

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SAIDY ELIANA ARIAS MURCIA

**A CONSTRUÇÃO COTIDIANA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM
ENFOQUE INTERCULTURAL EM UMA REGIÃO DA AMAZÔNIA
COLOMBIANA: VIVÊNCIAS DE INDÍGENAS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Belo Horizonte
2020

SAIDY ELIANA ARIAS MURCIA

**A CONSTRUÇÃO COTIDIANA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM
ENFOQUE INTERCULTURAL EM UMA REGIÃO DA AMAZÔNIA
COLOMBIANA: VIVÊNCIAS DE INDÍGENAS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem e Saúde

Linha de Pesquisa: Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna

Belo Horizonte
2020

Murcia, Saidy Eliana Arias.
M973c A construção cotidiana da Atenção Primária à Saúde com enfoque intercultural em uma Região da Amazônia Colombiana [manuscrito]: vivências de indígenas e profissionais de saúde. / Saidy Eliana Arias Murcia. -- Belo Horizonte: 2020.
174f.: il.
Orientador (a): Cláudia Maria de Mattos Penna.
Área de concentração: Enfermagem e Saúde.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde de Populações Indígenas. 3. Pesquisa Qualitativa. 4. Enfermagem. 5. Dissertação Acadêmica. I. Penna, Cláudia Maria de Mattos. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: W 84.6

ATA DE NÚMERO 158 (CENTO E CINQUENTA E OITO) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA SAIDY ELIANA ARIAS MURCIA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.

Aos 3 (três) dias do mês de abril de dois mil e vinte, às 14:30 horas, realizou-se a sessão para apresentação e defesa da tese "A CONSTRUÇÃO COTIDIANA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM ENFOQUE INTERCULTURAL EM UMA REGIÃO DA AMAZÔNIA COLOMBIANA: VIVÊNCIAS DE INDÍGENAS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE", da aluna **Saidy Eliana Arias Murcia**, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem", linha de pesquisa "Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Cláudia Maria de Mattos Penna (orientadora), Alba Lucero Lopes Diaz, Selma Maria Fonseca Viegas, Kênia Lara da Silva e Rita de Cássia Marques, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

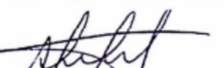
(X) APROVADA;
() REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 03 de abril de 2020.

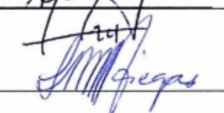
Profª. Drª. Cláudia Maria de Mattos Penna
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)



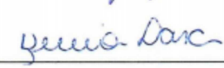
Profª. Drª. Alba Lucero Lopes Diaz
(Universidade Nacional da Colômbia)



Profª. Drª. Selma Maria Fonseca Viegas
(UFMG)



Profª. Drª. Kênia Lara da Silva
(Esc.Enf/UFMG)



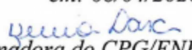
Profª. Drª. Rita de Cássia Marques
(Esc.Enf/UFMG)



Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



Homologada em reunião do CPG
em: 06/04/2020


Coordenadora do CPG/ENF

*A Darwin e minha avó Elena, que estão me
acompanhando desde o céu*

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento desta pesquisa e a culminação do processo de realização de meu doutorado deixaram-me imensamente grata com diferentes pessoas e instituições que, de alguma forma, fizeram parte desta caminhada pelo Brasil, pela Amazônia e pela vida.

Agradeço primeiramente a minha família, especialmente a duas mulheres maravilhosas: minha mãe Gloria e a minha irmã Karen. Sem seu apoio nada disso teria sido possível. Obrigada por ser o melhor exemplo de perseverança, por seu carinho e compreensão, porque em cada ligação me davam forças para continuar na luta, mesmo com todos os quilômetros que nos separavam. Amo infinitamente vocês!

A Dario, por sempre estar aí, apesar de tudo. Por ser companheiro de lutas e o melhor cuidador. Não tenho palavras para te agradecer por tanto Dari.

A minha orientadora, a professora Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna, pelos ensinamentos, incentivo e apoio recebido em todo o processo.

Às pessoas que fizeram possível a realização do estudo em Guainía. Especialmente, gostaria de agradecer ao Dr. Bazin de Jesus Piñeros pelas gestões feitas e por sua enorme ajuda durante o desenvolvimento da pesquisa em campo; e a Betty, por me acolher em sua casa, pela companhia e as palavras de estímulo. Muito obrigada por tudo!

Aos usuários indígenas e profissionais de saúde que generosamente aceitaram participar desta pesquisa, por sua disposição e abertura, por me permitir escutar suas histórias e compartilhar suas experiências.

Agradeço também aos meus queridos amigos e colegas latino-americanos, pessoas que a vida me colocou nesta experiência de estudo e convívio no Brasil. Sem dúvida conhece-los me fez amar mais meu país e sentir muito orgulho de nossas raízes e de nossa *Abya Yala*. A Carla, Marcio, Erick, Andrés, Adri, Carlos, Rocío, Ayda, Johanna, Diego e Harold, que compartilharam comigo o início desta caminhada; e aos que foram chegando depois, e inclusive, na fase final deste proceso: Nathalia, Laura, Chi e Juli. Obrigada a todes pela amizade e os tantos momentos inesquecíveis!

Finalmente, expresso os meus agradecimentos ao programa de Alianças para a Educação e Capacitação (PAEC), a Organização dos Estados Americanos (OEA) e o Grupo Coimbra de Universidades Brasileiras (GCUB) que, em convênio com a agência CAPES, possibilitaram o financiamento de meus estudos no Brasil, por meio da bolsa de doutorado, e à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais pelo acompanhamento e apoio durante estes quatro anos.



Foto: pôr do sol Rio Guaviare – Guainía, Colômbia. Fonte: Acervo da autora

“Sábato dice que uno no escoge los personajes sino que los personajes lo escogen a uno. Añadiría que uno no encuentra los caminos, sino que los caminos nos salen al encuentro casi todos los días. Si no lo vemos es sólo porque nos hemos vuelto ciegos a lo nuevo y ya no vemos si no lo que hemos visto y estamos acostumbrados a reconocer”

Los años del tropel, Alfredo Molano Bravo, 1991

RESUMO

Arias-Murcia, Saily Eliana. **A construção cotidiana da atenção primária à saúde com enfoque intercultural em uma região da Amazônia colombiana: vivências de indígenas e profissionais de saúde**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

