentou diálogo, mas sem sucesso naquele momento. A mãe então se pronunciou informando que Y não estava se alimentando, por não gostar da comida do hospital e queria ir embora. Saímos da enfermaria com três problemas para resolver: conseguir o sabão, levá-la para lavanderia para higienizar as roupas e passar no serviço de nutrição solicitando dieta especial (Diário de campo).

Esses discursos, mais uma vez, reafirmam que existe alguns problemas causados pela obrigação do uso de roupas, para os índios, nos espaços hospitalares.

*A questão da roupa é, dão a roupa e elas ficam com a roupa suja eu preciso ir lá e falar:- Pega essa batinha e veste, vai botar a roupa pra lavar (Entrevista E 5).*

*Outro problema diário é de roupa na lavanderia, porque a doação que a gente recebe aqui não supre. Antes até vinha da casa do índio umas mudas de roupas, uma bermudas mas isso acabou. Sabonete faz é anos que não mandam material higiênico nenhum. Nenhum vem mais! Porque no hospital não lavam a roupa delas, porque não pode misturar com as outras roupas do hospital, mas tem um tanque pra lavar externo que a gente tem que ensinar. Ir até lá e lavar as roupas delas, tanto faz se for Yanomami, Macuxi, até mesmo paciente indígena pode ir lá lavar, até que eles fornecem um sabãozinho, mas se chegar por algum motivo na lavanderia, na máquina a roupa é jogada, por causa da contaminação. Ontem tinha uma com muita roupa acumulada, a gente até ensina, mas eu não vou levar pra lavar na minha casa! (Entrevista C 11).*

Outros casos oportunos para pensar nas normas e nas rotinas hospitalares são os casos que descreverei como Caso da Declaração de Nascidos Vivos e Caso da palestra no Banco de leite (BLH). Vale destacar que os assuntos observados e descritos no diário de campo são os mesmos encontrados nos discursos de alguns profissionais durante as entrevistas.

**Caso da Declaração de Nascidos Vivos:** Para perceber essa descrição como um estudo de caso, busquei subsídios à luz de Foucault (1982, p.64) quando afirma que “o hospital constitui-se em seu interior, como um campo documental e não somente um lugar de cura, mas também de registro” Pensei no quanto questões burocráticas podem interferir no itinerário terapêutico. Esse relato de caso refere-se a um bebê que ficou 3 meses na Unidade Neonatal aguardando parecer judicial sobre seu destino. A mãe da criança era uma indígena com deficiência física (antebraços amputados) que teve seu bebê prematuro nas adjacências da CASAI. Foi encaminhada para o hospital no meu primeiro dia de campo na ala das



orquídeas, então tive a oportunidade de acompanhar a evolução do caso. A mãe da criança morreu por sepse perinatal e o RN Yanomami fez sua peregrinação de cura nos setores da Unidade Neonatal. Por se tratar de uma criança filho de mãe rejeitada pela comunidade e com deficiência congênita (pavilhão auditivo), o caso teve interferência do juizado, pois, no primeiro momento o RN não teria como ser inserido em sua comunidade. Após meses de tentativas pela coordenação indígena e serviço social da CASAI, conseguiu-se que o pai da criança a visitasse e resolveu, apesar das condições físicas, levá-la para a comunidade. Contudo o que se ouvia nos corredores do hospital, dito pelos funcionários, é que o pai iria levá-lo e o mataria na aldeia. Percebi opiniões divergentes da equipe em deixá-lo ir para aldeia ou encaminhá-lo ao abrigo infantil. Por fim, após decisão judicial, a criança poderia ir para comunidade com o pai. Mas apenas na hora de ir, após a permanência de três meses, pensou-se na Declaração de Nascido Vivo (DNV) da criança. Nessa hora percebi uma falta de informação sobre a documentação, se era para ser realizada ou não. Recebi, inclusive a explicação de que por não ter nascido no hospital, iria, mesmo sem DNV, para CASAI e lá eles iriam resolver a questão de documentação. Porém, parece não haver consenso sobre o registro das DNVs quando se trata de indígenas e gera certo desconforto entre coordenação indígena, equipe da UVE (Unidade de Vigilância Epidemiológica), equipe médica e de enfermagem. Tais problema e conflitos na própria equipe multiprofissional se potencializam nos finais de semana quando os serviços da coordenação indígena e da UVE não funcionam (Diário de campo).

*Mas a dificuldade é diária, é diária, é falta de documento. Yanomami já não tem documento, mas até Macuxis não tem documento! Como vai sair um bebê daqui, sem DNV? Como vai registrar esse menino? E ele não é um objeto. Até objeto tem nota fiscal e você vai levar um filho sem DNV, não é verdade? (Entrevista C14)*

**Caso da palestra no Banco de leite (BLH):** Como rotina hospitalar, os critérios para todas as mulheres, para receber, são: apresentar boas condições clínicas (mãe e filho) e assistir a uma palestra realizada na sala de recepção do banco leite humano. Essa rotina acontece, sem distinção, mesmo em pacientes indígenas. E como numa procissão, todas as mães com bebês em suas mãos caminhado no corredor do hospital rumo à palestra que as ensinará como amamentar, ofertada de segunda a sexta às 10h e às 15h da tarde. Nos finais de semana apenas às 10h (Diário de campo).

*As indígenas vêm pra assistir a palestra, mas não entendem nada. Assistem à televisão, a um vídeo que é colocado e elas veem pra seguir um protocolo da instituição. Aí a gente passa pra elas uma parte do vídeo, a mais importante sobre o posicionamento do bebê pra ver se elas pegam alguma coisa. Mas eu acho que elas têm necessidade de vir mesmo, pra ver a forma de como elas posicionam o bebê, eles até conseguem mamar, mas tem a questão da distância, dificuldade de como elas colocam eles pra mamar. Não deixa como é pra ser, deixa o menino na perna, eles até conseguem pegar mas não é o mais ideal (Entrevista F25).*

Estes casos causaram-me estranhamento por perceber a inflexibilidade presente em determinados processos de normatizações no âmbito hospitalar. Neste sentido, como lembra Gusmão, é necessário desentranhar o padrão de cuidados impostos, construído em um universo cognitivo e sociopolítico a luz da antropologia como ciência, para explicação dessa realidade, construída no tempo para “não ignorá-las, mas fazer-lhes a crítica e buscar construir um conhecimento de outra ordem” (GUSMÃO, p.55, 2008).

## 2.2.2 Classe temática II: Estrutura organizacional para o cuidado materno infantil indígena

Esta classe temática reúne 40 unidades de registros (UR) em uma categoria com três subcategorias que agruparam aspectos relacionados à forma como os profissionais de saúde correlacionam a estrutura gerencial com suas dificuldades no atendimento ao paciente indígena.

- 1 Condições estruturais

### 1.a Recursos humanos

A construção dessa subcategoria foi extraída de 17 UR tendo, em seu núcleo de ideia, as variáveis: disponibilidade de recursos humanos e capacitação profissional.

*A triagem é feita com auxílio do acompanhante, um parente ou um técnico que vem da casa do índio. Quando vem sozinha com motorista, a gente tem o apoio da coordenação indígena. Chegou e chamamos a coordenação indígena. A gente chama e eles vem sim, sempre resolvem. Isto é, quando tem alguém lá na coordenação, quando conseguimos achar alguém lá, resolvem. Passamos as dificuldades e eles entram na sala do médico e traduzem. Sempre eu chamo a coordenação pra entrar com elas no consultório porque mesmo que a indígena fale o português elas se calam pra o médico como se tivesse uma barreira, parece que eles se sentem seguros quando tem um apoio como da coordenação indígena que sabem lidar com eles, já conhecem, então eu percebo isso (Entrevista E8).*

*Hoje qualquer um de nós conhece alguma palavra, pelo menos as que usam mais. É pouco ainda, mas pelo menos a gente sabe se a gente tem que receber esse paciente a gente deve estar preparado (Entrevista M2).*

*A atenção os povos indígenas pode melhorar tendo capacitação pra nós profissionais porque até onde sei nunca teve uma capacitação e a gente recebe tanta indígena aqui, particularmente nunca tive um treinamento pra lidar com os índios pra falar com eles. Não sei. Acho que a dificuldade mesmo é de saber lidar com o indígena porque todo dia vem da maloca da casai, então assim, pode ver, todos os setores em indígena então os profissionais deveriam estar mais preparados (Entrevista E8).*

*Aqui na maternidade a atenção aos povos indígena falta muito para chegar ao ideal. Como é uma população que não é a maioria no hospital, tem assim uma falta de treinamento mesmo dos profissionais de entender porque o atendimento é específico, porque nem todo mundo entende que é uma necessidade mesmo deles isso e ter uma visão mais humana (Entrevista N9).*

Durante a pesquisa foi perguntado aos entrevistados se já tinham recebido algum tipo de capacitação para trabalhar com pacientes indígenas. Foi constatado que a maternidade

ainda não ofertou ao seu quadro funcional nenhum tipo de capacitação específica que discuta o contexto da diversidade sociocultural (nesse caso, indígena) e produção de cuidado. Algo preocupante, pois a população indígena é bem relevante em nosso Estado. No entanto, durante o estudo, foi revelado que alguns profissionais tiveram iniciativas próprias de buscar por algo que contribuísse para seu aperfeiçoamento profissional, sendo reveladas as seguintes iniciativas: a procura pelo curso oferecido pela Universidade Federal de Roraima em línguas indígenas, a criação de grupos em rede social por uma técnica de enfermagem onde divulga algumas palavras em Yanomami que podem auxiliar o profissional de saúde em suas atividades laborais e procura de literatura científica específica.

A importância dessas iniciativas nos alegram, mas seria oportuno questionar a invisibilidade dessa demanda para o Hospital, uma vez que a necessidade de capacitação para os profissionais foi constatada durante todo estudo. Também foi constatada a necessidade de ampliação de recursos humanos de maneira geral no hospital e especialmente na coordenação indígena como reforço para que aconteça definitivamente a efetivação do acolhimento e humanização da mulher e criança indígenas.

**Caso do coto umbilical:** Como rotina da maternidade, as crianças que dão entrada na UTI neonatal, com peso inferior a 1500g, seguem uma série de procedimentos e intervenções, dentre esses o cateterismo umbilical. Nunca tinha pensado como um coto umbilical era tão importante para uma indígena, por vezes até o mencionei como um tecido que após nascimento iria morrer, devido à secção de sua estrutura após o parto, pensava apenas pela ótica da importância da limpeza do coto devido ao risco de infecção. Como prática isolada, alguns profissionais guardam aquele pedaço de tecido e entregam para mãe, porém outros, após procedimento, descartam o coto umbilical. Um dia fui veemente surpreendida por uma mãe que questionava a entrega do coto umbilical de seu filho (que havia passado pelo cateterismo umbilical) como algo de valor inestimável. Depois de muito choro, exaltação de ânimos foi necessário esclarecer para mãe indígena que o coto umbilical tinha sido perdido durante um procedimento de rotina hospitalar importante para manutenção da vida de seu filho. Mas em mim, o impacto foi tão grande, que senti vergonha de mim e da equipe multidisciplinar da qual eu fazia parte. Por que ninguém, ao menos por um instante, pensou além do procedimento. O martírio pairou ainda mais, porque naquele momento, eu já estava pesquisando sobre essas situações contexto intercultural. E o sentimento foi ao som de RAUL SEIXAS (1973) “[...]eu prefiro ser essa metamorfose ambulante, do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo[...].” (Diário de campo).

O caso descrito acima repete o que vem sendo exposto nesta pesquisa ao mostrar como o etnocentrismo está presente na realização do trabalho em saúde em contexto intercultural. Reafirma a ideia da necessidade da criação de espaços abertos nos serviços para refletir sobre a prestação da assistência à mulher e neonato indígena com intuito de construirmos mecanismos e estratégias de readequação para produzirmos o acolhimento dessa clientela. E

como afirmam Diehl e Pellegrini (2014, p.872) “a educação permanente em saúde indígena deve privilegiar um processo de diálogo público e negociação contínua”.

### 1.b Estrutura Física e organizacional

Analisar essa subcategoria, retirada de 14 UR, consta de variáveis que explana a ideia de estrutura física e organização do espaço hospitalar.

Pensar de maneira incisiva e densa sobre o que é um hospital, sua finalidade e objetivos. E bem mais, é pensar o que seria, e como seria esse hospital com uma boa estrutura arquitetônica, um bom programa terapêutico e de cuidados capazes de atender todas as legislações sanitárias e políticas propostas pelo SUS e acolher os anseios de seu corpo técnico e de sua clientela. Em Foucault (1982, p.57), quando se discute o nascimento do hospital considera que, “nenhuma teoria médica por si mesma é suficiente para definir um programa hospitalar e que nenhum plano arquitetônico abstrato pode dar a fórmula do bom hospital”.

Para examinar a Maternidade Nossa Senhora de Nazareth, pela lente de Foucault, é preciso, antes de tudo, entender como os profissionais desse hospital o analisam e o descrevem, pois "são os hospitais que devem se pronunciar sobre os méritos ou defeitos" (FOUCAULT 1982, p. 57).

*Não temos estrutura física porque a gente sabe que hoje não temos espaço físico na maternidade. Sabemos que a população cresceu muito e a maternidade continua sem espaço físico para atender mais, e muito menos pra estar separando e ter pessoas para estar atendendo os indígenas (Entrevista F30).*

*Outra coisa inconveniente são as enfermarias. Como lá nas Rosas, de 6 leitos, que quando elas querem trocar de leito elas trocam mesmo. Se esvaziar um leito que elas acham que é melhor, elas vão trocar mesmo e quando você chega lá pra fazer uma medicação ela já trocou de leito e, sem mentira nenhuma, em 12 horas de plantão tinha uma indígena que já tinha trocado de leito umas seis vezes. Aí você fica trocando as pastas, trocava o nome dela no Censo, na lista nominal, tinha que ficar trocando tudo. Ela falava que o leito que ela estava era muito quente, aí ela mudou e o que ela foi, ficou muito frio aí ela ficava mudando, trocando de leito a noite inteira, a central pegava em cima do leito que ela estava, ficou nessa brincadeira a noite inteira (Entrevista E1)*

Em alguns discursos, os profissionais, além de reconhecerem que a estrutura física da maternidade é insuficiente e a estrutura organizacional incipiente, conseguem vislumbrar e até propor uma possível adequação estrutural como enfermarias adaptadas para atender às pacientes indígenas considerando sua especificidade étnica e cultural ou mesmo como medida “sanitizante” dos conflitos culturais entre pacientes indígenas e não indígenas, nos quais o profissional age como moderador no gerenciamento tanto desses conflitos, como de seus cuidados.

*Eu acho ainda que as próprias mulheres do quarto tem mais receio que os próprios profissionais, até porque alguns já estão bem acostumados a lidar com os indígenas. Mesmo a gente querendo excluir alguns por algum motivo ou outro, mas eu acho que é mais as companheiras do quarto mesmo. A gente percebe isso mesmo! Já até chegou a vir com a gente e falar que não querem ficar no mesma enfermaria porque está fedendo, porque aquela índia não toma banho, tem muitas reclamações. Então, um bloco específico, iria acolher melhor e acho que temos profissionais que iam querer trabalhar nesse bloco. O hospital também poderia melhorar na questão de acolher mesmo essa indígena, hoje talvez a maternidade não tenha, na sua estrutura, número de leitos pra fazer uma enfermaria pra indígenas como no outro hospital infantil da cidade, não tentando discriminar o índio mas tentar chegar mais próximo da cultura deles, com redes. Acho que se tentássemos colocar uma estrutura melhor pra eles, talvez não tivéssemos tanta discriminação porque a gente perceber que lá nos blocos as outras mulheres as discriminam, porque a higiene é diferente entendeu... O modo de limpeza é diferente então eles são discriminados, por isso então colocá-las numa ala mais próximo de sua cultura quem sabe, né? elas se sentiriam melhor (Entrevista E8).*

Na fala acima fica evidente que tanto os profissionais de saúde como outros pacientes são partícipes de ações e ideias geradoras de preconceitos em relação aos pacientes indígenas. Preconceito aqui, entendido como a forma de ver, construir e se relacionar com o outro diferente; atribuindo valores negativos às características de sua alteridade. Esta relação implica em uma negação ou subalternação do outro diferente, ao mesmo tempo, em que o outro dominante, afirma sua própria identidade como superior e dominante. E quando essa “atitude ou esse ato-pensamento denota ou estabelece a distinção, entre ou sobre o(s) outro(s), então se configura a discriminação, pois se gera, necessariamente, o tratamento diferencial”. (BANDEIRA E BATISTA, 2002 p.20).

Nesse caso, o ambiente hospitalar aparece como um lugar de práticas associadas ao racismo institucional, caracterizado por Kalckmann et al (2007, p. 147) como:

*Fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica. Ele pode ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que totalizam em discriminação por preconceito involuntário, ignorância, negligência e estereotipação racista, que causa desvantagens a pessoas de minoria étnica.*

*Não sei se criar um bloco é bom porque fica essa questão, é pra isolar [...]. Porque as pacientes aqui estão grávidas e aquele cheiro forte delas (Entrevista E6).*

*Quando eu tiro um índio dos outros pacientes e crio uma ala pra eles, o que eu estou fazendo, né? Estou discriminando, como que é? É uma questão só da assistência mesmo que será diferenciada? Aí tem aquela questão: - Os profissionais estão preparados pra fazer essa assistência diferenciada? E porque eu não posso prestar a mesma assistência, que ela é universal, com o paciente indígena dentro da enfermaria comum com os ditos brancos; eu não posso fazer isso ou não! Claro que eu posso, porém toda a equipe multidisciplinar tem que estar preparada pra assistir esse paciente que é diferenciado (Entrevista T5).*

Visto que a arquitetura pode ser um elemento capaz de influenciar na prática da

Humanização, é importante que se entenda o papel que cabe a ela como um espaço que, à medida que colabora no desempenho das atividades em uma instituição de saúde, ratifica o caráter de lugar. O “lugar” é definido por e a partir de apropriações afetivas que derivam dos anos de vivência e das experiências atribuídas às relações humanas. “Lugar é uma mistura singular de vistas, sons e cheiros, uma harmonia ímpar de ritmos naturais e artificiais”, sendo a sensação de lugar afetada pela sensação de tempo, criando ou reforçando uma interação entre os indivíduos e o ambiente construído (SOUSA et. al., 2008; OLIVEIRA, 2012, TUAN, 1983, p. 203).

A criação de espaços hospitalares com enfermarias adaptadas com leitos alternativos a paciente é entendida mais como um processo de intervenção no ambiente do que assistencial, mas, pode auxiliar no resgate da singularidade de seus usuários já que muitas vezes o fator pessoal é penalizado pelo ideal da neutralidade científica da modernidade que restringiu as complexidades dos problemas diários a uma pretensa totalidade (SOUSA et. al, 2008; OLIVEIRA, 2012).

*Eu acredito que deveria ter um setor especial como uma sala de parto com uma coisa bem natural pra o indígena. Sei lá, uma rede. Coisas bem diferenciadas do atendimento que nós oferecemos aqui! Porque se a gente for ver como uma indígena tem seu bebê na aldeia, é bem diferente do que nós fazemos aqui. Como tivemos caso de uma indígena que quis ganhar no Jardim, porque o jardim pra ela é muito mais natural do que uma sala fechada com quatro paredes entendeu? No quarto ela se sente presa. E isso só aconteceu porque ela foi para o jardim. Porque se você for ver, o profissional dificilmente estimula. Hoje a Orquídea está passando por uma reestruturação. Antigamente em reuniões, quando participava até cheguei a falar de um lugar diferenciado, mas as pessoas acham que isso é estar discriminando. Acho que discriminar é atender de forma que não é adequada pra ela, porque a gente tá agredindo uma cultura que é deles, né? Nesse tempo todo que eu estou aqui, nunca vi se pensar nas adaptações das estruturas. Nunca vi ninguém se preocupar com isso! (Entrevista E18).*

Observa-se que nas entrevistas, a palavra diferente se apresenta, ora como uma reivindicação, um projeto de mudanças com consequências positivas para a vida em geral; ora como um simples instrumento de manipulação ou de dominação. O que traz uma questão: caso fosse criado um bloco exclusivo para população indígena, isso realmente atenderia sua especificidade ou apenas reforçaria o ato discriminatório? Ou ainda: É possível a construção de espaços diferenciados sem que haja atos de discriminação? Então, uma mudança significativa no fazer profissional permeando a efetivação do cuidado vivo da saúde materna e

infantil indígenas seria capaz de dar conta da intersubjetividade que envolve esse processo de cuidar?

**Caso do marmitex e outras preocupações:** Não foi difícil durante a pesquisa notar que em algumas coisas que nos parecem tão óbvias como um bebedouro e sua finalidade, ou um banheiro ou até um marmitex, acomodam saberes que, dificilmente, nos recordaríamos de quando apreendemos, perpassam pela primeira infância e por conta disso talvez dificilmente iríamos perceber que essas pequenas coisas (informações) podem se tornar grandes dificuldades para adaptação de uma mulher indígena que nunca veio ao hospital ou que nunca teve contato com esse tipo de estrutura física, materiais e equipamentos. Em campo de estudo presenciei alguns relatos informais e outros formais (entrevistas) que as indígenas têm hábito de fazer suas necessidades no chão, não tomam banho, não comem [...] e toda vez que eu via ou escutava esses relatos e pedidos para que a coordenação indígena fosse resolver esse tipo de conflito nas alas que tem nome de flores - mas que nem tudo são flores para a indígena - mergulhava minhas ideias na procura de “alguma coisa na rotina” que tivesse a intenção de ensinar, mostrar para essa mulher indígena e seu acompanhante, o que é e como funciona um banheiro (vaso sanitário, chuveiro...), um bebedouro, o que é um marmitex e o que tem ali dentro, afim de atender ao menos as necessidades básicas da paciente indígena, conforme a teoria das necessidades humanas básicas de Maslow( 1954) que muito ouvi falar na graduação de enfermagem. Percebi nesse meu mergulho, um vazio, a ausência. Essa reflexão foi mais aguçada quando, certa vez, cheguei a uma ala para solicitar informações sobre a disponibilidade de vaga para uma paciente, e ali estava uma técnica de enfermagem que falava sobre uma paciente indígena que “só chorava”. Como me chamou atenção, o diálogo da equipe de enfermagem e a médica, fui pessoalmente à enfermaria para tentar entender o que ocorria. Infelizmente era um final de semana e não contávamos com o serviço de intérprete. Quando entrei na enfermaria, me deparei com uma jovem puerpera desacompanhada, seu lamento ecoava. Tentei primeiramente fazer uma visão mais holística do ambiente. Foi quando percebi o serviço de limpeza entrar e jogar, na mesa de cabeceira daquele leito, mais um marmitex. Todos queriam saber que dor que ela sentia. Foi quando recebi relatos de outras companheiras da enfermaria que ela nem tinha tocado na comida. Então abri a marmita e percebi uma leve desconfiança, mas ao mesmo tempo entusiasmo pela comida. Era apenas fome, era apenas fome [...] escutava de toda equipe (Diário de Campo).

Conforme o caso relatado, confesso que parecia mais a nossa insensibilidade de ver o outro, ou mero retrato da qualidade de nossa assistência. Contudo reafirmo o interesse por uma melhora significativa de toda assistência prestada à mulher e a criança indígenas até chegarmos a suprir uma boa parte das necessidades dessa clientela, naquilo que nos compete enquanto profissionais da saúde.

### 1c. Hospital de referência

Para o estudo dessa subcategoria, as variáveis encontradas foram: acesso, hospital de referência e outros termos que manifestam a ideia de referência e contrarreferência - presentes em 9 unidades de registros (UR).

*A gente tem uma oportunidade maravilhosa de se tornar um hospital referência pela grande frequência de paciente indígena no nosso Estado. A gente drena toda a população indígena para essa unidade hospitalar. Então, a gente precisa investir mais nisso! (Entrevista M28).*

Para iniciarmos esta unidade temática, faz-se necessário o entendimento do fluxo de referência e contrarreferência para atenção aos povos indígenas demonstrado na figura 2. De acordo com a fala supracitada observa-se que há uma dificuldade de entendimento sobre o termo referência que por vezes é entendido como sinônimo de modelo, sendo necessário esclarecer que o HMINSN é referência para cobertura no nível terciário de assistência à saúde indígena materna e neonatal do DSEI Leste e Yanomami.

Desse modo, vale destacar a portaria 70 que estabelece a estrutura dos DSEI dentro da área indígena e compreende: Postos de Saúde, onde trabalham o agente indígena de saúde (AIS) e agente indígena de saneamento (AISAN); Pólos-Bases, espaço de atuação de equipes multidisciplinares de saúde indígena e pela Casa do Índio (CASAI) que apoia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade, geralmente localizadas no município de referência ou na capital do estado (BRASIL, 2004).



Figura 2: Organização e fluxo de atenção nos DSEI



Fonte: FUNASA, 2004.

Sendo assim, o principal elemento para a integração das redes de saúde é um efetivo sistema de referência e contrarreferência (RCR), entendido como,

mecanismos de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços. O Ministério da Saúde define este sistema, como um dos elementos-chave de reorganização das práticas de trabalho em saúde. A abordagem da integração dos sistemas e redes de saúde envolve diversos aspectos interrelacionados, tais como: regulação dos serviços; processos de gestão de serviços; condições de acesso aos serviços; recursos humanos; sistemas de informação e comunicação e apoio logístico (SERRA E RODRIGUES, 2010 p.3579- 3586).

*A gente vive fazendo serviço que não é nosso. Isso quem deveria fazer é o serviço social. A atenção indígena não é abandonada; ela não é bem assistida. Porque se tu traz uma paciente para consulta e quando é no dia do retorno tu não sabe da paciente. Isso acontece com paciente de cervical (câncer de colo uterino), de follow up (esses bebês que precisam de acompanhamento, que saem do berçário vai precisar da neurologia, eles fazem no máximo dois). Nunca mais volta, ninguém sabe, ninguém tem notícia, aí não fecha diagnóstico no centro de referência. Fica em aberto. Se você for lá e fizer uma pesquisa se os pacientes indígenas que fazem follow up tão vindo com frequência você vai ver que não vem, assim também os da patologia cervical e assim vai. Então eles não têm controle realmente. O que a gente questiona é, por que, que não volta? Ah, é porque o paciente vai pra área e não quer vim. Acho que elas não têm assim um domínio de si. Você que tem que mandar. Dizem também por que elas não querem vir para casa do índio. Lá não se adapta, aí ninguém tem, mas nada a ver com isso porque o tratamento delas é pra ser continuado e quando já dão notícia, faleceu, está lá na oncologia. Quer dizer, não terminou o tratamento. Eu que anoto tudo num livro da patologia cervical e tenho que ir atrás. Anoto os exames de colonização de colo de útero. Tem aqui olha, de 2006 até hoje, têm que anotar tudo, a gente tudo tem que saber. A CASAI liga: a paciente fulana de tal foi atendida? Tu sabes o dia? Pode até ser que agora vai melhorar porque a assistente social do Yanomami disse que agora vai fazer uma visita diariamente aqui. Vamos ver como vai ser, vão pegar os nomes que tão aqui que está tudo prontinho e fazer as visitas dos RNs*

*que estão no berçário (Entrevista C13).*

A partir desta fala, vários questionamentos se tornam oportunos e passíveis de reflexões, pois um hospital de referência, além de oferta de leitos, vagas e realização de encaminhamentos, precisa garantir além do acesso, a integralidade de toda assistência.

*Se oferecemos vagas a elas tem que ter acesso, meios para ajudá-los (Entrevista E6).*

É válido expor que durante as conversas informais e em algumas entrevistas, percebe-se que a maior parte dos profissionais fazem distorções ou não entendem claramente a aplicabilidade dos termos quando utilizam suas explicações nos princípios doutrinários e organizativos do SUS. O uso da palavra acesso é um exemplo desse desconhecimento, aqui confundido pelos profissionais com integralidade.

Acesso para os profissionais, percebido nos relatos, apresentou-se por dois vieses: o primeiro, vinculado ao direito do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde e o segundo com um entendimento com vistas à integralidade. Porém Mattos (2004) nos leva a refletir que o termo acesso não pode ser considerado sinônimo de integralidade. O que nos remete a aprofundar a reflexão sobre as características das práticas que se pautam pela integralidade num serviço de referência a populações indígenas.

Sabe-se que o HMINSN é a única maternidade que atende alto risco no Estado de Roraima, sendo também a única a possuir UTI-neonatal, porém não conta com serviços de UTI materna sendo que, quando necessário, as pacientes são encaminhadas para o HGR.

De acordo com o SAME (Serviço de Atendimento Médico e Estatístico) do HMINSN, a instituição é responsável por cerca de 800 partos/mês. Destes, 38,65% foram de partos normais realizados por enfermeiros e em média 35,25% de partos cesáreos, o que equivale a cerca de 90% dos nascimentos totais no Estado, considerando o atendimento das demandas de todos os 15 municípios que constituem Roraima, da população dos DSEI leste e Yanomami, bem como países fronteiriços, como Venezuela e Guiana Inglesa.

A partir dos dados supracitados não foi possível, nesse estudo, verificar o cruzamento de dados a fim de esclarecer qual a representatividade de indígenas nesses valores por déficit nos sistemas de informação. Os dados da SESAI não cruzam com os dados do DATASUS.