Em 2016 iniciou-se, na Colômbia, a implantação de um novo modelo de saúde. O estado de Guainía, localizado no nordeste da Amazônia, foi o escolhido para iniciar a implementação como piloto para os territórios com população dispersa do país, tendo como o principal objetivo estratégico a atenção primária à saúde (APS) com enfoque intercultural. A maneira como estava acontecendo a experiência de implementação das novas diretrizes, especificamente no dia a dia dos atores sociais envolvidos na APS, motivou o desenvolvimento desta pesquisa. O estudo teve por objetivo compreender o processo de construção cotidiana da APS com enfoque intercultural, na perspectiva de usuários indígenas e de profissionais de saúde, em Guainía – Colômbia. Trata-se de um estudo de caso único, holístico e de abordagem qualitativa, fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano. Os cenários de pesquisa foram o hospital do estado, os centros e os postos de saúde, pertencentes à rede pública de atenção. Fizeram parte dos participantes: 22 usuários indígenas, 26 profissionais de saúde e três participantes-chave (um médico tradicional, uma liderança indígena e um assessor administrativo), selecionados de maneira intencional e cuja participação foi voluntária. A pesquisa de campo foi realizada entre os meses de fevereiro a junho de 2018. Para a coleta e produção de dados foram realizadas entrevistas guiadas por meio de roteiro semiestruturado e observação direta. A análise dos dados foi delineada pela técnica de análise de conteúdo temática de Bardin (2011), seguindo três polos cronológicos: a) pré-análise; b) exploração do material e c) interpretação. Os resultados emergentes foram organizados em duas grandes categorias empíricas: 1) A atenção primária à saúde em Guainía: a história do que foi e do que está sendo construído; 2) A interculturalidade no cotidiano da atenção primária à saúde em Guainía; cada uma delas composta por quatro subcategorias. A análise dos dados permitiu evidenciar que o processo de construção da APS em Guainía perpassa pelo conjunto de ações desenvolvidas no trabalho cotidiano dos profissionais junto aos usuários indígenas, as quais vêm sendo delineadas por construções e aprendizagens prévias ao novo modelo de saúde. Verificou-se, entretanto, a persistência do modelo de assistência centrado na doença e baseado na lógica curativista que orienta a organização dos serviços de APS na região, tanto no contexto rural quanto no urbano. Os dados mostram que, nessa dinâmica, a interculturalidade aparece como um processo permanente de negociações e articulações presentes no cotidiano de indígenas e profissionais de saúde. Nela materializa-se o encontro e intercâmbio de formas heterogêneas de pensar-saber, que permitem novas (re)interpretações de conhecimentos e práticas em saúde, apesar desse processo ser permeado por conflitos, assimetrias e contradições. Pretende-se com este estudo gerar aportes que permitam fortalecer a implantação do modelo de atenção na região de Guainía, bem como, em outras regiões da Colômbia com características similares. Aspira-se também contribuir para o desenvolvimento de propostas e políticas públicas que se ocupem das necessidades locais e regionais em saúde em zonas remotas e de difícil acesso e habitadas por população indígena e multicultural.

Descritores: Atenção primária à saúde; Saúde de Populações Indígenas; Pesquisa qualitativa; Enfermagem.

ABSTRACT

Arias-Murcia, Saidy Eliana. **The daily construction of primary health care with an intercultural approach in a region of the Colombian Amazon: experiences of indigenous people and health professionals.** Thesis (PhD in Nursing) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

In 2016, the implementation of a new health model began in Colombia. The state of Guainía, located in the northeast of the Amazon, was chosen to start implementation as a pilot for territories with a dispersed population in the country, with the primary strategic objective of primary health care (PHC) with an intercultural approach. The way in which the experience of implementing the new imposed guidelines was happening, specifically in the day-to-day life of the social actors involved in PHC, motivated the development of this research. The objective was to understand the process of daily construction of PHC from the perspective of indigenous and health professionals, in Guainía, Colombia. It is a unique holistic case study with a qualitative approach, based on Comprehensive Sociology of Everyday Life. The study scenarios were the state hospital, centers and health posts, belonging to the public health care network. The participants were: 22 indigenous users, 26 health professionals and three key participants (a traditional doctor, an indigenous leader and an administrative advisor), intentionally selected and whose participation was voluntary. The field research was carried out between the months of February to June 2018. For the collection and production of data, guided interviews were conducted through a semi-structured script and direct observation. The data analysis was outlined by Bardin's thematic content analysis technique (2011), following three chronological poles: The emerging results were organized into two broad empirical categories: 1) Primary health care in Guainía: the history of what was and what is being built; 2) Interculturality in the routine of primary health care in Guainía; each composed of four subcategories. The analysis of the data showed that the PHC construction process in Guainía runs through the set of actions developed in the daily work of professionals with indigenous users, which have been delineated by constructions and learning prior to the new health model. However, there was a persistence of the disease-centered care model and based on the curative logic that guides the organization of PHC services in the region, both in rural and urban contexts. The data show that, in this dynamic, interculturality appears as a permanent process of negotiations and articulations present in the daily lives of indigenous people and health professionals. It materializes the encounter and exchange of heterogeneous ways of thinking-knowing, which allow new interpretations of knowledge and health practices, despite the fact that this process is permeated by conflicts, asymmetries and contradictions. The aim of this study is to generate contributions that make it possible to strengthen the implementation of the care model in the Guainía region, as well as in other regions of Colombia with similar characteristics. The aim is also to contribute to the development of proposals and public policies that address the local and regional health needs in remote areas, which are difficult to access and inhabited by indigenous and multicultural populations.

Keywords: Primary Health Care; Health Services, Indigenous; Qualitative Research; Nursing.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Localização geográfica departamento de Guainía – Colômbia	21
FIGURA 2 - Mulheres e crianças Sikuaní comunidade Puerto Esperanza	22
FIGURA 3 - Organização por zonas da rede pública de saúde de Guainía	30
FIGURA 4 - Postos de saúde - comunidade Cuayare/comunidade Puerto Esperanza	31
FIGURA 5 - Centro de saúde – Corregimento de Barrancominas	32
FIGURA 6 - Área de promoção e prevenção – Hospital de Inírida	33
FIGURA 7 - Desenvolvimento da análise.....	40
FIGURA 8 - Viagens pelo rio - <i>Comissão de saúde</i>	47
FIGURA 9 - Mulheres e crianças Sikuaní trabalhando a <i>mandioca brava</i>	50
FIGURA 10 - Igreja evangélica aldeia Cumaray	51
FIGURA 11 - Casas aldeia Carpinteiro	52
FIGURA 12 - Interior: postos de saúde aldeias Arrecifal e Puerto Esperanza. Exterior: posto de saúde aldeia Pueblo Nuevo	53
FIGURA 13 - Posto de saúde Paujíl	55
FIGURA 14 - Posto de saúde El Coco	57
FIGURA 15 - Categorias e subcategorias de análise	58
FIGURA 16 - A interculturalidade na APS em Guainía	128

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Distribuição da população indígena do departamento de Guainía	22
QUADRO 2 - Participantes do estudo – Profissionais de saúde	35
QUADRO 3 - Participantes do estudo – Usuários indígenas	36
QUADRO 4 - Participantes do estudo – Informantes chave	36
QUADRO 5 - Critérios de rigor	43
QUADRO 6 - Fatores que influenciam a escolha de tratamentos.....	102

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS – Atenção Primária à Saúde
ASOCRIGUA – Asociación del Consejo Regional Indígena del Guainía
BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento
CIOMS – Organizações Internacionais das Ciências Médicas
CMS – Comissões Multidisciplinares de Saúde
DANE – Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DPN – Departamento de Planeación Nacional
EPS – Entidades Promotoras de Salud
EPSI – Entidades Promotoras de Salud Indígenas
ESF – Estratégia Saúde da Família
IPS – Instituciones Prestadoras de Salud
ISAGS – Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde
MAITE – Modelo de Acción Integral Territorial
MIAS – Modelo Integral de Atención en Salud
MSPS – Ministerio de Salud y Protección Social
NO – Nota de observação
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS / WHO – Organização Mundial da Saúde / World Health Organization
ONG – Organização Não Governamental
PAIS – Política de Atención Integral en Salud
PEP – Promoção e Prevenção
POS – Plan Obligatorio de Salud
RC – Regime Contributivo
RIAS – Rotas Integrais de Atención
RS – Regime Subsidiado
SDS – Secretaría Departamental de Salud
SILOS – Sistemas Locales de Salud
SGSSS – Sistema General de Seguridad Social en Salud
SNS – Sistema Nacional de Salud
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
1 INTRODUÇÃO	4
1.1 Objetivos	11
<i>1.1.1 Objetivo geral</i>	<i>11</i>
<i>1.1.2 Objetivos específicos</i>	<i>11</i>
2 CONTEXTUALIZANDO O CASO	12
2.1 Apresentando à Colômbia: dinâmica social e a trajetória do sistema de saúde.	12
2.2 O enfoque intercultural na atenção primária à saúde.....	17
2.3 A “terra de muitas águas”: o novo modelo de saúde em Guainía	21
3 PERCURSO METODOLÓGICO	27
3.1 A abordagem teórica – metodológica	27
3.2 O cenário do estudo	29
3.3 Os participantes do estudo	33
3.4 A pesquisa de campo e a produção de dados	37
3.5 A análise de dados	39
3.6 Critérios de rigor	42
3.7 Aspectos éticos	44
4 O OLHAR SOBRE O COTIDIANO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EXPERIÊNCIAS E REFLEXÕES	45
5 MERGULHANDO NOS MEANDROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM GUAINÍA	58
5.1 A atenção primária à saúde em Guainía: a história do que foi e do que está sendo Construído	59
<i>5.1.1 Dos primeiros esboços da APS ao modelo MIAS</i>	<i>59</i>
<i>5.1.2 A proposta do novo modelo de atenção: concepções e mudanças</i>	<i>66</i>
<i>5.1.3 Entre o rio e a floresta: o cotidiano da APS no contexto rural.....</i>	<i>72</i>
<i>5.1.4 O epicentro das fronteiras: o cotidiano da APS no contexto urbano</i>	<i>81</i>
5.2 A Interculturalidade no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde em Guainía..	86
<i>5.2.1 A compreensão da interculturalidade: O olhar dos profissionais de saúde.....</i>	<i>87</i>
<i>5.2.2 Tensões e convergências nos (des)encontros com a diferença.....</i>	<i>92</i>
<i>5.2.3 Procurando a cura: Práticas e fatores que influenciam a escolha de</i>	