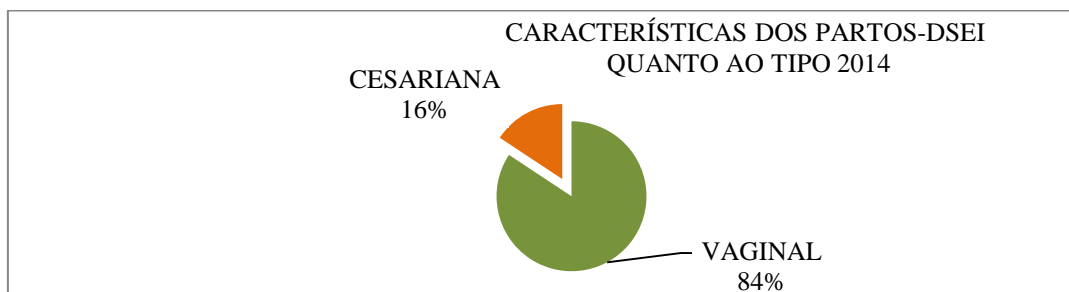
Para demonstrar a demanda da paciente indígena no HMINSN foram realizadas pesquisas isoladas no DATASUS, no SAME do hospital e nos Distritos Sanitários Especiais de Roraima alcançando as seguintes informações:

Segundo dados do DATASUS (2015), o HMINSN atendeu no período de Janeiro a Julho de 2015, cerca de 310 mulheres indígenas e 12 neonatos caracterizando-se como o segundo maior número de atendimento de acordo com o critério raça cor.

Outro dado importante informado pelo Distrito Sanitário Especial indígena Leste (DSEI Leste) refere-se ao crescimento do número de partos Hospitalares por indígenas do DSEIL. Sobre esses dados obtidos pela SESAI e visualizados nas tabelas abaixo, pode-se dizer que houve crescimento de parto hospitalar em detrimento ao parto domiciliar. Esta informação não difere de outros estudos com populações indígenas Ameríndias que mostram o aumento de partos hospitalares (AZEVEDO, 2009; DIAS-SCOPEL, 2014; REMORINI E PALERMO, 2015).

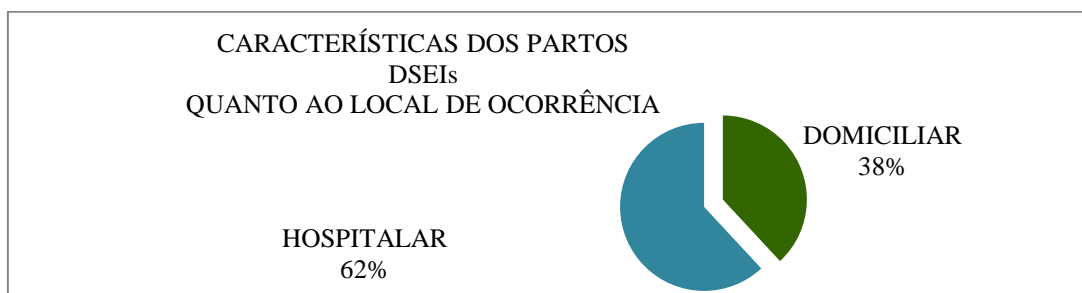
Em 2014 o DSEI Leste contabilizou um total de 1.675 partos com as seguintes características:

Figura:3 Características dos partos-DSEIL quanto ao tipo ,2014.



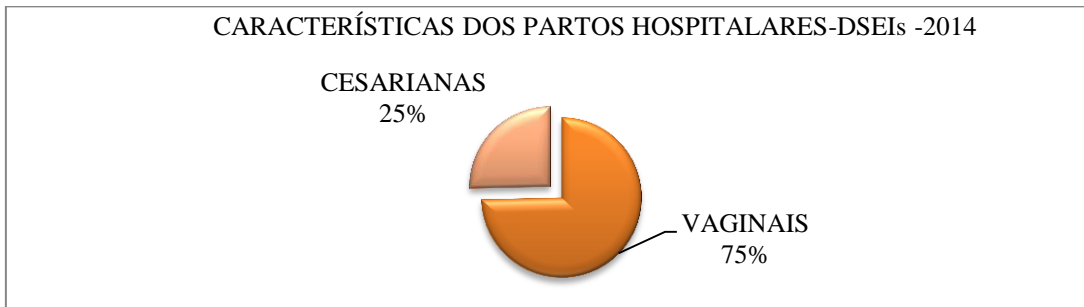
Fonte:SESAI,DSEILESTE

Figura 4:Características dos partos do dseil quanto o local de ocorrênciaem, 2014.



Fonte:SESAI,DSEILESTE

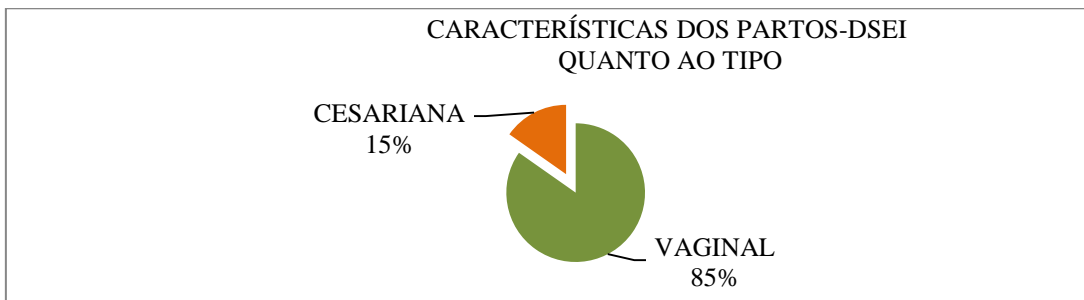
Figura 5:Características dos partos hospitalares - DSEIL-2014.



Fonte:SESAI,DSEILESTE

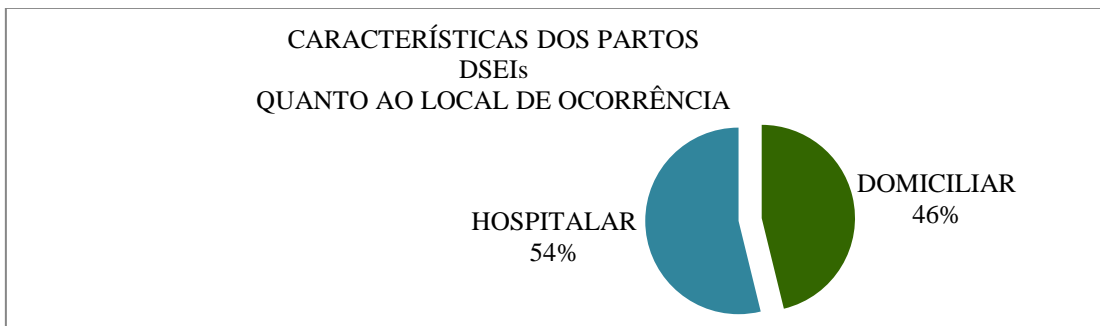
O crescimento dos partos hospitalares também são visualizados nos dados de 2015, constatada a ocorrência de 1531 partos no DSEIL. Apesar do decréscimo no número total de partos em relação ao ano de 2014, dentre esses partos ainda há uma predominância da procura por partos hospitalares por essas pacientes indígenas.

Figura 6:características dos partos do DSEIL quanto ao tipo em 2015



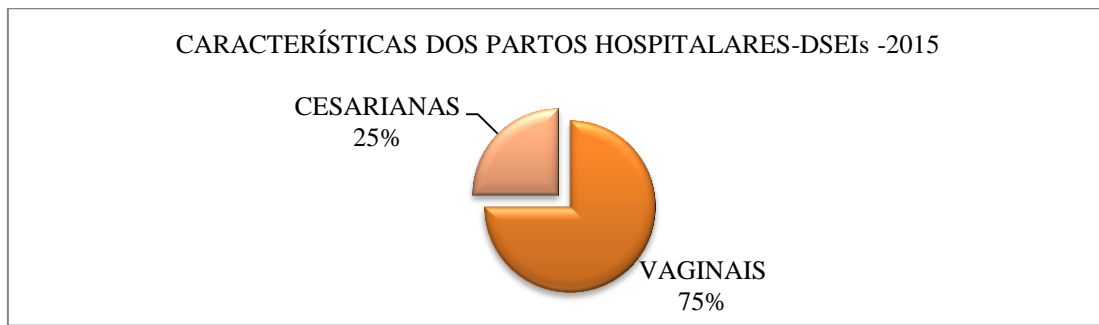
Fonte:SESAI, DSEI LESTE

Figura7:Características dos patos dseil quanto ao local de ocorrência,2015.



Fonte:SESAI,DSEI LESTE

Figura8: Características dos partos hospitalares DSEIL,2015



Fonte:SESAI,DSEI LESTE

Durante a pesquisa também se procurou dados sobre o quantitativo de partos da população indígena atendida pelo DSEIY, porém não foi possível demonstrar esses dados. Entretanto vale mencionar o estudo de Caldart (2014) sobre as causas de morbidade hospitalar da população materno-infantil Yanomami, residente nos estados de Roraima e Amazonas, no período de 2008-2012. Esta pesquisa apontou 332 registros de internação obstétrica nos arquivos do HMINSN, dos quais predominaram as hospitalizações por assistência ao parto (51,5%) sendo que a maioria dos partos realizados foram partos espontâneos (73,1%), restando (26,6%) de partos cesarianos. Seguido das internações por parto, estão as intercorrências clínicas na gravidez (32,8%); aborto (11,4%) e intercorrências clínicas no puerpério (4,2%).

Outro dado relevante levantado nesta pesquisa foi sobre o número de atendimento realizado pela coordenação indígena no HMINSN onde constatou-se a realização, de janeiro de 2014 a dezembro de 2015, uma média de 10.753 atendimentos. Dados também fornecidos pelo SAME (Serviço Médico Estatístico) do HMINSN.

Ressalta-se que esse número de atendimento realizados pela coordenação indígena poderiam ser ampliados, e com isso, beneficiando um número maior de indígenas, se houvesse uma adequação do número de profissionais da Coordenação Indígena para um funcionamento em regime de escalas diurnas e noturnas e para o acolhimento nos fins de semana, que por hora estão descobertos desses serviços, tão necessários para o atendimento integral materno infantil indígena.

A coordenação indígena no HMINSN é composta por duas auxiliares de enfermagem, uma técnica de enfermagem e três intérpretes que realizam os seguintes atendimentos: acompanhamento de intérprete nas consultas de emergência e na internação materna infantil indígena de segunda à sexta no período diurno e auxílio no percurso terapêutico de mulheres e crianças indígenas referenciados pela CASAI para o Centro de Referência da Mulher (centro anexado ao HMI, mas de gestão própria), para consultas ambulatoriais e exames.

Embora tenha muito que avançar com relação aos compromissos firmados entre esta unidade de referência e o processo de humanização da atenção à paciente indígena, pois como diz Tornquist, no “laboratório da humanização nem tudo são flores” (2004), podemos citar algumas conquistas como: horário de visitas nas enfermarias, ocorrendo hoje das 14h00min às 17h00min horas, e garantia de visita aberta aos pais com RNs na unidade neonatal; a presença de uma acompanhante de livre escolha da mulher durante o parto normal e pós parto e a permissão para que o acompanhante de livre escolha da mulher assista ao parto cesárea, caso demonstre interesse; o estímulo ao aleitamento materno, presença do Banco de leite e o estímulo às Boas Práticas do Parto e Nascimento.

**O Caso da rede:** A garantia de ocupação de leito com armadores de rede para pacientes indígenas é quase inexistente, pois durante a pesquisa foi observado duas situações: 1 - pacientes indígenas em enfermarias convencionais enquanto os leitos com armadores de rede estavam ocupados por pacientes não indígenas. 2 - em outra ocasião haviam indígenas na enfermaria adaptada com armadores de rede, porém as redes não estavam disponibilizadas e os pacientes utilizavam a cama hospitalar. Ao questionar sobre a utilização das redes, fui informada que até tinha rede no hospital, mas o problema era que, a taxa de ocupação hospitalar é elevada o que interfere na distribuição dos leitos dificultando reservar a enfermaria para indígena (Diário de campo).

*O negócio das redes é o seguinte: se ficar três pacientes indígenas por muito tempo aí colocam elas no último quarto; aí providenciamos as redes. Não é algo da rotina; é sempre pelo nosso intermédio. Porque lá colocam outras pacientes nas camas aí dizem que não podem tirar a paciente de lá; aí a gente fala que a paciente indígena também está precisando daquele lugar pra colocar as redes, mesmo assim ainda tem obstáculo; a gente vai ver depois se troca; aí a gente começa falar mais sério vai pra direção aí que resolve, mas tem armador em dois quartos nas margaridas e um nos girassóis. Então somente quatro pacientes se beneficiariam das redes nas margaridas e dois nos girassóis totalizando seis leitos. Só isso e eles ainda acham que é muito, ah gente! É difícil, todo dia é muito difícil (Entrevista C11).*

O caso da rede e as entrevistas comprovam que apesar do HMINSN ser um hospital de referência ainda não é um hospital modelo devido às constatações de fragilidades de cunho teórico e organizacional. Sendo oportuno continuar refletindo em estratégias que vão de fato consubstanciar o HMINSN como centro hospitalar modelo à população materno infantil indígena. Tarefa perene durante todo estudo. Essas estratégias iniciam-se na garantia ao usuário do acesso e ganha sua maior dimensão na intersubjetividade no processo do cuidar, para atingir a integralidade da assistência.

### 3. INTERSUBJETIVIDADE NO PROCESSO DO CUIDAR

Esse capítulo surgiu pensando, repensando e impensando em produção de cuidados em saúde no HMINSN. Produzir cuidados exige raciocínio crítico e reflexivo sobre quem trabalha na saúde, para quem se trabalha e como se faz essa relação entre sujeitos (profissionais de saúde e paciente indígena).

Há um consenso entre diversos autores de que estamos vivenciando um período de crise na saúde e que essa crise, de natureza conceitual e da práxis, nos coloca diante de perigos, mas também de oportunidades. Perceber essas oportunidades abertas pela crise, depende de nossa ação e compromisso, sendo necessário o estabelecimento de uma reflexão crítica que não pode ser negligenciada (AYRES, 2009).

Para Ayres, essa reflexão se dá no revisitar filosoficamente a noção de sujeito e seu lugar nas práticas de saúde. Tentando fazer uma aproximação entre o conceito ou noção de sujeito no âmbito das ciências sociais e da saúde, percebe-se que não há uma definição consensual nas ciências sociais, ora se apresentando como sujeito individual, ora coletivo, ora cultural e ora histórico (MINAYO, 2001). Outra questão bastante peculiar é a discussão acerca de conceitos de similitude ao sujeito como subjetividade e inter(subjetividade).

Nesse sentido, podemos entender que esses conceitos residem em âmbito plural de concepções, de “concepções mutantes” (HALL, 2005, p.23). Mas o aprofundamento sobre o tema é extremamente oportuno, por influenciar na forma que produzimos o trabalho em saúde, uma vez que pensar subjetividades é implica pensar “as questões da pessoa humana, da liberdade, da alienação, das forças da luta de classes na história e das forças subjetivas em conflito e confronto pelo domínio dos processos sociais” (MINAYO, 2001, p. 11).

Segundo Hall (2005) as concepções dos sujeitos porque os sujeitos estão localizados na história e por isso estão sujeitas a mudanças fundamentais. Essas diferenciações e conceituações transpostas das ciências humanas para as ciências da saúde estão vinculadas também à noção de sujeito e subjetividades, e aparecem nos discursos e no desenvolvimento da saúde coletiva.

Para Minayo, a “a década de 1990 pode ser considerada a do ‘retorno do sujeito’ como necessário, como ator das reformas, como partícipe, para empreendê-las ou para desviá-las” (2001, p.15) e Ferreira Neto et al vai além quando aponta que a inclusão de sujeito e noção de

subjetividade como questão conceitual, no campo da Saúde Coletiva (nos anos 90), deu-se tardiamente, comparado a outros campos de saberes. Com isso os autores indicam que o “sujeito” no contexto da reforma sanitária emerge como sujeito-ator com um protagonismo histórico, transformador marcado pela luta e pela conquista da construção do SUS.

Num segundo momento, após os ganhos do arcabouço jurídico do SUS o sujeito e as noções subjetivas reaparecem no âmbito do cuidado, na gestão e nas práticas de saúde pela necessidade de qualificar a assistência. Assim, a noção de subjetividade é refletida como estratégia de problematizar a assistência como prática intersubjetiva que transcende construções de projetos para o desenvolvimento das ações em saúde. Nos discursos mais recentes a função do sujeito e o conceito de subjetividade vem aparecendo pelo viés da produção de autonomia nos indivíduos e coletivos envolvidos nas ações de saúde (FERREIRA NETO et al. 2011).

Avançamos no campo da saúde coletiva com os estudos de sujeito e subjetividade, mas progredir no trabalho em saúde emerge no âmbito da práxis, demanda a compreensão e revisão de alguns domínios teóricos e filosóficos como: integralidade, singularidade, reconstrução de identidade, de coprodução em saúde, clínica ampliada dentre outros necessários para o êxito técnico. É revisitando outros domínios teóricos que Ayres (2005, p.23), defende como emergencial que, na consolidação do SUS, que “pensemos muito mais em intersubjetividade que em subjetividade”, pois o sucesso do sistema depende da interação dos sujeitos envolvidos no processo de cuidar.

Os cuidados que se devem ter para com os doentes é como uma *epimeleia* um labor que implica um saber e um cuidar de si para saber e cuidar do outro. Isso exige do profissional de saúde modificações que dizem respeito aos elementos constitutivos da sua subjetividade moral (FOUCAULT, 1985). É necessário qualificar o cuidado em saúde através da percepção de existência do outro, oportunizando a abertura de espaços dialógicos, intersubjetivos, em que co-sujeitos expressam seus conhecimentos, interagindo de modo a possibilitar a construção de uma nova realidade na prescrição de planos terapêuticos.

É o si relatado que constrói a identidade do eu como outro (RICOEUR, 2008, p.106)  
e,

Cada "ato singular" - cada manifestação em forma de linguagem, de diálogo, de discurso - é marcado pela subjetividade, revelando um sujeito que enuncia que se manifesta que toma posição frente a outros discursos através das relações intersubjetivas. A manifestação da subjetividade se dá, então, na singularidade do ato. No entanto, os vestígios deixados pelo locutor em seu discurso não revelam tudo aquilo que o constitui enquanto sujeito - nem



poderiam, visto que o enunciado está inserido em um espaço e um tempo determinado, como resposta a outro enunciado. Nesse sentido a subjetividade se manifesta em atos singulares, no discurso integrado a uma situação real, no "evento" observado, isto é, no discurso integrado a uma situação real, fruto do diálogo de vozes sociais que ecoam na palavra de cada sujeito.

O processo de cuidar intersubjetivo está enraizado numa habilidade mediadora entre o saber e o fazer. Se em cada processo de trabalho pensamos o que fazer e como fazer a partir da relação de nós mesmos com o outro, ponto de discernir de maneira consensual qual tecnologia deverá ser utilizada e sua conveniência, prescrevemos mais cuidados e não regras. Assim, introduziremos relações específicas de comunicação, e sublinharemos o caráter de interação que liga à maioria das práticas. São essas tensões nas escolhas na vida profissional que trazem a oportunidade de renovarmos enquanto sujeitos-valores. Os limites da racionalidade tecnológica ocorrem principalmente nas práticas sociais, em contextos em que a atividade ou o trabalho realiza-se mediante interação pessoal (CAMPOS, 2011, SCHRAIBER 2011, RICOEUR, 2008).

Segundo SCHRAIBER (2011) o sujeito como ponto interativo, crítico e reflexivo da práxis profissional é a chave orientadora de como produzimos cuidados em saúde, pois é através do tipo de relação constitutiva entre sujeitos que se emprega o termo intersubjetividade.

A intersubjetividade produz sujeitos, que são as articulações nas quais, segundo uma estrutura de agregações singulares, se manifesta o sistema das dispersões subjetivas: os sujeitos que no fim, são pensados como os responsáveis pelas transformações sensíveis, com suas competências e destinações, encontram-se a revestir os papéis simulacrais de um sentido do sentido, ao qual a instância intersubjetiva os chama, a fim de poder encontrar, no fora de si, no outro que realiza a alteridade da constituição, em cada enunciador que o enunciatário pode atribuir à intenção enunciativa, uma forma significável da produção do sentido (MARSCIANI, 2014, P.18).

Assim, ao longo desse capítulo, dedicou-se esforços na empreitada de contextualizar a palavra sujeito como oportunidade para recolocá-lo como centro da produção de cuidado. O termo intersubjetividade no processo de cuidar se faz presente como tarefa perene durante todo estudo, como perene também é a sua reinterpretação.

### 3.1 INTERSUBJETIVIDADE NO CUIDADO MATERNO INFANTIL INDÍGENA

Pensar estratégias de ampliação da qualidade dos serviços em saúde, implica pensar em clínica e gestão para a produção de saúde integral à mulher e criança indígena como assuntos indissociáveis. A proposta de humanização no parto é influenciada pelo modelo organizacional, da missão institucional e do envolvimento e adesão dos gerentes e dos

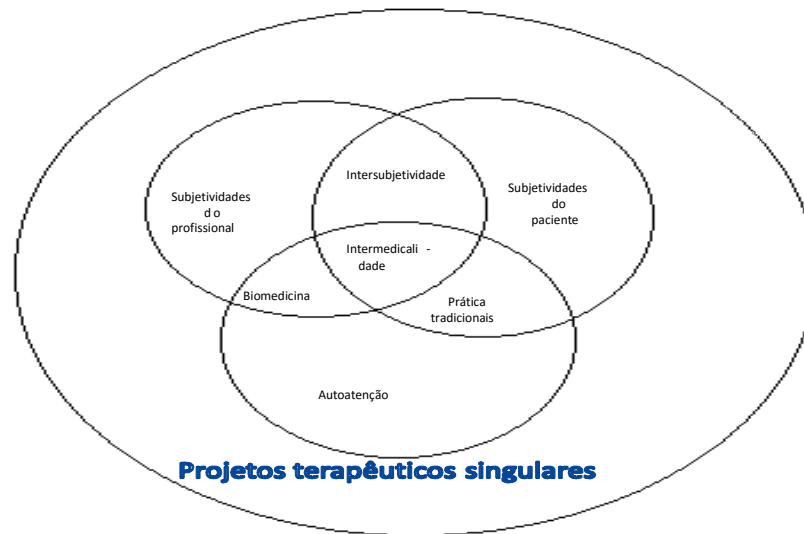
profissionais à proposta. Mas a sua efetiva implantação estará sempre atrelada à insubstituível relação entre a mulher e o profissional de saúde, uma relação entre dois seres humanos e, portanto, sujeita aos inevitáveis aspectos de suas subjetividades (DIAS E DOMINGUES, 2005; ONOCKO-CAMPOS, 2004).

Para lidar com a subjetividade da mulher indígena em seu ciclo reprodutivo e sexual, os profissionais de saúde vivenciam dificuldades que precisam ser transpostas. Essas dificuldades, reveladas na realização do cuidado, foram observadas e analisadas através das entrevistas, pelo silêncio do discurso teórico. Esse silêncio pode ser compreendido, ora advindo da falta de discussão formal durante o processo de formação das (os) profissionais, ora pela ausência de capacitação, educação permanente em serviço na própria instituição hospitalar, o que interfere negativamente no cotidiano da prestação de cuidados ao cliente hospitalizado, no contexto da diversidade sociocultural.

Observa-se que neste estudo, os profissionais realizam sua práxis em uma zona de afastamento que não prioriza a interação e as relações intersubjetivas. O paciente por vezes é visto apenas como um corpo que padece de cuidados e que é totalmente desvinculado do seu ser como pessoa, como sujeito que tem uma dimensão sociocultural e histórica. Ao se referirem especificamente à saúde materna infantil indígena, a dimensão do cuidado é por inúmeras vezes configurado numa dificuldade meramente objetiva: “falar a língua”. A maioria dos entrevistados a considerou como mais importante para vencer as dificuldades durante assistência e assim acolher melhor a paciente indígena. Propuseram serviços de intérprete 24h no hospital.

Se considerarmos o contexto no quais profissionais da saúde e clientes estão inseridos, veremos que há todo um envolvimento cultural, social e histórico permeando possíveis ações intersubjetivas desses profissionais no trato com seus clientes indígenas, que interferem negativamente e (ou) positivamente no sucesso e na qualidade de projetos terapêuticos. É oportuno pensar que o atendimento diferenciado é a possibilidade de estabelecer um espaço intercessor entre o profissional e o cliente que permita vê-lo como singular. Conforme, figura 9:

Figura 9-Diagramação: Atenção diferenciada



Fonte: Autora

No entanto, no encaminhamento das soluções pautadas pelos profissionais para lidar com a singularidade do cliente indígena, os (as) sujeitos deste estudo, utilizam "estratégias" que demonstram a necessidade de tratarmos sobre atenção diferenciada no espaço disciplinado do hospital. Entende-se que não há espaço específico para lidar com as questões que remetam à esfera da subjetividade humana, que é dinâmica e ao mesmo tempo marcada pela história, pela cultura e pela sociedade. Contudo, esta pesquisa mostrou-nos a necessidade urgente de tratarmos do cuidado com as populações indígenas no contexto de internação hospitalar como uma dimensão importante para integralidade na assistência, abordando-a principalmente pelo viés da intersubjetividade.

Analisando as entrevistas como tarefa de discutir estratégias para educação em contexto intercultural no âmbito hospitalar, entendeu-se que alguns profissionais estão longe de práticas intersubjetivas, porém outros já conseguem implementar - em seu processo de cuidar - essas relações intersubjetivas, de maneira incipiente, mas animadora. Neste estudo pude observar que os profissionais que já haviam tido contato com populações indígenas realizavam o processo de cuidar de maneira diferenciada daqueles que nunca tiveram um contato prévio com essas populações antes de trabalharem no HMINSN. Isto levou a pesquisar sobre outros estudos que sustentem a ideia de afetividade nesses encontros – profissional e paciente indígena.

Um estudo realizado por Pereira (2012) intitulado - *Limites, traduções e afetos: profissionais de saúde em contextos indígenas*- percebe que há uma probabilidade de profissionais da saúde que convivem com pacientes indígenas serem afetados abrindo uma possibilidade para uma atitude de escuta do outro, de se insinuarem afecções e afetos que mudam a potência de agir.

Uma prova desse argumento é revelada durante a pesquisa quando mencionado a procura autônoma, de alguns profissionais, por cursos que podem auxiliar na sua produção de cuidado frente à paciente indígena, apontando mais uma vez para a necessidade de educação permanente em saúde, especialmente no contexto intercultural.

A educação permanente em saúde utilizando a perspectiva de Campos (2013) com o método paideia ocupa posição de destaque nos processos de desenvolvimento profissional pela (re)construção de conhecimentos vista por diversos autores como um conjunto de práticas educacionais que objetivam mudanças nos modelos hegemônicos de formação e atenção à saúde, compondo-se de duas vertentes principais: (1) instruir profissionais, tornando-os qualificados e capazes de atender às demandas e às necessidades do usuário do SUS e, principalmente, (2) formar cidadãos comprometidos com a relevância, a efetividade, e a qualidade do seu trabalho e capazes de refletir sobre sua própria inscrição no mundo-“atividades institucionais”- além de propiciar constante troca de experiências, envolvendo toda a equipe e a organização em que está inserida (NORONHA, 2002; PEREIRA, 2003; AMÂNCIO FILHO, 2004; SILVA E SEIFFERTN, 2009).

Diehl e Pellegrini (2014) apontam a necessidade de provisão aos profissionais de saúde dos hospitais públicos de “*conhecimentos antropológicos e culturais*”, por meio de cursos, palestras, oficinas, seminários e encontros, com eficácia e respeito às “*práticas tradicionais*” visando à melhor interação entre as equipes e os diversos especialistas indígenas, bem como a mútua compreensão das diferenças culturais e o respeito às práticas tradicionais (DIEHL E PELLEGRINI, 2014; grifo no original, P. 869).

Nesse sentido propõe-se ao HMINSN uma oficina de educação permanente em nível local, conforme o projeto em ANEXO C. Esse projeto surgiu durante as aulas do mestrado, na disciplina Saúde Educação e Meio Ambiente e da disciplina Saúde e Diversidade Sociocultural na Amazônia e emergiu durante a construção dessa dissertação.

A proposta tem como objetivo, a criação de um espaço no HMINSN para tratar o assunto da diversidade sociocultural pautado nas relações intersubjetivas por se tratar de um campo do saber da saúde coletiva, de uma estratégia para integralidade no cuidado ao cliente indígena hospitalizado. Esta formação diferenciada tem suas bases na área da antropologia da saúde para construção de espaços dialógicos interétnicos na assistência. Espera-se que tal proposta não seja entendido como utópica, mas sim como guia na formação continuada de profissionais no extremo norte do Brasil.