<i>tratamentos</i>	101
5.2.4 <i>Estratégias de “articulação de saberes”</i> : o prescrito, o real e o esperado...114	
6 (RE)PENSANDO A INTERCULTURALIDADE NA APS.....	128
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
REFERÊNCIAS	139
APÊNDICES.....	153
ANEXOS.....	158

APRESENTAÇÃO

Diferentes escolhas na minha trajetória profissional e acadêmica reafirmaram meu interesse por duas áreas específicas, que, por consequência, compõem a temática principal desta tese: a atenção primária à saúde (APS) e a interculturalidade.

Minha atuação profissional foi marcada, especialmente, pela experiência no campo da atenção primária. Nos cinco anos em que atuei como enfermeira em Bogotá, capital da Colômbia, tive a oportunidade de trabalhar, exclusivamente, em unidades básicas de saúde, tanto no regime público, quanto no privado. Essa trajetória permitiu-me dimensionar a potencialidade desse nível de atenção para a concretização de um cuidado verdadeiramente integral, centrado não apenas no indivíduo, mas na família e na comunidade. Uma convicção, certamente, desafiadora, no meio de um sistema de saúde que, por anos, tem privilegiado a atenção à doença e o modelo médico-centrado, como o colombiano.

Deparei-me na prática assistencial com diversas situações em que os desafios diários eram permeados por construções que, por vezes, fugiam de uma lógica racional e, por isso, reagiam mais satisfatoriamente a um formato instintivo, ou seja, parafraseando Maffesoli (2010), seguiam a uma *não-lógica*. Dessa forma, fui-me conscientizando de que efetivamente existe um conhecimento empírico cotidiano (MAFESSOLI, 2010) que não pode ser dispensado, pois suporta muitas das atitudes, decisões e escolhas feitas no dia-dia nos serviços de saúde.

Concomitantemente a essa experiência, em 2012, após aprovação no curso de mestrado na Facultad de Enfermería da Universidad Nacional de Colombia, desenvolvi minha dissertação sobre *a experiência de enfermeiros cuidando de famílias multiculturais*, sob orientação da professora Dra. Alba Lucero López, vinculada a uma das linhas do grupo de pesquisa *Cuidado Cultural de la Salud*, do qual faço parte desde 2009. Participar deste grupo desde a graduação e acompanhar o desenvolvimento de projetos de pesquisa sobre competência cultural e cuidado cultural da saúde, com população etnicamente diversa e em situação de vulnerabilidade, além de estimular competências em investigação, semeou meu interesse em temas relacionados à integração entre cultura e saúde, culminando, com o tempo, em um dos principais interesses de pesquisa.

Finalizado o mestrado, em 2015, optei por concursar a uma das bolsas de pós-graduação no Brasil, ofertadas pelo Programa de Alianças para a Educação e Capacitação (PAEC), a Organização dos Estados Americanos (OEA) e o Grupo Coimbra de Universidades

Brasileiras (GCUB) para cidadãos latino-americanos. Embora este concurso oferecia a opção para três programas de doutorado, decidi escolher o de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Tal como manifestei na carta de intenções, essa escolha foi devida ao reconhecimento da trajetória e a qualidade do programa, mas também, e especialmente, pela oportunidade que poderia ter de fazer parte do grupo de pesquisa Cotidiano, Cultura, Enfermagem e Saúde (NUPCCES) coordenado pela professora Dra. Claudia Maria de Mattos Penna.

Ao ser aceita no Programa e começar a participar do Núcleo, os momentos de discussão, compartilhamento e troca de saberes nas reuniões do NUPCCES, nos primeiros anos de minha formação de doutorado, contribuíram substancialmente para desenvolver uma postura crítica, distanciada do conformismo intelectual e das análises óbvias que, certamente, enriqueceram meu olhar sobre o objeto de estudo desta pesquisa.

Assim mesmo, a oportunidade de me aproximar a referenciais teóricos provenientes de áreas como a filosofia, sociologia e antropologia, no percurso dessa trajetória acadêmica, possibilitou expandir minhas análises para além das fronteiras disciplinares, aderindo-me ao desafio de desconstruir o essencialismo e dogmatismo teórico da pesquisa em enfermagem, sendo esse o propósito distintivo deste trabalho.

O conteúdo desta tese está dividido em sete capítulos. No primeiro capítulo apresento a introdução, na qual está a problematização do objeto de estudo, os pressupostos e a tese defendida, assim como os objetivos da pesquisa.

No segundo capítulo, desenvolvo uma revisão de literatura com o propósito de contextualizar o caso a ser aprofundado. Inicialmente, descrevo a dinâmica social e a trajetória do sistema de saúde colombiano, seguido por uma exploração sobre o enfoque intercultural na APS na América Latina e na Colômbia e, posteriormente, está delimitado o universo desse estudo, a região de Guainía, onde está sendo implementado, enquanto projeto piloto, a proposta do novo modelo de saúde colombiano.

No terceiro capítulo, descrevo a trajetória teórica-metodológica, situando os postulados da sociologia compreensiva do cotidiano que iluminaram o desenvolvimento da pesquisa, os cenários e participantes, a imersão ao campo e os procedimentos para a produção de dados, a técnica de análise e, finalmente, os critérios de rigor e os aspectos éticos.

No quarto capítulo, detalho o produto de um processo reflexivo sobre a experiência de trabalho de campo e a posição que assumi como pesquisadora na aproximação a essa realidade empírica e com os participantes do estudo.

No quinto capítulo, apresento os resultados do processo de análise, organizados em duas grandes categorias: a atenção primária à saúde em Guainia: a história do que foi e do que esta sendo construído e a interculturalidade no cotidiano da atenção primária à saúde em Guainia; cada uma composta por quatro subcategorias. Na sequência, no sexto capítulo desenvolvo uma síntese da última categoria a modo de proposta para repensar a interculturalidade na APS.

Finalmente, no sétimo e último capítulo, lanço algumas considerações voltadas para o âmbito da prática e o desenvolvimento de estudos futuros.

1 INTRODUÇÃO

Há mais de 40 anos, desde a declaração da Conferência de Alma-Ata (1978), que a atenção primária à saúde (APS) está na agenda das políticas públicas em nível global. Embora algumas experiências anteriores de cuidados primários tenham ocorrido, principalmente na América Latina (FEO ISTURIZ, 2015), foi nesse momento que começa mundialmente a sua institucionalização, incorporando: o reconhecimento da saúde como direito humano fundamental, a universalidade e integralidade na organização do cuidado à saúde, a ação intersetorial no planejamento local e a participação comunitária como componente central da organização social da saúde (FEO ISTURIZ, 2015). Dessa forma, com a declaração de Alma-Ata os cuidados primários são colocados como chave para atingir a meta de saúde para todos, associando-os ao desenvolvimento das sociedades sob o princípio da justiça social (FLEURY, 2018).