Sabemos que é um caminho longo e árduo a se percorrer, pois também depende do compromisso ético e moral do profissional, bem como de uma mudança institucional de modelo e missão. É oportuno ao HMINSN visualizar suas fragilidades e assim se oportunizar a reinventar o espaço hospitalar onde as normas e os procedimentos necessários se flexibilizem de acordo com a demanda.

Menciona-se a importância de propor para o HMINSN a criação de um fluxograma de acolhimento para paciente indígena (APÊNDICE D) que poderá ser melhorado após a oficina proposta acima mencionada e outras medidas plausíveis e necessárias para que o hospital se torne, efetivamente, referência para essa população no estado de Roraima, e que seja um hospital amigo do índio.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou compreender o trabalho em saúde no contexto intercultural, devido às suas características peculiares na produção de cuidados e por entender que as práticas em saúde são intersubjetivas. Essas práticas versam sobre a valorização dos diferentes sujeitos pela busca do protagonismo e pela autonomia no processo de saúde, doença e atenção. Nessa conjuntura, corresponsabilidade, cogestão, humanização, clínica ampliada com construção de vínculo e de projetos terapêuticos singulares são palavras-ações que convergem e criam espaços intercessores para tratarmos da polissemia do conceito da integralidade na atenção à saúde indígena.

Com objetivo de conhecer a intersubjetividade entre profissionais da saúde, no cuidado à mulher e ao recém-nascido indígenas, hospitalizados no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth, os resultados deste estudo apontam algumas dificuldades no atendimento ao cliente indígena e percepções dos profissionais sobre possíveis reclamações desta demanda, no processo de internação hospitalar. Indicou ainda problemas estruturais e organizacionais que geram obstáculos à efetivação do cuidado integral e humanizado.

Dentre as dificuldades reveladas no estudo, a barreira linguística é a mais destacada nas respostas das entrevistas e conversas informais com os profissionais da saúde. Esses alegam que a insuficiência de comunicação e a negação da informação se devem à ausência de intérpretes 24h. É notório o reconhecimento e a necessidade da “presença” da coordenação indígena com o serviço de intérprete no HMINSN.

No entanto, em meio a esse apelo por partes dos profissionais, por serviços de intérpretes 24h, percebeu-se que esse reconhecimento está vinculado a uma “transferência” de responsabilidade “do cuidar” da paciente indígena para a coordenação indígena. Nesse sentido, a relação entre a coordenação indígena e os demais profissionais da saúde da maternidade é marcada por tensões e conflitos e, por vezes, pelo abandono e invisibilidade da paciente indígena.

Vale destacar que a coordenação indígena é composta por profissionais que não fazem parte do quadro funcional da Secretaria de Saúde do Estado de Roraima (SESAU/RR), sendo estes cedidos pela União, e por terceirizadas que prestam serviços à Secretaria de Saúde do Índio (SESAI) na contratação de recursos humanos. Visualiza-se a necessidade do

fortalecimento da coordenação indígena pela contratação desses profissionais pela SESAU e/ou uma reorganização lotando profissionais que falam a língua indígena nesse setor ou em locais estratégicos como no acolhimento (porta hospitalar) e nas orquídeas (coração da maternidade).

Outras dificuldades relatadas referem-se aos aspectos culturais e ao acolhimento. Na análise do estudo, fica evidente a postura etnocêntrica que rege a maioria das ações e condutas durante o exercício profissional. Contudo, o choque cultural pode servir para aproximar à medida que põe em questão o motivo do “estranhamento” dessa realidade sociocultural por meio do desafio de “desestranhar”; desafiar a conhecê-los e refletir a ciência da saúde que produzimos e praticamos. Esse compromisso pode gerar práticas mais acolhedoras e humanas capazes de alcançar a atenção diferenciada.

Em relação ao termo atenção diferenciada, a pesquisa mostrou que alguns profissionais apresentam um desconhecimento conceitual e prático sobre o termo, o que nos leva a pensar que a dificuldade subcategorizada como “resistência ao tratamento” permeia pela racionalidade que temos de “impor” ou “convencer” o paciente indígena de que a biomedicina é melhor ou superior. Atitudes que negam a existência de outros modelos de atenção à saúde.

Também foi possível identificar e analisar que há qualidades negativas e positivas que sucedem o encontro entre pacientes indígenas e não indígenas. Observou-se que as enfermarias coletivas aparecem como lugar gerador de constrangimento e reforço de estereótipos, onde as pacientes não indígenas se recusam a compartilhar o mesmo quarto com as indígenas, e utilizam diversos recursos de origem “higienista”. Por outro lado este mesmo lugar configura como caridoso cujo sentimento de consternação é impregnado pela visão romântica, em que as pacientes não indígenas se apresentam como salvadoras da aflição das indígenas durante o processo de hospitalização. Nesse contexto, as pacientes não indígenas aparecem mediando as tensões da relação paciente indígena versus profissional da saúde.

O grupo de internadas não indígenas, ensinam ir ao banheiro, utilizar bebedouro, a se deslocar para o Banco de Leite Humano, para a UTI neonatal e em algumas ocasiões chegam a doar roupas para as indígenas e para os recém-nascidos bem como fraldas descartáveis.

Destaca-se que a intermediação dos conflitos entre paciente indígena e profissional da saúde também acontece pela coordenação indígena. Assim, essas intermediações do grupo das internadas e da coordenação indígena, estão ligadas na maioria das vezes, na inflexibilidade

de algumas normas e rotinas hospitalares como na imposição de procedimentos invasivos e não permissão de práticas tradicionais indígenas. Foi possível identificar que a complexidade dessas tensões paira sobre o abuso da autoridade, na supremacia do poder da relação de quem cuida sobre quem é cuidado.

As práticas de saúde durante a internação materna infantil indígena no HMINSN são marcadas por um modelo assistencial de racionalidade biomédica cujas rotinas hospitalares são prioridades, e deixam a paciente em segundo plano; além de fortemente ancoradas numa relação assimétrica entre profissional de saúde e paciente indígena.

O estudo também indicou que as condições estruturais do HMINSN estão correlacionadas com as dificuldades para o atendimento integral da mulher e neonato indígenas. Entre essas condições deficitárias destacam-se o número insuficiente de trabalhadores da saúde para suprir a demanda da maternidade, bem como a ausência de capacitação permanente em saúde, neste caso, saúde indígena.

Outros achados importantes nesta pesquisa foram os discursos reconhecendo a insuficiência da estrutura física da maternidade e a incipiência da estrutura organizacional, apontando para a necessidade de adequação estrutural como enfermarias adaptadas para atender à paciente indígena conforme sua especificidade étnica e cultural. Apesar da Maternidade Nossa Senhora de Nazareth ser o hospital de referência para a população dos DSEI Leste e Yanomami, há ainda um longo percurso para chegar a ser um hospital “modelo” na atenção materna e infantil indígenas. Um passo fundamental nesse caminho é o cumprimento de um acolhimento diferenciado, critério especial de acesso, direito à dieta especial e valorização das práticas tradicionais de saúde.

Considero que a grande barreira a ser transposta para a implementação das políticas públicas, que tratam da saúde da mulher e RN indígenas, residem na dificuldade de compreensão do universo cultural dos povos indígenas, demonstrados por alguns gestores e profissionais os quais resistem em mudar sua postura institucional. O desenvolvimento na práxis de diretrizes dos programas de saúde do Ministério da Saúde, referente à saúde materna e infantil não se limita meramente em aprender falar uma língua ou construir enfermarias adaptadas.

A efetividade da prática em saúde é construída a partir das relações intersubjetivas, sendo essencial refletir qual (is) modelo de atenção à saúde orienta nossas práticas, se o modelo que utilizamos é sempre guiado por certo modo restrito. É possível criar espaços



intercessores entre os modelos de atenção à saúde acomodando as particularidades de cada momento durante as práxis hospitalares, num espaço certo e na ocasião mais adequada. Uma vez que, cada modelo de atenção à saúde tem seu valor e não pode ser pormenorizado.

Desse modo, é oportuno, propor à coordenação da educação permanente e ao grupo de humanização do HMINSN fomentar a criação de oficinas que sensibilizem profissionais para atuarem em contexto intercultural e desenvolver, na instituição, espaços dialógicos, como as rodas com a metodologia de apoio paideia. Certa possibilidade seria de alavancar questões relevantes como: acolhimento ao indígena; práticas de cuidado intersubjetivo, projetos terapêuticos singulares.

Esperamos que as reflexões que iniciamos possam indicar a potencialidade das noções de sujeito na saúde coletiva e na clínica, no que diz respeito ao processo de cuidar materno infantil indígena. Não foi nosso objetivo fornecer a "melhor" definição desses conceitos, mesmo porque, como dissemos, a falta de uma definição consensual dificultaria esse trabalho. E mesmo após muitas discussões, talvez cheguemos à constatação de que não há conceitos completamente estáveis.

Além disso, como se trata de um trabalho que ainda cabe discussão por não ter a oportunidade, de entrevistar as pacientes indígenas, aprofundando o conhecimento etnográfico; optamos por priorizar alguns temas em detrimento de outros, a fim de dar conta, neste momento, dos objetivos aqui propostos. Mas há certamente outros ainda a serem explorados. Enfim, ao contrário das respostas que se poderia esperar de um trabalho desta natureza, o que constatamos é que nossas perguntas iniciais geraram novas indagações sobre a constituição da intersubjetividade no processo de cuidar da mãe e RN indígenas no período de internação hospitalar.

Por fim, acredito que este trabalho pode contribuir com algumas reflexões teóricas, registro de informações e abre possibilidades para investigações futuras no campo da saúde coletiva para atenção à população indígena na rede hospitalar; bem como oferece oportunidade ao HMINSN, através de proposta de intervenção, para qualificação dos profissionais que atuam em contexto intercultural possibilitando redesenhar a forma como produzimos saúde numa maternidade do extremo norte do Brasil.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. M. **Pequena história da formação social brasileira**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- AMÂNCIO FILHO A. Dilemas e desafios de formação profissional em saúde. **Interface**. 15(8): 375-80, 2004.
- ARTMANN, E; AZEVEDO, C S; SÁ, M C. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. **Caderno Saúde Pública**, v. 13, n. 4, p. 723-740;1997.
- ARCHANJO, J. V. L.; BARROS, M. E. B. de. **Política Nacional de Humanização: reafirmando os princípios do SUS**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional na área da Saúde) - Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2010.
- ATHIAS R; MACHADO M. A saúde indígena no processo de implantação dos distritos sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Caderno Saúde Pública**.17(2):425-32; 2001.
- AYRES, J.R.C.M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.549-60, 2005.
- AYRES, J.R.C.M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. ABRASCO, 1 ed. Rio de Janeiro,2009.
- AZEVEDO, M. Saúde reprodutiva e mulheres indígenas do alto rio negro. **Caderno CRH**, Salvador, v.22, n. 57, p. 463-477, Set./Dez. 2009.
- BANDEIRA, L e BATISTA, A. S. Preconceito e discriminação como expressões de violência. **Revista Estudos Feministas**. Copyright 2002.
- BARBOSA, M. A. R. S.; TEIXEIRA, N. Z. F.; PEREIRA, W. R.. Consulta de enfermagem – um diálogo entre os saberes técnicos e populares em saúde. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 226-9, 2007.
- BARDIN, L.. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BISSERA RS. **Ainda estamos vivos: uma etnografia da saúde Sanumá** [Tese de Doutorado]. Brasília: Programa de Pós-graduação em Antropologia, Universidade de Brasília; 2006.
- BOLTANSKI, L.. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília; 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]; Seção I, Pt. 1, p. 18055-5920, 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.. Disponível em: <http://www.soleis.adv.br/suscomunidade/recursos.htm>.

BRASIL. **Portaria nº 545**, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS no 01/93. Disponível em: [http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/gest/GM\\_P545\\_93gest.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/gest/GM_P545_93gest.doc)

BRASIL. **Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2: ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002a.

BRASIL/Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Desenvolvimento do sistema Único de Saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. **Portaria nº 70/GM** Em 20 de janeiro de 2004. Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Disponível em < [http://ccr6.pgr.mpf.gov.br/institucional/grupos-de-trabalho/saude/docs\\_legislacao/portaria%2070\\_04.pdf](http://ccr6.pgr.mpf.gov.br/institucional/grupos-de-trabalho/saude/docs_legislacao/portaria%2070_04.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL/Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde: agenda positiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2ª edição. Brasília, DF, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1ª edição, 2ª reimpressão. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2ª edição. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011b.

CALDART, R. V. **Morbidade hospitalar materno-infantil Yanomami, Brasil (2008-2012)**. Dissertação de mestrado da universidade federal de Roraima, 2014.

CAMPOS, C. E. A.O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência saúde coletiva**. Vol. 8, n.2, pp. 569-584, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec. 2000.

CAMPOS, G. W.S. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 4 n. 1, p. 19-31, 2006.

CAMPOS G.W.S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Ciência Saúde Coletiva**; 16(7)3033-3040. 2011.

CAMPOS, G.W. S Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 148-168, abr. 2012.

CAMPOS, G.W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: Teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In **Tratado de saúde coletiva**. CAMPOS G. W. S. et al. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAMPOS, G.W. S; DOMITTI A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fevereiro, 2007.

CAMPOS, G.W.S; AMARAL,M.A.A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(4):849-859, 2007.

CARDOSO, M. D. (org) **saúde indígena: políticas comparadas na américa latina**. Florianópolis: Ed. UFSC, 247-278p. 2015.

CAROTTA F, KAWAMURA D, SALAZAR J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saúde e Sociedade**. 18(supl.1): 48-51, 2009.

CARVALHO M. A. P., ACIOLI S., STOTZ E. N.. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação do ponto de vista popular. In: CECCIM R. B.. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**. 2005.

CECCIM, R. B.; MERHY, E. E.. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Vol. 13, p. 531-42, 2009.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência e saúde coletiva**. vol.14 supl.1 Rio de Janeiro. 2009.

COIMBRA JR., CEA; SANTOS, RV; ESCOBAR, AL (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Abrasco, 2003.

COIMBRA, J. R. C.; GARNELO, L. Questões de Saúde Reprodutiva da Mulher Indígena no Brasil. In: Monteiro S, Sansone L, organizadores. **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.

COMAROFF, J. Introduction. In: **Body of power, spirit of resistance: The culture and history of a South African people**. Chicago: University of Chicago Press, pp. 1-14, 2013.

CONFALONIERI, U. E. C. O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. **Caderno Saúde Pública**, v. 5, n. 4, p. 441-450, 1989.

CONNELLY, F. M.; CLANDININ, D. J. Relatos de experiência e investigação narrativa. In: LARROSA, Jorge. (org.). **Déjame que te cuente: ensayos sobre narrativa y educación**. Barcelona: Editorial Laertes, p. 11-59, 1995.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.7-14, 2004.

DIAS M. A. B e DOMINGUES R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência e saúde coletiva**, 10(3): 669-705, 2005.

DIAS-SCOPEL, R. P. **Cosmopolítica da gestação, parto e pos-parto: Práticas de autoatendimento e processo de medicalização entre os índios Munduruku**. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis, SC, 2014.

DIEHL, E. **Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os Kaingang** (Terra Indígena Xaçupé, Santa Catarina, Brasil). Tese de Doutorado, Coordenação de Pós-Graduação da Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

DIEHL E.E, PELLEGRINI M.A. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(4):867-874,2014.

DINIZ C.S.G. Humanização da Assistência no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência Saúde Coletiva**. 2005.

DRUCK, G. e FRANCO, T. (orgs). **A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização**. SãoPaulo: Boitempo, 2007.

ESCOBAR, A. L.; SANTOS, R. V.; COIMBRA Jr., C. E. A. Avaliação nutricional de crianças indígenas Pakaanóva (Wari), Rondônia, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 3(4): 457-61. 2003.

FERREIRA, L. O. **Projeto Valorização e adequação dos sistemas de Parto Tradicionais das etnias do acre e do Sul do Amazonas**. Produto de consultoria Pnud, projeto Vigisus II. Brasília, (Área de Medicina Tradicional Indígena) 2004.

FERREIRA, L. O. **Entre discursos oficiais e vozes indígenas sobre gestação e parto no Alto Juruá: a emergência da medicina tradicional indígena no contexto de uma política pública**. 2010. 256 p. Tese (doutorado em antropologia) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

FERREIRA, L. O. **O desenvolvimento participativo da área de medicina tradicional indígena**, Projeto Vigisus II/Funasa. *Saúde e Sociedade*, v. 21, nº 1, 2012.

FERREIRA, L. O. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, 2013.

FERREIRA, L. O. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 2013b.

FERREIRA, L. O.; OSORIO, P. **Medicina Tradicional Indígena em Contextos**. In: REUNIAO DE MONITORAMENTO, 1, 2007, Brasília: projeto Vigisus II. Funasa, 2007.

FERREIRA NETO J. L.; KIND, L.; PEREIRA, A. B.; REZENDE, M. C. C.; FERNANDES, M. L. Usos da noção de subjetividade no campo da Saúde Coletiva. **Caderno Saúde Pública**. vol. 27 nº 5 Rio de Janeiro, 2011.

FERREIRA S. M. I. L.; PENTEADO M. S.; M. F. SILVA JÚNIOR. Território e territorialidade no contexto hospitalar: uma abordagem interdisciplinar. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.22, n.3, p.804-814, 2013.

FEUERWERKER L. C. M. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação/Org. Laura Camargo Macruz Feuerwerker. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FIGUEIREDO M.D, CAMPOS G.W.S. O apoio Paideia como metodologia para processos de formação em saúde. **Interface** ,Botucatu, 2014.

FOLLÉR, M. L. Intermedialidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, Jean & GARNELO, Luiza (orgs.). **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. RJ, Contra Capa/ABA, 2004.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**; v.13, n.3, p.30-5, 2004.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade III**. (O cuidado de si). Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. FUNASA. **Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira** / Renato Minoru Yamamoto (organizador); promovido pela Sociedade Brasileira de Pediatria. - Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. FUNASA. **Educação profissional básica para agentes Indígenas: módulo introdutório**. Brasília: Fundação nacional de saúde, 2005 a.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. FUNASA.. **Relatório Final da Oficina de Lideranças de Mulheres Índias sobre a Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança Índia**. Brasília: FUNASA/Ministério da Saúde, 2005b.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. FUNASA. **Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena** / Fundação Nacional de Saúde. - Brasília: Funasa, 2009.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). **Boletim informativo especial**. vol8. Abril de 2009.

FURASTÉ, Pedro Augusto. **Normas Técnicas para trabalho científico; Elaboração e Formatação**. Explicação Normas da ABNT-15.ed.-Porto Alegre: s.n. 2009.

GARNELO, L & PONTES, AL. (Orgs.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012.

GARNELO, L; MACEDO, G; BRANDÃO, LC. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.

GEERTZ, C. **Interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1989.

GIL, L. P. **Relatório Etnográfico Parcial do Projeto Valorização e Adequação dos Sistemas de Parto Tradicionais das Etnias Indígenas do Acre e Sul do Amazonas**. 2º Produto de Consultoria Área de Intervenção Medicina Tradicional Indígena, Subcomponente II – Ações Inovadoras em Saúde, Projeto Vigisus II/Funasa. Brasília: Olhar Etnográfico, 2006.

GIL, L. P. **Possibilidades de articulação entre os sistemas de parto tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde no Alto Juruá**. In: FERREIRA, Luciane Ouriques; OSORIO, Patrícia Silva (Org). Medicina tradicional indígena em contextos. Anais da I Reunião de Monitoramento do Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Projeto Vigisus II, Coordenação Técnica, Área de Medicina Tradicional Indígena. Brasília, p. 23-36, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIMENO, S. G. A. et al. **Perfil metabólico e antropométrico de índios Aruák: Mehináku, Waurá e Yawalapití**, Alto Xingu, Brasil Central, 2000/2002. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1946-1954, 2007.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 8ª ed. 2010.

GOMES R, Mendonça EA, Pontes ML. As representações sociais e a experiência da doença. **Caderno de Saúde Pública** 2002.

GOMES, A. M. T; OLIVEIRA, D. C; MARQUES, S.C. A representação social do trabalho do enfermeiro na programação em saúde. **Psicologia: Teoria e Prática**, ed. especial, p.79-90, 2004.

GUSMÃO, N. M. M. Antropologia, Estudos Culturais e Educação: desafios da modernidade. **Pro-Posições**, v. 19, n. 3, 2008.

HALL, S.A **identidade cultural na pós-modernidade**. 10 ed., Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 5ª ed. Porto alegre: Artmed, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Censo Demográfico 2010: Resultados preliminares**. Disponível: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em 20 de março de 2014.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. **Povos indígenas no Brasil**. Disponível em: <http://www.socioambiental.org/PIB/português/quonqua/ondeestão/indexon.html>. Acesso em: 02 de novembro de 2014.

ISA - INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. **Povos indígenas no Brasil: população indígena no Brasil**. São Paulo, 2012. Disponível em:



<<http://pib.socioambiental.org/pt/c/0/1/2/populacao-indigena-no-brasil>>. Acesso em: 2 abr. 2014.

ISA. **Povos Indígenas no Brasil**. Disponível em: <<http://pib.socioambiental.org>>. Acesso em 4 de dezembro de 2014.

KALCKMANN, S. et al. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS?. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 146-155, aug. 2007.

KLEINMAM, A. M. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: University of California Press, 1980.

LANDIM, F. L. P. et al. Uma reflexão sobre as abordagens em pesquisa com ênfase na integração qualitativo-quantitativo. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Volume 19, nº1, p. 53-58. 2006.

LANGDON, E. J. A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. **Antropologia em primeira mão**. Vol. 12, p. 1-14. Florianópolis: Editora da UFSC, 1996.

LANGDON, E. J. **Xamanismo no Brasil: Novas Perspectivas**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1996.

LANGDON, E. J. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In Langdon EJ, Garnelo L, organizadores. **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa/ABA, p. 33-51, 2004.

LANGDON, E. J. Diversidade cultural e os desafios da política brasileira de saúde do índio. **Saúde e sociedade**, 16 (2):7-12, 2007.

LANGDON, E. J. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, 19 (4):1019-1029, 2014

LEININGER MM. **Overview of the theory of culture care with the etnonursing research method**. Jour. Transcultural Nursing 1997 Apr-Jun; 8 (2): 32-52.

LUNARDI RR. **Morbidade hospitalar de indígenas Xavante no Distrito Sanitário Especial Indígena Xavante de Mato Grosso (1998-2002)** [dissertação mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2004.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação, educação em saúde e as propostas do SUS-uma revisão conceitual. **Ciências e saúde coletiva**. 12(2): 335-342, 2007.

MAGALHÃES, E. D. **O Estado e a Saúde Indígena: a experiência do Distrito Sanitário Yanomami**. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília. Brasília, 2001.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde - revendo alguns conceitos. – **REME. Revista. Mineira de Enfermagem.**, 7(1):61-66, jan./jul., 2003

- MANDÚ, E. N. T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 665-675, 2004.
- MARSCIANI, F. **Subjetividade e intersubjetividade entre semiótica e fenomenologia. Galaxia**. São Paulo, n. 28, p. 10-19, dez. 2014.
- MARTINS, V. P. A humanização e o ambiente físico hospitalar. In: CONGRESSO NACIONAL DA ABDEH, 1, 2004. **Anais**. ABDEH, 2004.
- MASLOW, A. H. **Motivación y personalidad**. Barcelona: Ed. Sagitário; 1954.
- MAUSS, M. **Sociedade e antropologia**. São Paulo: Cosac e Naify, 2003.
- MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública**. 20(5):1411-6; 2004.
- MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; PINTO, I. C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Caderno Saúde Pública**, v. 17, n. 1, p. 233-241, 2001.
- MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. 3ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2009.
- MCCALUM, C. O corpo que sabe: da epidemiologia kaxinawá para uma antropologia medica das terras baixas sul-americanas. In: ALVES, P. C. e RABELO, M. C. (Org) **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará. Editora Fiocruz, 1998.
- MENDONÇA, S. B. M. Relação médico-paciente: valorizando os aspectos culturais e a medicina tradicional in: **Manual de Atenção à Saúde da Criança Indígena Brasileira**, FUNASA, Brasília, 2004.
- MENDONÇA, S. B. M. **Saúde indígena: distâncias que aproximam**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, DF, 2010.
- MENÉNDEZ, E. L. **Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y Ciências da Saúde Coletiva articulaciones prácticas**. Vol. 8, 2003.
- MENÉNDEZ, E. L. **Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva** /Eduardo L. Menendez; tradução de Damian Kraus, Mariel Zasso. -São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 437p. (saúde em debate; n.200). 2009.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: **Agir em Saúde. Um Desafio para o Público** (E. E. Merhy & R. Onocko, org.), pp. 71-112, São Paulo: Editora Hucitec. 1997a.
- 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)**, p. 125-142. In: SMF Teixeira - Democracia e Saúde a Luta do Cebes. Lemos, São Paulo. 1997b.

- MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Agir em Saúde. **Um Desafio para o Público** (E. E. Merhy & R. Onocko, org.), pp. 197-228, São Paulo: Editora Hucitec. 1997c.
- MERHY, E. E. **O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador**. Cadernos do Centro de Estudo Hospital Cândido Ferreira. Campinas, 1998a.
- MERHY, E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde**. In CR Campos et al. (orgs.) - Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte Reescrevendo o Público. Xamã, São Paulo. 1998b.
- MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias. **Ciência e Saúde Coletiva**; 4:305-29, 1999.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2009.
- MERHY, E. E. Um dos Grandes Desafios para os Gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção in: Merhy et al, “**O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**”; São Paulo, HUCITEC, 2003.
- MICHALISZYN, M. S; TOMASINI. **Pesquisa: orientações e normas para elaboração de projetos, monografias e artigos e científicos**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2005.
- MINAYO, M. C. S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciência, Saúde Coletiva** 2001.
- MINAYO, M. C. **Contribuições da Antropologia para pensar e fazer saúde**. In CAMPOS, G. W. S et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2013.
- MINAYO, M. C. S; MIRANDA, A. C. **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2002.
- MINAYO, M. C. S. et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S; ASSIS, S. G; SOUZA, E. R, organizadores. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro, fiocruz, 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE Relatório final da **IX Conferencia Nacional de Saúde**. Brasília: 1992.
- MONTANHA D. , PEDUZZI M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Revista Escola de Enfermagem** ,2010; 44(3):597-604.
- MONTICELLI, M. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias no contexto do nascimento hospitalar: uma etnografia de alojamento conjunto** [tese]. Florianópolis (SC): UFSC/PEN; 2003.
- MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**. Petrópolis/ RJ: Vozes, 2004.
- NORONHA, A. B.; SOPHIA, D.; MACHADO, K. **Formação profissional em saúde**. Radis 2002.

ODENT, M. **O camponês e a parteira**. São Paulo: Editora Ground, 2003.

OLIVEIRA, R. P. Antropologia e filosofia: estética e experiência em Clifford Geertz e Walter Benjamin. **Horizontes antropológicos**. vol.18 n.37, Porto Alegre, 2012.

OLIVEIRA, J.S. **Humanização em saúde: arquitetura em enfermarias pediátricas**. 2012. 195 f. : il. Dissertação (Mestrado em Ambiente Construído) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

ORELLANA, J. D. Y.; BASTA, P.C.; SANTOS, R. V.; COIMBRA Jr., C. E. A. Morbidade hospitalar em crianças indígenas Suruí menores de 10 anos, Rondônia, Brasil: 2000 a 2004. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 7(3): 281-87. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Trabalhando juntos pela saúde: Relatório Mundial de Saúde 2006**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

ONOCKO-CAMPOS, R. Mudando os processos de subjetivação em prol da humanização da assistência. **Ciência e Saúde Coletiva**. 9(1): 23-25. 2004.

OLIVEIRA, J. S. **Humanização em saúde: arquitetura em enfermarias pediátricas** /Dissertação (Mestrado em Ambiente Construído)–Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

PAIVA, A. C. S. **Sujeito e laço social: a produção e subjetividade na arqueogenealogia de Michel Foucault**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

PANTOJA, L. N. **Estado nutricional de crianças indígenas menores de cinco anos do DSEI Yanomami, Roraima, Brasil**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, 2012.

PELLEGRINI, Marcos A. As equipes de saúde diante das comunidades indígenas: reflexões sobre o papel de antropólogo nos serviços de atenção à saúde indígena. In: LANGDON E.J; GARNELO L. **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: ABA/ Contra Capa, 2004. p. 233-243.

PEREIRA P.P.G. Limites, traduções e afetos: profissionais de saúde em contextos indígenas. **Mana** 18:511-38; 2012.

PEREIRA, E. R.; BIRUEL, E. P.; OLIVEIRA, L. S. S.; RODRIGUES, D. A. A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.23, n.3, p.1077-1090, 2014.

PEREIRA, T. T. S. O.; BARROS, M. N. S.; AUGUSTO, M. C. N. A. O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco. **Mental** - ano IX - nº 17 - Barbacena-MG, - p. 523-536, 2011.

PEREIRA A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa na ciência da saúde. **Caderno de Saúde Pública**. 19(5): 1527-34, 2003.

POPE, C.; MAYS, N. **Métodos qualitativos na pesquisa em saúde**. In. Pope C, Mays N, organizadores. 3ª ed. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed; 2009.