Reconhecida como uma das principais inovações tecnológicas do século XX, a APS tem trazido, no decorrer destes anos, importantes transformações práticas e conceituais ao campo da saúde (CAMPOS, 2018). Alguns autores têm documentado o impacto positivo desta estratégia em alcançar melhores resultados em saúde, favorecer a equidade e o acesso aos serviços e aumentar a eficácia e eficiência dos sistemas de saúde (STARFIELD, 2002; VEGA *et al.*, 2009; MENDES, 2011). Além disso, como aponta Campos (2018), a APS tem modificado as estratégias políticas e organizacionais e alterado as práticas e o trabalho em saúde, originando uma cultura sanitária diferente daquela da biomedicina tradicional.

A implantação da APS, enquanto parte fundamental dos sistemas de saúde dos países, tem enfrentado, contudo, diversos desafios e tensões, que vão desde a forma de concebê-la conceitualmente até a própria conformação dos sistemas de saúde. Autores como Giovanella (*et al* 2015) e Giovanella e Almeida (2017) afirmam que, no caso específico da América do Sul, a concretização dos princípios promulgados em Alma-Ata tem adotado uma conotação diferente em cada país.

Pontualmente, nas décadas de 1980 e 1990 foram adotados, na maioria dos países da América Latina, modelos de APS focalizados em grupos populacionais marginalizados. Estas experiências foram promovidas, principalmente, por agências financeiras multilaterais, com pouca intervenção do Estado, sendo seletivas nos serviços e na eleição de seus usuários (GIOVANELLA *et al.*, 2015; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017).

Nos anos 2000, no contexto de redemocratização e reforma aos sistemas de saúde, ganharam destaque processos de revitalização da APS com uma abordagem abrangente e com vistas a uma APS renovada, conforme o chamado da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) (GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017; MENDONÇA *et al.*, 2018a). Porém, esses processos de revitalização tornaram-se complexos e díspares entre os países, devido às heranças dos modelos adotados em cada um deles nas décadas anteriores.

Os resultados do mapeamento dos modelos de APS em 12 países da América do Sul, realizado pelo Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS), indicaram que nos países em que predominam sistemas de saúde segmentados e privatizados – como são os casos de Argentina, Chile, Peru e Colômbia – a APS é fragmentada na prática, existindo uma dicotomia entre ações individuais, contratadas pelas seguradoras e prestadores privados ou públicos, e ações coletivas, de responsabilidade dos governos territoriais, dificultando a concretização do enfoque integral (GIOVANELLA, 2015; ACOSTA *et al.*, 2016; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017). Contrário a esse panorama, em países como Equador e Venezuela, que avançaram na universalização do sistema público de saúde, é evidente a implementação de novos e mais abrangentes modelos de APS, reduzindo a fragmentação e ampliando o acesso à rede diversificada de saúde. Enquanto Bolívia e Equador destacam-se pela incorporação da dimensão da interculturalidade como elemento formal da APS em suas políticas nacionais de saúde, reconhecendo a expressividade das práticas e saberes em saúde dos povos indígenas e afrodescendentes (GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017).

No Brasil, a experiência da implantação da APS é ainda mais concreta com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público e universal. No SUS a APS, sendo conceituada como atenção básica, desempenha um papel central na organização da rede de atenção, tendo como principais atribuições:

Ser porta de entrada do sistema de serviços de saúde; oferecer serviços com boa infraestrutura e qualidade bem integrados à rede assistencial; exercer um cuidado contínuo ao longo do tempo, com capacidade para resolver a maioria das necessidades de saúde da população; definir e orientar o caminho do usuário na rede de serviços com base nas necessidades de saúde; realizar a coordenação do cuidado, considerando os fluxos estabelecidos; responsabilizar-se pela população de seu território, incentivar a ação comunitária e mediar ações intersetoriais para ampla abordagem dos determinantes sociais e promover a saúde (MENDONÇA *et al.*, 2018a, p. 29).

Assim, tomando como um espaço privilegiado para sua operacionalização a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que incorpora elementos como a centralidade na

família e o direcionamento para a comunidade (STARFIELD, 2002), a APS no Brasil tem avançado na expansão da cobertura populacional, ampliando e diversificando recursos e estratégias de organização e gestão. Segundo Mendonça (*et al* 2018a, p. 34):

A ESF segue os preceitos de uma APS integral, robusta, que busca um balanço adequado entre uma abordagem de cuidado individual e coletivo, da saúde dos indivíduos e da população, abrangendo a promoção, a prevenção e o cuidado contínuo, o atendimento oportuno de demandas espontâneas e as ações programáticas. Realiza-se por uma equipe multiprofissional na qual o agente comunitário em saúde tem a função primordial na mobilização social, na mediação para enfrentamento dos determinantes sociais e na participação.

Dessa maneira a ESF, em seus mais de 20 anos de operação, tem contribuído para o enfrentamento das desigualdades socioeconômicas, traduzidas em disparidades nas condições de vida e de saúde da população (MENDONÇA *et al.*, 2018b). Entretanto, ainda continua enfrentando desafios relacionados a infraestrutura precária, escassez e inadequada formação de recursos humanos, cultura avaliativa insuficiente e possíveis mudanças postas pela atual conjuntura política e econômica do país, que podem alterar, significativamente, o rumo da política de atenção básica e sua operação (MENDONÇA *et al.*, 2018a).

Na Colômbia, a configuração da APS perpassa pelas diferentes reformas do sistema de saúde. Semelhante a outros países da América do Sul, tal estruturação tem pautado suas bases na disputa entre expandir cobertura com cuidados básicos restritos e seguros (públicos e privados) e garantir o acesso universal com equidade e o gozo efetivo do direito à saúde (MENDONÇA *et al.*, 2018a).

Com a primeira reforma do sistema de saúde, que deu origem ao *Sistema Nacional de Salud* (SNS) em 1975, a APS começou a configurar-se, inicialmente, como uma estratégia fragmentada, de predomínio seletivo e de atenção básica, que foi evoluindo para uma proposta mais consistente, centrada em melhorar a articulação entre as pessoas e o ambiente, a ação intersetorial e a participação social (VEGA; ACOSTA, 2014). Tal proposta fortaleceu-se entre 1988 e início dos anos 1990, quando ocorreu a descentralização dos sistemas de saúde no nível municipal. Segundo Vega, Hernández e Mosquera (2012), nesse período a APS poderia ter alcançado seu máximo desenvolvimento conforme a perspectiva propiciada pela Declaração de Alma-Ata, porém sem superar por completo a prática médica convencional.

A segunda reforma ocorreu em 1993, com a criação do *Sistema General de Seguridad Social en Salud* (SGSSS) por meio da Lei 100. Um sistema de predomínio público-privado, centrado no enfoque em seguridade social, vigente até hoje. Com essa reforma, os

esforços para a saúde no país começaram a se concentrar, principalmente, na atenção assistencialista e de alta complexidade, deixando de lado, nos primeiros anos de operação do SGSSS, a saúde pública e a atenção básica.

Autores como Agudelo (*et al*, 2011), Vega, Hernández e Mosquera (2012) e Vega e Acosta (2014) argumentam que, apesar dos avanços relacionados à cobertura, o enfoque inicial do SGSSS trouxe retrocessos na APS do país, principalmente, em relação aos resultados conquistados pelo antigo SNS, conduzindo assim a uma crise na saúde pública (VEGA; ACOSTA, 2014). Consequentemente, houve um reconhecimento tardio da APS como estratégia de atenção no SGSSS, ao considerar “promoção e prevenção” em 2001 (COLOMBIA, 2017) e ser conceituadas somente dez anos depois na Lei 1438:

Uma estratégia de coordenação intersetorial que permite a atenção integral e integrada a partir da saúde pública, a promoção à saúde, a prevenção à doença, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação do paciente em todos os níveis de complexidade a fim de garantir um maior nível de bem-estar nos usuários (...) É constituída por três componentes integrados e interdependentes: os serviços de saúde, a ação intra/transetorial e a participação social, comunitária e cidadã (COLOMBIA, 2011. Tradução nossa).

Conforme essa lei, três instituições atuam na implementação da APS: 1) o Estado por meio do *Ministerio de salud y Protección Social* (MSPS) encarregado da regulamentação; 2) as entidades territoriais (prefeituras e governações estaduais ou *departamentais*), que definem e executam os modelos de APS com base em ações coletivas e 3) *Entidades Promotoras de Salud* (EPS), responsáveis por determinar e implantar os modelos de APS com base em ações individuais. Entretanto, a segmentação da cobertura e da rede de prestação de serviços, característica do sistema de saúde, acentuou a fragmentação das ações de APS.

Os achados do estudo de mapeamento da APS na Colômbia liderado pelo ISAGS indicaram que, na ausência de um modelo de atenção, as ações de APS têm sido executadas, na prática, por meio de três enfoques diferentes e desarticulados. (VEGA; ACOSTA, 2014; 2015). O primeiro enfoque é concentrado nas ações individuais, biomédicas e assistenciais, a cargo das EPS (públicas ou privadas); o segundo nas ações coletivas de saúde pública, centralizadas na promoção da saúde e prevenção de doenças, administradas pelas entidades territoriais; e o terceiro nas ações interculturais desenvolvidas e administradas por iniciativa própria das comunidades indígenas, com o propósito de fortalecer seus sistemas de saúde tradicionais em relação de complementaridade com o sistema de saúde ocidental (VEGA; ACOSTA, 2014).

Essa atenção desarticulada entre ações individuais e coletivas e a especialização desintegrada das seguradoras (EPS), prestadores de serviços de saúde e entidades territoriais, sem considerar os determinantes sociais em saúde, ocasionaram, com o tempo, na acumulação de riscos em saúde (COLOMBIA, 2016a; 2017). A isto, somou-se a baixa capacidade técnica e de gestão por parte das entidades territoriais para orientar sobre a construção dos planos de saúde e motivar ações intersectoriais locais. Além da heterogeneidade territorial e populacional do país, que contrastou com um sistema de saúde focado em intervir junto à população de maneira homogênea, sem considerar as condições culturais e geográficas particulares de cada território (COLOMBIA, 2016a).

Com o propósito de resolver tal desarticulação, visando melhorias de acesso aos serviços de saúde e os resultados com a assistência prestada, o governo nacional por meio do MSPS impulsionou, em 2016, um modelo de atenção denominado *Modelo Integral de Atención en Salud* (MIAS), no âmbito da *Política de Atención Integral en Salud* (PAIS) (COLOMBIA, 2016b), dando garantias ao direito à saúde promulgado pela Lei Estatutária 1751 de 2015 (COLOMBIA, 2015a).

Tal modelo preconizou a centralidade na pessoa, a mudança do paradigma biomédico transferindo o foco para o cuidado e a gestão integral do risco, bem como o fortalecimento da APS com enfoque de saúde familiar e comunitário como estratégia central. Além disso, sugeriu diretrizes para uma atenção diferenciada de acordo com as particularidades de três tipos de territórios: aqueles com população urbana, caracterizados por melhores condições de acesso aos serviços de saúde dada sua centralidade; com população rural, que possuem uma oferta restrita aos níveis de atenção de baixa complexidade; e com população dispersa, com limitada acessibilidade pela carência de vias de acesso e barreiras geográficas.

O MIAS começou a ser implantado nestes últimos, considerados de intervenção prioritária, devido às amplas desigualdades ao nível de acesso e qualidade dos serviços de saúde, além das discrepâncias nos indicadores de saúde em comparação com o restante do país (COLOMBIA, 2016a). Dentro dos territórios considerados dispersos encontram-se os *departamentos* (estados) de Chocó, Putumayo, Archipiélago de San Andrés e Providencia, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés e Vichada e alguns municípios (cidades) do litoral do Oceano Pacífico. Em geral estes departamentos e municípios apresentam altos índices de dispersão populacional, deficiência na infraestrutura em saúde, carência de recursos humanos e tecnológicos e condições culturais e sociais particulares por constituírem-se nas áreas com

maior presença de comunidades étnicas e minorias do país e estarem localizadas no epicentro do conflito armado interno (COLOMBIA, 2016a).

O departamento de Guainía foi o primeiro a introduzir as diretrizes do MIAS, sendo escolhido pelo MSPS como o teste piloto para os territórios com população dispersa do país (COLOMBIA, 2015b). A experiência de implementação do modelo iniciou-se em 2016, continuando de maneira gradual por um período de cinco anos. O desenho contou com apoio do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e de instituições acadêmicas privadas, sendo coordenado por entidades governamentais em conjunto com os povos indígenas da região, mediante estratégia de *Consulta Previa* (COLOMBIA, 2015b).

Além dos altos índices de dispersão demográfica (0,5 habitantes por Km²), Guainía caracteriza-se por ser o segundo departamento com a maior população indígena da Amazônia colombiana (85% do total da população), adicionando desafios à abordagem diferencial preconizada no modelo. Assim, a atenção em saúde na região deve tanto responder às particularidades geográficas e epidemiológicas, como atender às demandas próprias da diversidade étnica e cultural.

Destarte, o MIAS para o Guainía instituiu-se com o propósito de ser um modelo:

Centrado no indivíduo, a família e a comunidade, desenvolvendo estratégias de intervenção na seguridade e a prestação de serviços de saúde, fundamentadas na gestão integral do risco em saúde, com enfoques familiar e comunitário e princípio da diversidade étnica, cultural e territorial com base na estratégia de atenção primária à saúde (COLOMBIA, 2015b. Tradução nossa).

Nesse sentido, o MIAS em Guainía orientou-se para o fortalecimento de uma APS com enfoque intercultural (COLOMBIA, 2014), considerando a medicina tradicional e o saber ancestral dos povos indígenas da região articulados com a medicina ocidental, em um processo de coexistência e cooperação com vistas à melhoria dos resultados em saúde da população.

Nesse contexto, torna-se fundamental e estratégica a aproximação ao cotidiano dos atores sociais envolvidos diretamente na prestação dos serviços de APS na região, que vivenciam mais de perto a experiência de implementação do novo modelo de atenção.

Tendo em vista as considerações apresentadas questiona-se: Como tem ocorrido o processo de construção da atenção primária à saúde, com as novas diretrizes propostas pelo novo modelo de saúde, no cotidiano de usuários indígenas e profissionais de saúde em Guainía – Colômbia?

Concordando com Fertoni (*et al.*, 2015) entende-se que no processo de configuração de um modelo de atenção à saúde, como o MIAS, vários são os elementos em nível macro e micro sistêmico que interatuam entre si, influenciando a definição das práticas assistenciais, articuladas ao contexto histórico e cultural onde ocorrem. Dentro dos elementos em nível micro destacam-se, por uma parte, os conhecimentos acumulados e tecnologias disponíveis (leves e duras) para o cuidado em saúde, e de outra, a cultura e subjetividade dos sujeitos (trabalhadores e usuários), que determinam as formas de organização das relações no cotidiano do fazer na saúde.