- RAMOS, J. L. C.; MENEZES, M. R.. Cuidar de idosos com doença de alzheimer: um enfoque na teoria do cuidado cultura. **Revista Rene**, 805-815, 2012.
- RANZI D. V. M. MARQUES H. R. O Desenvolvimento da Política Nacional de Humanização em Nova Alvorada do Sul – MS – Brasil. **Revista Vozes dos Vales da UFVJM: Publicações Acadêmicas – MG – Brasil**, 2013.
- RANZI, D. V. M.; ORTIZ, S.; SANTOS, C. M. F. Superação, humanização e desenvolvimento local: Programa de Acolhimento no atendimento hospitalar aos Indígenas de Dourados. **Revista Arandu** (Dourados), v. 59, p. 5-15, 2012.
- REMORINI, C.; PALERMO, M. L. Salud materno infantil y politicas publicas para pueblos originários: reflexiones a partir de uma investigacion etnográfica In: LANGDON, E. J.;
- RICOEUR, P. O si-mesmo como um outro. **Letras Hoje**. Porto Alegre, v.43, n.4, 2008. ]
- ROAZZI, A.; FEDERICCI, F. C. B. A Questão do Consenso nas Representações Sociais: Um estudo do Medo Entre Adultos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 23, n.1, 2002.
- SAMPAIO, A. V. C. F.; CHAGAS, S. S. Avaliação de conforto qualidade de ambientes hospitalares. **Gestão & tecnologia de projetos**, v. 5, n° 2, 2010.
- SANTAMARIA, E. Do conhecimento de próprios e estranhos (disquisições sociológicas). In: **LARROSA, J.; LARA, N. P. de. (Org.). Imagens do outro**. Petrópolis: Vozes, 1998.
- SCHRAIBER, L. B. Quando o ‘êxito técnico’ se recobre de ‘sucesso prático’: o sujeito e os valores no agir profissional em saúde. **Ciência saúde coletiva**; 16(7): 3041-3042; 2011.
- SEIXAS, R. **Metamorfose ambulante**, Álbum – Krig – Ha, Bandolo, 1973. Disponível em: <http://letras.terra.com.br/raul-seixas/48317/>. Acesso 3 de agosto de 2016.
- SERRA, C. G.; RODRIGUES P. H. A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência e saúde coletiva** vol.15 supl.3 Rio de Janeiro Nov. 2010.
- SILVA, G. M.; SEIFFERT, O. M. L. B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2009.
- SILVA, L. S. **Práticas e cuidados em saúde reprodutiva de mulheres da etnia Kambiwá** / Leonildo Severino da Silva. – Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, Salvador, 2014.
- SILVA, L. M. V; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: Limites e perspectivas. **Caderno de saúde Pública**, 10(1): 80-91, jan/mar, 1994.
- SMELTZER, S.; BARE B. **Brunner & Suddart - Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10 ed. Guanabara koogan: Rio de Janeiro, 2006.
- SODRÉ, T. M.; BONADIO, I. C.; JESUS, M. C. P; MERIGHI, M. A. B. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. **Texto, Contexto, Enfermagem**, Florianópolis, 2010.

SOUZA, W. S.; MOREIRA, M. C. N. **A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate.** *Interface - Comunicação, Saúde, Educação.* Botucatu, 2008.

TEMPESTA, G. A. **A produção continuada dos corpos. Práticas de resguardo entre os Wapichana e os Macuxi em Roraima.** Dissertação de mestrado – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas, SP: [s.n.], 2004.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização: etnografia de uma maternidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Fiocruz, n. 19, 2003.

TUAN, Yi-Fu. **Espaço e lugar: a perspectiva da experiência.** São Paulo: Difel, 1983.

VASCONCELOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede populares saúde.** São Paulo: Editora Hucitec; 2001.

VILAÇA, A. O que significa tornar-se outro? Xamanismo e contato interétnico na Amazônia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais** - Vol. 15 nº44, 2000.

VIEIRA, E.M. **A medicalização do corpo feminino.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002

## **GLOSSÁRIO**

**APOIO MATRICIAL:** Refere-se a uma metodologia de trabalho que tem por característica a retaguarda de uma equipe especializada, capaz de oferecer tanto suporte técnico-pedagógico, quanto assistencial. Tal apoio depende da "construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias" entre os componentes da equipe de apoio e a equipe de referência.

**EQUIPE DE REFERÊNCIA:** É aquela que "(...) tem a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário", ou seja, a equipe que se responsabiliza pelo caso ao longo do tempo, longitudinalmente, a semelhança das ações desenvolvidas. Possibilita a criação de vínculos entre profissionais e usuários, essencial para a condução dos problemas de saúde dentro de certo campo de conhecimento.

**EPIMELEIA:** O termo epimeleia não designa simplesmente uma preocupação, mas todo um conjunto de ocupações trata-se de epimeleia quando se fala para designar as atividades do dono da casa, as tarefas de um príncipe que vela por seus súditos, os cuidados que se devem ter para com um doente ou para um ferido ou ainda as obrigações que se prestam aos Deuses ou aos mortos.

**FOLLOW-UP:** Segundo o manual do método canguru os serviços que atendem bebês pré-termo devem organizar um programa de seguimento – follow-up – com retornos regulares aos 2, 4, 9, 12, 18, 24 meses pelo menos. Assim o crescimento e desenvolvimento global podem ser acompanhados. Nesse acompanhamento devem ser incluídas reavaliações oftalmológicas e auditivas funcionais e solicitados exames pertinentes a cada caso. Por ocasião da alta da 3ª etapa, os serviços que ainda não possuem um programa de acompanhamento deverão encaminhar o bebê para uma unidade que possa recebê-lo centro de referência ou ambulatório da rede básica.

**IMPENSAR:** É refletir de modo a explicitar as condições e os modos que constantemente informam, mobilizam, dispõem, estruturam e instituem nossa percepção, nosso modo particular de olhar os seres e as coisas e conseqüentemente a formulação epistêmica que orienta nossas ações e pensamentos. Pôr em questão o conhecimento que produzimos e a ciência que praticamos.

**MÉTODO CANGURU:** O método canguru foi criado na Colômbia, a partir da observação feita nos marsupiais, cuja fêmea tem o hábito de manter o bebê recém-nascido próximo de si, é uma prática destinada principalmente aos RN pré prematuro com o objetivo de garantir o fortalecimento de vínculo e incentivo para o aleitamento materno culminando no seu bom desenvolvimento, dentre as práticas utilizada pelo método destaca-se a posição canguru que é permanência dos mesmos algumas horas por dia junto ao corpo da mãe ou do pai, alternado com o período nas incubadoras. Em 2000, o Ministério da Saúde brasileiro tem recomendado sua aplicação nas unidades do SUS, como processo de humanização da assistência aos recém-nascidos baixo peso.

**MÉTODO PAIDEIA:** O Método Paideia busca o aperfeiçoamento de pessoas e instituições. O método objetiva aumentar a capacidade de compreensão e de intervenção das pessoas sobre o mundo e sobre si mesmo, contribuindo para instituir processos de construção de sociedades com grau crescente de democracia e de bem-estar social. Através de três critérios fundamentais: 1-Reconhecer que uma das finalidades principais da política, da gestão e do trabalho humano é a construção de bem-estar e de justiça social; 2- Assegurar ao indivíduo e à coletividade a possibilidade de expressão dos desejos, interesses e valores particulares ou singulares com a máxima liberdade. 3- Assegurar a resolução de conflitos e a elaboração de contratos entre interesses e valores diferentes sem ou “com menor” uso da violência, mas graças ao uso de instrumentos de convencimento e de negociação .Propõe trazer para o centro da discussão a repercussão de cada ação sobre a vida humana a reflexão sobre a prática é um excelente instrumento para diminuir as resistências estruturais de cada sujeito. A criação de Rodas – espaços coletivos – entre sujeitos implicados com o projeto é um passo metodológico importante, dessa interação é que deveriam surgir os problemas prioritários a serem enfrentados: alguns ofertados pela equipe profissional e outros demandados pelos próprios usuários. O trabalho em saúde, seja clínico ou preventivo, objetiva alterar uma situação considerada inadequada; aposta em um devir, em um processo de mudança. Implica, portanto, a intervenção ativa de sujeitos que irão mobilizar recursos para alterar a situação negativa. Assim, o apoio Paideia é, portanto, uma metodologia para a formação de pessoas, objetivando a ampliação de sua capacidade de analisar e de intervir sobre o mundo.

**REDE CEGONHA:** A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento



reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. E tem como princípios: I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; III - promoção da equidade; IV - o enfoque de gênero; V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; VI - a participação e a mobilização social; e VII - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados

**TECNOLOGIAS EM SAÚDE:** As tecnologias podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura. Todas tratam a tecnologia de forma abrangente, mediante análise de todo o processo produtivo, até o produto final. As tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturado, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais. A adoção das tecnologias leves no trabalho em saúde perpassa os processos de acolhimento, vínculo e atenção integral como gerenciadores das ações de saúde.

**TEORIA DA NECESSIDADE HUMANA:** um conjunto de cinco necessidades: 1- necessidades fisiológicas (básicas), aquelas diretamente relacionadas à existência e a sobrevivência do ser humano tais como a fome, a sede, o sono, o sexo, a excreção, o abrigo; 2-necessidades de segurança, as necessidades relacionadas à proteção individual contra perigos e ameaças tais como: saúde, trabalho, seguro, previdência social e ordem social; 3 estão relacionadas à vida em sociedade, englobando as necessidades de convívio, amizade, respeito, amor, lazer e participação, referindo-se à necessidade de afeto das pessoas, tais como amigos, noiva, esposa e filhos; 4-necessidades de estima, guardam relação com a auto-satisfação, tais como: independência, apreciação, dignidade, reconhecimento, igualdade subjetiva, respeito e oportunidades, referindo-se à uma auto-avaliação estável, bem como, uma auto-estima alta conduzindo a sentimentos de autoconfiança, valor, força, capacidade, suficiência e utilidade ao mundo; 5-necessidades de auto-realização

**MICROPOLÍTICA DO TRABALHO EM SAÚDE:** Micropolítica, entendida como o processo de produção de subjetividades a partir das relações de poder, como decisivo para se pensar a gestão, a produção do cuidado e a formação na área da saúde. O processo de trabalho em sua micropolítica encontra-se num cenário de disputa entre forças instituídas, fixadas pelo trabalho morto, e outras que operam no trabalho vivo em ato, que se encontram nos processos imaginários e desejantes. Vale ressaltar dois conceitos importantes: "trabalho vivo" - refere-se

ao trabalho em ato, o trabalho criador; o "trabalho morto" - refere-se a todos os produtos-meios (ferramentas, matérias primas) que são resultados de um trabalho humano anterior e o homem os utiliza para realizar um dado trabalho. Quando o "trabalho vivo" é capturado, de tal forma que o homem não consegue exercer nenhuma ação de forma autônoma, ele se torna "trabalho morto". Outra noção na micropolítica do trabalho em saúde é a do "ruído". Este conceito parte da ideia de que, cotidianamente, ocorrem processos silenciosos nas relações entre os agentes institucionais até o momento em que esta lógica funcional é rompida. A ruptura desta lógica normalmente é entendida como uma disfunção, um desvio do normal, estes "ruídos", entretanto, devem ser percebidos como processos instituintes que abrem possibilidades de interrogação sobre o modo instituído e mostram distintos modos de caminhar.

Lista elaborada utilizando conceitos e descrições de diversas fontes Maslow (1954); Merhy (1997; 2009); Coelho e Jorge (2009); Regis e Porto(2011); Malta e Merhy(2003); Feuerwerker (2014); Brasil(2011b); Campos( 2013); Santamaria (1998), Foucault, (1985), com todos direitos autorais preservados.

**APÊNDICE A-** Roteiro para orientação de entrevista não estruturada.**PARTE I**

Idade:

Sexo:

Naturalidade

Profissão:

Há quanto tempo:

Quanto tempo está em Boa Vista:

Quanto tempo trabalha no HMINSN:

**PARTE II**

1. Qual foi seu primeiro contato de assistência a indígena?
2. Tem alguma situação específica que aconteceu com você e um indígena durante seu trabalho que queria comentar?
3. Quais as principais dificuldades que encontra para atender a um indígena?
4. Quais as principais reclamações dos indígenas referentes ao seu processo de hospitalização?

**APÊNDICE B**-Termo de consentimento livre e esclarecido de participação em pesquisa

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa **Internação hospitalar materna e infantil indígena: a intersubjetividade no processo do cuidar**, sob a responsabilidade da pesquisadora Dr. Marcos Pellegrini e sua orientanda de pós-graduação Karina Brasil Wanderley, a qual pretende conhecer a qualidade das relações entre profissionais da saúde, a mulher e recém-nascido indígena hospitalizado no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN). Sua participação é voluntária e se dará por meio de conversas informais e entrevistas livres não estruturadas, que poderão ser gravadas por aparelho multimídia, para depois serem transcritas, onde o participante poderá escutar no final da entrevista e alterá-las. Poderá haver encontros quando pesquisador e pesquisado permitirem. As gravações serão guardadas por cinco anos e depois a partir da data será descartada. Não há risco de integridade física e nem moral sua participação na pesquisa. Se você aceitar participar, estará contribuindo para Reflexões sobre os cuidados da saúde a populações indígenas. Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Av. Cap. Ene Garcez, 2413, UFRR, Campus Paricarana, PROCISA ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFRR.

Consentimento Pós-Informação

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

## **APÊNDICE C-** Proposta de intervenção pedagógica em práticas de saúde no contexto intercultural

A gestão de recursos humanos tem sido reconhecida, tanto no âmbito internacional quanto nacional, como um componente crítico para assegurar a eficiência, eficácia e efetividade dos serviços de saúde. A Educação Permanente (EP) é entendida como ferramenta de gestão da Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas. É componente imprescindível para a construção das mudanças almejadas e da qualidade dos serviços prestados à população (BRASIL, 2007).

A Política Nacional de Educação Permanente criada em 2003 é uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde com a finalidade de formar e capacitar profissionais da saúde para atuarem efetivamente nas necessidades populacionais, desse modo à política deve considerar as especificidades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (BRASIL, 2006, p. 20).

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais (BRASIL, 2009). Caracterizado pela inclusão dos trabalhadores com possibilidade de diálogo. Todo processo de Educação Permanente em Saúde requer planejamento, elaboração, desenho e execução a partir de uma análise estratégica que considere a cultura institucional em que se insere.

O levantamento das necessidades do cotidiano é essencial para idealizar e planejar as ações da Educação Permanente. Programando atividades que considerem as dificuldades diárias e reais do campo de atuação profissional, que favoreça o diálogo e envolvimento efetivo multidisciplinar dos profissionais com o serviço de forma que proporcione estratégias coletivas para o desenvolvimento e reformulações das ações na atenção a saúde Assim, a abordagem de EP constitui um “projeto político-pedagógico com vistas à transformação das práticas de saúde, na perspectiva da integralidade, do trabalho em equipe e da ampliação da cidadania e da autonomia dos sujeitos envolvidos trabalhadores e usuários” (CECCIM, 2009; CAROTTA et. al, 2009, MONTANHA E PEDUZZI, 2010 p.598).

O planejamento das ações surge após levantamento dessas demandas pode ser resgatado das principais queixas na ouvidoria, das falas dos próprios profissionais e dos usuários, bem como de pareceres técnicos das pesquisas em saúde ocorridas em loco bem como aquelas divulgadas como problemas macropolíticos dos serviços em saúde. Nesse sentido, a EP consente revelar a complexidade da teia dos diferentes problemas vivenciados pelos profissionais, sendo um espaço oportuno para repensar as práticas e emergir estratégias plurais, a serem propostas e aplicadas.

Tomar o cotidiano como lugar aberto à revisão permanente e gerar o desconforto com os lugares “como estão/como são”, deixar o conforto com as cenas “como estavam/como eram” e abrir os serviços como lugares de produção de subjetividade, tomar as relações como produção, como lugar de problematização, como abertura para a produção e não como conformação permite praticar contundentemente a Educação Permanente em Saúde.

Reverendo as dificuldades que alguns profissionais da saúde têm em entender a imensa diversidade cultural dos povos indígenas brasileiros produz múltiplas formas cotidianas de vida e múltiplas formas de compreensão de morte, vida, saúde, doença, sexualidade, gestação, parto, infância, gêneros etc. A estrutura simbólica, religiosa e cosmológica da organização social dessa população propicia a emergência de sistemas de capacitação dos recursos humanos do HMINSN a fim de acolher a indígena em seu processo de hospitalização com vistas para qualidade e ampliação da clínica e humanização do atendimento em saúde.

## **1. PRESSUPOSTOS PEDAGÓGICOS**

As oficinas inicialmente propostas adotarão como referencial pedagógico a concepção teórica Paideia e sua metodologia de apoio à cogestão de coletivos. A preocupação com a formação de sujeitos do método de Apoio é que instigou a utilizá-lo como principal eixo pedagógico da oficina de sensibilização: saúde materna e infantil indígena a intersubjetividade no processo de cuidar. Essa proposta poderá gerar outras oficinas na educação permanente como Cogestão da Clínica Ampliada e Compartilhada.

Investir nessa proposta de formação permanente para os profissionais do HMINSN está fundamenta-se em ampliar a visão dos profissionais sobre processo saúde-doença-intervenção em contexto intercultural. A proposta qualificará a equipe multidisciplinar tanto para lidar com a diversidade sociocultural dos sujeitos, e como para compreender a prática

clínica como prática inter-relacional e operar com os fluxos de afeto e poder (FIGUEIREDO E CAMPOS,2014).

A metodologia escolhida para esse processo de formação deve imbricar teoria e prática, estudo e intervenção, partindo das experiências e dos problemas concretos para desenvolver a capacidade de reflexão e ação dos sujeitos conforme os estudos desenvolvidos por Campos (2000). Outra característica do método é a roda espaço construtivista e a ênfase na prática concreta dos estudantes; assim, cada caso será apresentado em forma de Projeto Terapêutico ou de Projeto de Intervenção fomentando a inserção dessa prática no HMINSN.

O termo “projeto” trata-se de uma discussão prospectiva e não retrospectiva, conforme acontecia com a tradição de discussão de casos em Medicina. A noção de projeto indica a intenção de lançar-se no presente em direção ao futuro, depois de uma reflexão sistematizada ( CAMPOS E AMARAL p 853).

Desse modo, esse modelo de formação, propõe-se o método Paideia, uma rede conceitual e operativa desenvolvida por uma rede de estudos realizada por Campos desde o século XX nos últimos 16 anos, e outros colaboradores (CAMPOS, 2000, 2001, 2006, 2012; CAMPOS E AMARAL, 2007;CAMPOS E DOMITTI,2007).

Esse método combinará ofertas teóricas, discussão de casos e intervenções e deverá ter uma abordagem pela subjetividade.

## **2 OBJETIVOS**

- Problematizar as características das relações entre equipe de saúde e o indígena durante seu processo de internação no HMINSN;
- Construir e reconstruir o conhecimento dos profissionais em relação aos povos indígenas de Roraima;
- Estimular prática saudável no relacionamento equipe de saúde e a indígena no HMINSN;
- Despertar a possibilidade da criação de grupo de apoio matricial para refletir sobre Gestão da Clínica Ampliada e Compartilhada na educação permanente;
- Implementar um fluxograma para o acolhimento da mãe e neonato indígenas no HMINSN;

### 3. CONTEÚDOS

Os conteúdos discutidos inicialmente nessa oficina de sensibilização ao cuidado intercultural serão aqueles cuja necessidade é mais visível no hospital. Sugere-se abordar:

- Contextualização da PNASI e da PNH;
- Povos indígenas de Roraima;
- Aspectos socioculturais das populações indígenas da região;
- Teorias de concepção e as diversas práticas de autoatenção na saúde sexual e reprodutiva da mulher indígena ameríndia;
- Como é o ambiente hospitalar? E no que ele interfere nas práticas de acolhimento a paciente indígena?
- Reflexões sobre as práticas de saúde, e a construção de projetos terapêuticos singulares.

### 4. INSTRUMENTO

Propõe-se, para uma melhor assimilação sobre as questões de saúde, a utilização de oficina de sensibilização com roda de conversas sobre a intersubjetividade no processo de cuidar. Tais atividades serão realizadas com a equipe de saúde. E seria de grande valia que o resultado dessa oficina fosse um trabalho educativo permanente com os profissionais da saúde através da criação de grupos apoiadores com o intuito de ajudar na construção de um conceito de saúde mais ampliado que contemple as especificidades éticas culturais, bem como, o fortalecimento da saúde materna e neonatal indígena no Estado de Roraima.

Desse modo primeiramente será ofertado oficinas de sensibilização e a partir dessas oficinas formar grupos de referência compostos por equipes interdisciplinares do HMINSN sensibilizados com a principal função elaborar e aplicar o projeto terapêutico individual e buscar apoiadores externos que irão compor o grupo de apoio matricial que pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência. Segundo Campos e Domitti (2007) apoio matricial e equipe de referência são arranjos organizacionais, bem como uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde.



## 5. DESENVOLVIMENTO

O início dessa etapa contará com a realização de uma reunião com o DEP (departamento de ensino e pesquisa) da unidade hospitalar para apresentação e discussão da proposta de intervenção. Solicitação do apoio desse departamento bem como da direção clínica, de enfermagem e administrativa e das coordenações, para liberação do profissional durante a participação na oficina. Sugere-se que a oficina seja realizada quantas vezes forem necessárias, isto é, permanente nesse serviço a fim de sensibilizar pelo menos 80% da equipe do HMINSN.

As oficinas pretendem, a partir das exposições, mesa redonda e rodas de conversa, fomentar a troca de experiência e vivências desses profissionais no atendimento a mulher indígena e ao recém-nascido, levantar discussão sobre os aspectos socioculturais e sua influência para o cuidado integral. Bem como, esclarecer as dúvidas da equipe de saúde e favorecer uma melhor abordagem e acolhimento a paciente indígena.

Despertar no profissional a probabilidade da interconexão dos modelos de atenção à saúde, biomédico e as práticas tradicionais indígenas possibilitará ao profissional olhar “para si mesmo” como pessoa, sua idade, seu estrato social, sua origem étnica, reconhecendo seus próprios valores para aprender a diferenciá-los dos valores e práticas dos clientes/usuários com os quais estabelece relações de cuidado. Neste sentido, é importante, antes de tudo, reconhecer a diversidade sociocultural dos sujeitos e as experiências dos atores envolvidos.

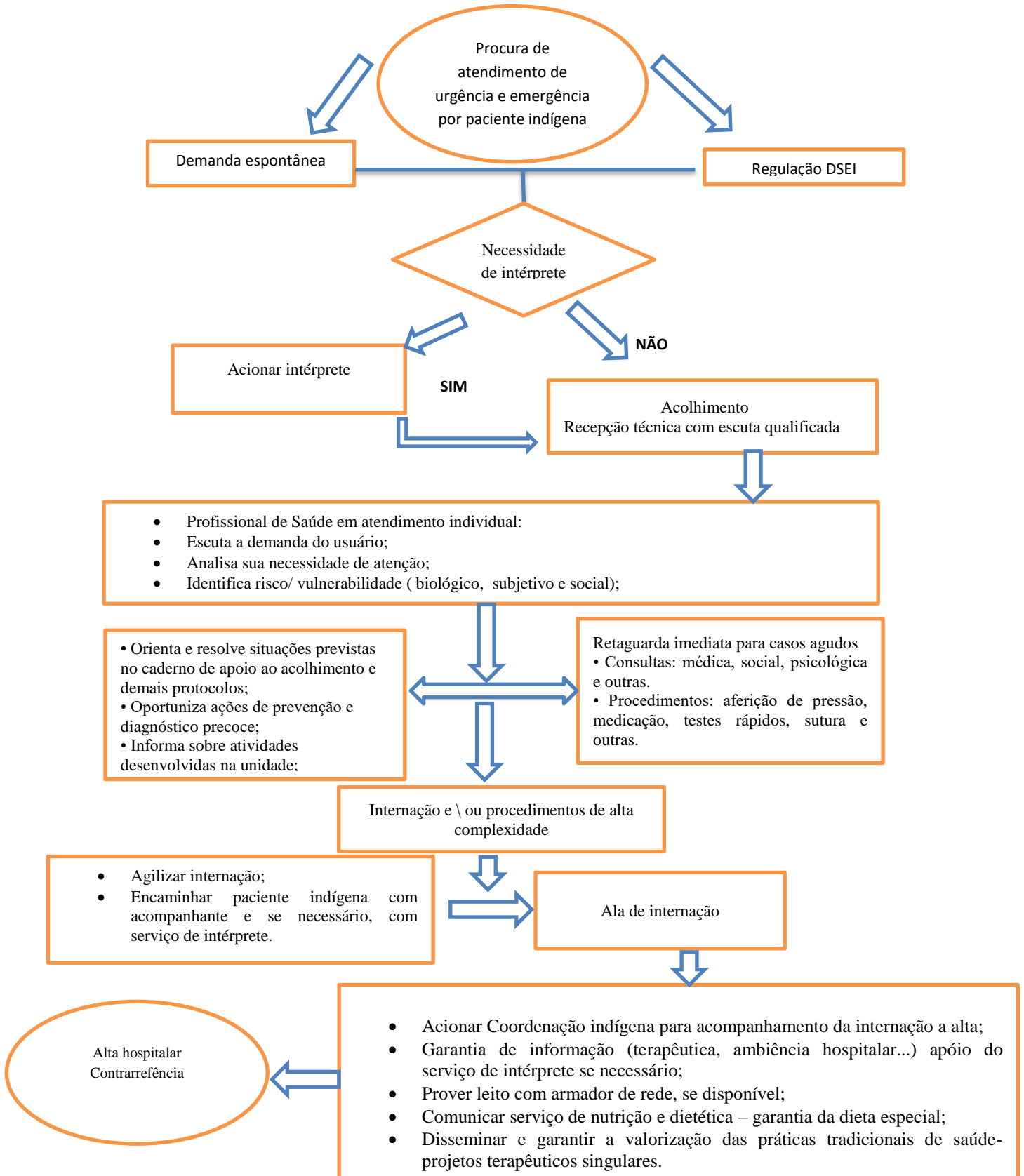
Nesse intuito levar para apreciação a proposta de intervenção a partir do conteúdo programático exposto a seguir:

## OFICINA DE SENSIBILIZAÇÃO: SAÚDE MATERNA E NEONATAL INDÍGENA: A INTERSUBJETIVIDADE NO PROCESSO DE CUIDAR

**PROGRAMA: Carga Horária: 8 h. Público Alvo: profissionais de saúde do HMINSN**

08h às 08h30min	Preenchimento da ficha de inscrição
08h30min às 09h	Abertura da Oficina: Apresentação com dança e cântico indígena
09h às 09h15min	Composição da mesa: Coordenadores do Distrito Leste e Yanomami, Secretário de Saúde e Diretora Geral do HMINSN <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mediadora: representante e ou líderes mulheres indígenas.</li> </ul>
09h15min às 10h	Apresentação: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Povos indígenas de Roraima, quem somos? E onde estamos?</li> <li>• Apresentação do SASISUS, fluxo da regulação, principais agravos saúde da mulher e neonato indígenas encaminhados à rede pelas equipes do DSEI e panorama das características dos partos DSEIs quanto ao local de ocorrência.</li> </ul>
10h às 10h15min	Intervalo
10h15min às 11h	Exposição dialogada: <ul style="list-style-type: none"> <li>• A Política de Atenção à saúde indígena x Política de Humanização Hospitalar e tendências.</li> </ul>
11h às 12h	Roda de conversa: Modelo de atenção à saúde e a diversidade sociocultural. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Temas desencadeadores: ambiência hospitalar, percepção de saúde e doença pelo indígena e especificidades culturais (cosmologia, mitos, ritos e xamãs). Valorização das práticas e cultura indígena de Roraima.</li> </ul>
12h às 14h	Almoço
14h às 15h	Estudo dirigido (estudo de caso) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Roda de Conversa: Desafios – A internação hospitalar materna e infantil indígena: a intersubjetividade no processo do cuidar</li> <li>• Temas desencadeadores: Processo de trabalho em saúde e tecnologias em saúde; referência e contrarreferência; porta de entrada na instituição; acompanhantes e comunicação entre funcionários e usuários; reorganização do serviço, projetos terapêuticos singulares.</li> </ul>
15h às 15h30min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espaço para o Interprete: Aprendendo algumas palavras chaves para os serviços de saúde.</li> </ul>
15h30min às 15h45min	Intervalo
15h45min às 18h	Composição da roda: Direção clínica, Direção de enfermagem, Representante do grupo de humanização do hospital, Representante da coordenação indígena no HMINSN. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Temas desencadeadores: Como acolher a paciente indígena no HMINSN e contribuir para o fortalecimento da saúde materna e infantil indígena em Roraima.</li> <li>• Mediadora: Propor a criação e implementação de um fluxograma para o acolhimento da paciente indígena e fomentar a criação de grupo de referência apoio matricial para o acompanhamento da proposta.</li> </ul> Encerramento - Avaliação da oficina e Sugestões

## APÊNDICE D-Proposta de fluxograma: acolhimento da paciente indígena do HMINSN



**ANEXO A- Parecer consubstanciado do comitê de ética e pesquisa**