Pressupõe-se que as ações de APS devam considerar os contextos socioculturais onde as pessoas vivem e, portanto, mais próxima das realidades das famílias e comunidades por se constituírem em espaços de interação intercultural em que convergem construções emergentes no dia a dia, nas relações e no compartilhar com o outro. Acredita-se nesse sentido, que em um contexto intercultural como o de Guainía, a dinâmica de encontro e interação constante entre as culturas dos profissionais de saúde e dos usuários indígenas, e entre seus sistemas de pensamento, crenças e maneiras de conceber a saúde e a doença, influencia, sobremaneira, o exercício das ações da APS.

Nessa linha de ideias, defende-se a tese que a APS em Guainía está sendo construída cotidianamente fundamentada em aprendizagens acumuladas anteriores à implantação do novo modelo de saúde, sendo fortemente influenciada pela interculturalidade como processo permanente na relação entre os atores sociais envolvidos -indígenas e profissionais de saúde- por meio do intercâmbio de conhecimentos e tradições, aprendizagens e saberes específicos.

A compreensão da maneira como esta se configurando a APS em Guainía, no cotidiano dos profissionais de saúde e usuários indígenas, revelando suas características, limites e potencialidades, poderá orientar da implantação do atual modelo de atenção. Ainda mais, por constituir-se um piloto, a natureza gradativa e flexível da implementação do modelo possibilita ajustes em aspectos estruturantes a fim de garantir sua continuidade no futuro e sua implementação em outras regiões do país, onde as características geográficas, sociais e culturais são similares, como os estados de Vaupés, Vichada, Guaviare e Amazonas.

A relevância deste estudo reside também em seu aporte para o desenvolvimento de propostas que respondam às necessidades particulares em áreas com populações indígena e multicultural, sendo a garantia do direito ao cuidado culturalmente apropriado um dos principais desafios na área da saúde coletiva, principalmente na América Latina. Assim, este

estudo atinge o cerne dos desafios do cuidado realizados por serviços de saúde em zonas remotas e de difícil acesso, que requerem a adaptação de critérios de acordo com as características geográficas e étnicas do território, para garantia do acesso e demais atributos da APS.

Para a academia, este trabalho pretende apresentar subsídios para discussões teóricas contemporâneas na enfermagem transcultural e na saúde coletiva, acrescentando novas dimensões de análise para uma prática cotidiana do fazer em saúde. Busca, portanto, mostrar a relevância da compreensão do cotidiano como locus preferencial da APS, identificando uma série de fatores que, idealmente, devem ser levados em conta no desenho e implantação de políticas públicas de saúde.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Compreender o processo de construção cotidiana da atenção primária à saúde com enfoque intercultural, na perspectiva de usuários indígenas e profissionais de saúde, em Guainía – Colômbia.

1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar os elementos que têm contribuído à configuração da atenção primária à saúde como estratégia de atenção, no cotidiano de usuários indígenas e profissionais de saúde, em Guainía – Colômbia.
- Analisar a interculturalidade como componente do processo de construção da atenção primária à saúde, no cotidiano de usuários indígenas e profissionais de saúde, em Guainía – Colômbia.

2 CONTEXTUALIZANDO O CASO

2.1 Apresentando à Colômbia: dinâmica social e a trajetória do sistema de saúde

A Colômbia é um território diverso em questões biológicas culturais e étnicas. Conta com uma extensão territorial de 1.141.748 km², dividida política e administrativamente em 32 *departamentos*, 1.102 *municípios*, um *distrito capital* (Bogotá) e 20 áreas povoadas não municipalizadas. Estas últimas recentemente consideradas territórios *indígenas*, localizadas, principalmente, nos departamentos de Vaupés, Amazonas e Guainía (COLOMBIA, 2018).

Do total de 41.200.000 da população colombiana, 84,2% é mestiça, 10,3% negra, mulata e afrocolombiana, 0,01% cigana, 0,02% palenquera, 0,07% raizal, e 3,4% indígena (representada em 87 povos) (DANE, 2018). Ainda que o espanhol seja considerada a língua oficial, falam-se 64 línguas nativas, agrupadas em 13 famílias linguísticas, além do bandé no Arquipélago de San Andrés e Providencia, o palenquero no Quilombo de San Basílio e o Romaní, consideradas oficiais em seus territórios (COLOMBIA, 2016c).

Além da riqueza cultural e étnica, a diversidade da Colômbia representa-se em sua ampla variedade de espécies e ecossistemas, pelo fato de estar situada na Cordilheira dos Andes, possuir litoral nos mares Atlântico e Pacífico e mata na Região Pacífica e Amazônica (LÓPEZ, 2016b), sendo considerada o segundo país mais biodiverso do mundo.

Entretanto, o país encontra-se imerso em uma dinâmica social complexa, associada, entre outras questões, aos altos níveis de pobreza e à violência advinda do conflito armado interno existente desde metade do século XX. Contando com um dos índices de distribuição da riqueza mais desiguais da região, no ano de 2017, 26,9 % da população colombiana encontrava-se em situação de pobreza monetária e 7,4% em situação de pobreza extrema, (DANE, 2017). Além disso, apesar do acordo de paz com um grupo armado, ainda persiste uma dinâmica de conflito interno, ocasionada, sobretudo, pelo controle do território em zonas remotas e afastadas do país. Essa situação traz consequências diretas na população, como deslocamentos internos forçados e aumento nos processos de desigualdade, marginalidade e exclusão social, com impacto importante nas condições de saúde (GUTIÉRREZ, 2008).

Particularmente, o perfil epidemiológico apresenta profundas diferenças entre as zonas geográficas do país. Nas regiões mais desenvolvidas, as doenças crônicas são dominantes, enquanto nas regiões afetadas pela guerra prevalecem as lesões por causas

externas. Já nas regiões escassamente povoadas ou na Amazônia predominam as doenças transmissíveis e nas zonas de concentração de pobreza as doenças materno-infantis (COLOMBIA, 2016a).

A saúde na Colômbia foi considerada um serviço público pela Constituição Política de 1991 (COLOMBIA, 1991), sendo regulamentada como direito fundamental apenas em 2015 com a Lei Estatutária 1751, que declara o Estado responsável por respeitar, proteger e garantir a plenitude do direito fundamental à saúde (COLOMBIA, 2015a).

Por sua parte, a assistência à saúde no país, atualmente, é resultado da constituição de um sistema de saúde, cuja construção social e histórica, conforme López (2016), “apresenta diversas perspectivas, abordagens e arranjos políticos e institucionais para o fomento da saúde na sociedade ao longo do tempo” (LÓPEZ, 2016b, p. 52).

No primeiro período de desenvolvimento político-institucional (1886-1947), a assistência à saúde de responsabilidade do Estado esteve voltada para um modelo higienista, centrado principalmente no controle do setor portuário, de epidemias e saneamento ambiental (HERNÁNDEZ, 2002). Posteriormente, na tentativa de integrar os serviços de promoção e proteção da saúde nas mãos do Ministério de Saúde Pública e das Direções Departamentais de Saúde, e tendo os serviços de atendimento de enfermidades e os beneficiários sob responsabilidade da seguridade social, criou-se o *Sistema Nacional de Salud* (SNS) (LÓPEZ, 2016b).

O SNS correspondeu a um sistema de predomínio público, baseado na assistência social, centralizado no Estado e financiado principalmente por impostos. Esse sistema foi institucionalizado por três subsetores: o público para trabalhadores do setor público, o privado para trabalhadores do setor privado e independentes, e a assistência pública para as pessoas desprovidas de seguridade social (BONIN, 2016).

Segundo Hernández (2002) o desenvolvimento do SNS apresentou dificuldades desde sua criação, em 1975. A fragmentação financeira e administrativa dos três subsetores, existente desde anos anteriores, continuou sendo um dos principais obstáculos à implantação do sistema (HERNÁNDEZ, 2002; PRADA, 2012; BONIN, 2016). Além disso, o SNS foi marcado por grandes deficiências de cobertura e no acesso aos serviços de saúde (BONIN, 2016). Conforme Hernández (2000), durante sua vigência, apenas 40% da população estava coberta pelo sistema, 17% estavam amparados por modalidades de pré-pagamento, orientadas pelo setor privado, 25% da população não contava com nenhum tipo de cobertura e 18% eram assegurados pelo subsetor de seguridade social.

Com o percurso da descentralização política, administrativa e fiscal no país, ocorrida no início dos anos de 1990, fortaleceu-se no âmbito do SNS a estratégia dos *Sistemas Locales de Salud* (SILOS), acolhendo a proposta da OMS/WHO de atingir a meta de saúde para todos. Essa estratégia foi formulada com o propósito de alcançar a universalização do acesso mediante a expansão da atenção básica e fortalecer o processo de descentralização do SNS (HERNÁNDEZ, 2002). Dessa forma, a participação comunitária e a adoção da gestão municipal, incorporadas com o esquema SILOS (PRADA, 2012), permitiram o desenvolvimento de importantes logros em matéria de APS, como a estruturação da rede local de serviços nos chamados “distritos sanitários”, a conexão entre os planos locais de saúde e de desenvolvimento econômico e social dos municípios, entre outros (VEGA; ACOSTA, 2014).

Simultaneamente, começaram a surgir no panorama internacional as primeiras formulações do Banco Mundial relacionadas ao financiamento dos sistemas de saúde que, pouco a pouco, foram incorporadas no debate nacional de vários países da América Latina com o nome de “reformas sanitárias” (HERNÁNDEZ, 2002). Segundo Lecovitz e Costa-Couto (2018) tais reformas estavam concentradas nos aspectos financeiros e de gestão, com destaque para a busca de eficiência microeconômica, privatização, descentralização e separação das funções de reitoria, financiamento, seguridade e prestação de serviços (que deveria ser compartilhada com – ou totalmente transferida a – entes privados).

Na Colômbia a adoção dessa proposta começou a formar-se no início da década de 1990, sendo a promulgação da Constituição Política de 1991 o ponto de partida para uma reforma estrutural ao SNS (HERNÁNDEZ, 2002). Conforme delegação constitucional, o governo nacional estabeleceu uma nova proposta de reforma para o setor de saúde e de seguridade social, que culminou na criação do SGSSS, por meio da Lei 100 de 1993.

O SGSSS, ainda vigente, surgiu então, com base em um modelo de “pluralismo estruturado” (LÓPEZ, 2016b), incorporando diretrizes como:

A participação de empresas seguradoras na administração dos recursos e dos riscos em saúde; a expansão da prestação privada de serviços; a participação financeira dos cidadãos segundo capacidade de pagamento e a adoção de pacotes básicos de benefícios e focalização nos pobres (LÓPEZ; PEREIRA; MACHADO, 2017, p. 2.)

A Lei 100 aprovou a composição do SGSSS por meio de dois regimes de contribuição: o Regime Contributivo (RC) e o Regime Subsidiado (RS). O RC destinado aos trabalhadores assalariados ou independentes (que ganham acima de um salário mínimo) e aos pensionistas, financiado por contribuições da iniciativa privada e dos trabalhadores; e o RS

orientado para dar cobertura à população de baixa renda, financiado com base em contribuições cruzadas entre trabalhadores do setor formal e aportes do governo por meio da cobrança de impostos (BONIN, 2016). Além desses dois regimes, criou-se um regime especial, excetuado do SGSSS, para os militares, professores do setor público e a Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL) (GIOVANELLA, 2015).

Para a gestão da afiliação em saúde e a administração de fundos públicos, a Lei determinou a intermediação das *Entidades Promotoras de Salud* (EPS). As EPS são as encarregadas de segurar os usuários e contratar a prestação de serviços de saúde com as *Instituciones Prestadoras de Salud* (IPS) (públicas ou privadas), organizadas de acordo com os níveis de complexidade: Nível I (atenção básica), Nível II (média complexidade) e níveis III e IV (alta complexidade). A população tanto do RC como do RS é protegida mediante o *Plan Obligatorio de Salud* (POS), que inclui um pacote de serviços ao nível individual, e o *Plan de Salud Pública* ao nível coletivo (GIOVANELLA, 2015).

Desde sua criação até hoje, o SGSSS tem sido reformado em sua estrutura geral mediante diferentes normas, destacando-se, principalmente, as impulsionadas em 2007, 2009 e 2011. Porém, de acordo com López, Pereira e Machado (2017), essas reformas introduziram apenas mudanças instrumentais, sem romper com a configuração estrutural e a racionalidade econômica do sistema de saúde vigentes desde 1993. Dessa forma, “manteve-se a participação do setor privado na administração dos recursos do seguro social e na prestação de serviços de saúde, bem como a ênfase no Estado regulador e contratual” (LÓPEZ; PEREIRA; MACHADO, 2017, p. 5). Nesse sentido, ainda que, com a implementação do SGSSS, consiga-se superar os problemas de cobertura do antigo SNS, e atingir 95% da população colombiana em 2015 (COLOMBIA, 2017), os principais problemas de financiamento, inequidade e acesso aos serviços permaneceram (BONIN, 2016).

A separação e especialização das funções de direção, financiamento, seguridade social e provisão de serviços, com a inclusão de diversos agentes públicos e privados acentuaram a segmentação do sistema (GIOVANELLA, 2015). Consequentemente, apareceram três grandes problemas que foram destacados pelo próprio MSPS em 2016: 1) um esquema de prestação de serviços orientado à resolutividade de alta complexidade, com baixa capacidade de execução das ações preventivas em nível primário; 2) um sistema centrado principalmente na gestão financeira, sobrepondo o objetivo missionário de gestão dos riscos da saúde; e 3) resultados negativos para os usuários, representados em barreiras de acesso aos serviços e a limitada resolutividade de procedimentos (COLOMBIA, 2016a).

Nesse contexto, surgiu a política PAIS e seu componente operacional, o modelo MIAS, como uma alternativa do Estado para resolver alguns dos problemas acumulados no SGSSS em seus mais de 20 anos de operação (COLOMBIA, 2016a). Tomando como principal estratégia a APS com enfoque familiar e comunitário, a gestão integral do risco e o enfoque diferencial, o MIAS, como diretriz nacional, incluiu dez componentes:

1. A caracterização da população segundo curso de vida e grupos em risco.
2. A definição de Rotas Integrais de Atenção (RIAS) e eventos específicos de atenção.
3. A gestão integral do risco, identificando os grupos potenciais, desenhando modelos preditivos, avaliando a efetividade dos serviços e garantido os sistemas de informação.
4. A delimitação territorial compreendendo população urbana, rural e dispersa.
5. O fortalecimento das redes integradas de prestadores de serviços de saúde, em seu componente primário e complementar.
6. A definição do papel do segurador para a gestão do risco financeiro, interação com outros atores e a gestão das redes de prestação dos serviços.
7. A redefinição do esquema de incentivos aos seguradores, promovendo a diminuição das diligências burocráticas na atenção.
8. O requerimento de um sistema de informação que integre os diferentes componentes do modelo.
9. O fortalecimento do recurso humano em saúde.
10. A consolidação da pesquisa, inovação e apropriação do conhecimento em saúde.

Buscou-se assim, com este modelo, lograr a articulação e harmonização da seguridade, a prestação integral dos serviços de saúde e o desenvolvimento de políticas e programas de saúde pública por meio de processos de gestão social e política intersectorial (MORENO, 2016). Entretanto, ao observar dificuldades na consecução dessa finalidade, a proposta sofreu uma reforma em fins do ano de 2019, que deu origem ao Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), incorporando os desenvolvimentos executados por meio dos

componentes do MIAS –acima citados- e facilitando a coordenação entre os diferentes atores do SGSSS (COLOMBIA, 2019)¹.

2.2 O enfoque intercultural na atenção primária à saúde

Desde a declaração de Alma-Ata tem se reforçado a discussão sobre a importância da incorporação da interculturalidade nos modelos de atenção à saúde dos países, sendo considerada uma estratégia importante para melhorias ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde prestados em áreas com população indígena e multicultural (CEVALLOS; AMORES, 2009).

Na América Latina, o enfoque intercultural na saúde ganha relevância nos anos de 1980 e 1990 em países como Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, México e Venezuela com uma série de reformas constitucionais que, sendo parte de processos de redemocratização mais amplos, passaram a reconhecer explicitamente a diversidade étnica e cultural de suas nações e a necessidade de criar políticas públicas diferenciadas para estas populações (LANGDON; CARDOSO, 2015; SILVEIRA, 2017). Nesse mesmo sentido, a maioria dos países da região aderiu à Convenção OIT nº 169 de 1987 sobre “Povos Indígenas e Tribais em países independentes” com intuito de reconhecer e avançar nas garantias dos direitos indígenas (LANGDON; CARDOSO, 2015).

Embora com particularidades por país, na América Latina o enfoque intercultural nos serviços de saúde tem se caracterizado pelas dificuldades para concretizar os avanços no âmbito jurídico, em políticas de saúde que efetivamente atendam às necessidades das populações indígenas (LANGDON; CARDOSO, 2015). Nesse sentido, a maioria dos países da região tem optado por dar um lugar destaque às políticas de atenção primária em saúde e à criação de novos papéis nas equipes de saúde como “agente indígena”, “promotor indígena de saúde”, “facilitador intercultural” ou similares, com o objetivo de mediar as comunidades indígenas com as equipes de saúde (LANGDON; CARDOSO, 2015).

No caso específico da Colômbia, o enfoque intercultural dos serviços de saúde, entendido como o reconhecimento, respeito e a articulação com os saberes e práticas de saúde dos povos indígenas, começou a se formar nos últimos anos de vigência do SNS, com a expedição do Decreto 1811 de 1990. Nesse decreto, estabeleceu-se a adequação, formulação e execução de programas de saúde dirigidos aos povos indígenas, incluindo a gratuidade na

¹ Cabe salientar que, por ser este um desenvolvimento posterior à coleta de dados e implantado na fase final desta pesquisa, o presente documento fará referência estritamente ao modelo MIAS.

prestação de serviços e a participação comunitária, com a vinculação de *promotores de salud indígenas* para assistência nas aldeias (COLOMBIA, 1990).

Segundo Izquierdo (2007), essa política constituiu um avanço importante na luta pelo reconhecimento dos direitos à saúde dos povos indígenas, alcançando um fortalecimento dos programas de APS com participação ativa das comunidades. Entretanto, apresentou dificuldades relacionadas aos recursos para sua execução, dado que dependiam, basicamente, da vontade política dos governos dos estados.

Em seguida, a discussão sobre a interculturalidade na saúde obteve maior relevância a partir do reconhecimento da natureza multiétnica e pluricultural do país na Constituição Política de 1991. Foi determinado ao estado colombiano a obrigação de reconhecer e proteger a diversidade étnica e cultural, em cumprimento ao Convenio 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) (GISI, 2013).

Porém, o enfoque cultural e étnico não foi contemplado com a entrada em vigência em 1993 do SGSSS, sendo somente em 2001, com a criação da Lei 691, que se regulamentou a participação das comunidades indígenas por meio da adequação do *Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado para los Pueblos Indígenas* (COLOMBIA, 2001).

Os delineamentos dessa adequação, posteriormente detalhados no Acordo 326 de 2005 (COLOMBIA, 2005), contemplaram entre outros aspetos:

- a) As ações de medicina tradicional, consideradas como: “os conhecimentos, práticas, rituais, conceitos e processos de saúde integral, que ancestralmente têm realizado os povos indígenas como modelo de vida coletiva, no âmbito da cosmologia de cada povo” (COLOMBIA, 2005, tradução nossa).
- b) A adaptação sociocultural dos serviços de saúde não indígenas de acordo às condições sociais, culturais, organizacionais, ambientais, populacionais e de cosmologia, de forma a garantir a oportunidade, acessibilidade, qualidade e efetividade do serviço.
- c) A promoção e prevenção da saúde indígena dentro dos processos organizativos de cada povo.

No âmbito dessa Lei estabeleceram-se, ainda, as regulamentações necessárias para a criação das *Entidades Promotoras de Salud Indígena* (EPSI), que consistem em empresas seguradoras criadas e administradas diretamente pelas próprias comunidades indígenas.

Determinou-se para as EPSI o cumprimento da mesma normatividade vigente para as EPS, contando apenas com algumas exceções e benefícios, como por exemplo, auxílios na unidade de pagamento por cada pessoa segurada. Ademais, a interculturalidade foi considerada um dos princípios norteadores da APS na Lei 1438 de 2011 incluindo, entre outros elementos, “as práticas tradicionais, alternativas e complementares para a atenção à saúde” (COLOMBIA, 2011) e como parte dos componentes essenciais para garantir o direito à saúde e a proteção dos povos indígenas contemplado na Lei estatutária 1751 de 2015 (COLOMBIA, 2015a).

Entretanto, apesar dessas considerações em matéria legislativa, os avanços na articulação dos sistemas de saúde indígenas na APS têm sido limitados na prática. Essas articulações estão reduzidas a casos pontuais, enquanto produtos de iniciativas autônomas de algumas comunidades indígenas ou a projetos específicos desenvolvidos por vontade política dos governos *departamentais* ou apoiados por Organizações Não Governamentais (ONG). Mesmo que a abertura da participação das comunidades no SGSSS tenha permitido importantes resultados no enfoque intercultural da saúde, como a formulação do *Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural* - SISPI, centrado no reconhecimento, respeito e fortalecimento da sabedoria ancestral (GISI, 2013), os avanços nessa matéria têm dependido, em muitos casos, dos contextos em que se desenvolvem as iniciativas e da capacidade de atuação e liderança das organizações indígenas, gerando resultados díspares na prática (JIMENO, 2012 *apud* LANGDON; CARDOSO, 2015).

A esse respeito, alguns autores têm documentado experiências particulares de modelos de saúde com enfoque de APS intercultural, desenvolvidos em diferentes territórios e comunidades indígenas do país.

Um das primeiras experiências, registrada por Zambrano e Méndez (1991), foi impulsionada pela *Fundación para las Comunidades Colombianas* que desenvolveu um programa de APS com povos Indígenas da Orinoquia e da região Andina. O programa tinha o intuito de contribuir para melhorias no nível da saúde por meio do aprofundamento do conhecimento dos problemas e das práticas culturais dos grupos étnicos envolvidos, além de resgatar e zelar pela conservação de práticas tradicionais, evitando a substituição pelas provenientes da medicina ocidental ou facilitando o intercâmbio quando fosse possível.

Suárez (2001) descreveu o processo de construção de um modelo de saúde para os povos indígenas no *departamento* de Amazonas, trazendo como exemplo o caso do *resguardo* Mirití-Paraná. O modelo resultou de um trabalho conjunto entre as comunidades indígenas e os atores do sistema de saúde, levando em conta as particularidades culturais e sociais a fim

de melhorar as condições de bem-estar das comunidades. O modelo incluiu uma reorganização dos serviços de saúde na conformação de um *Plan de Atención Básica* (PAB) indígena, a capacitação de *promotores* e profissionais de saúde em práticas culturais e medicina tradicional e o controle social por parte das organizações indígenas.

Do mesmo modo, Guevara-Garzón (2003) apresentou os avanços e entraves de um modelo operativo de prestação de serviços de APS integral e intercultural, desenvolvido com as comunidades indígenas do *departamento* de Vaupés. O mesmo resultou em um esforço por parte do governo do *departamento* e as lideranças indígenas, para o alcance da complementaridade da medicina tradicional e a ocidental no âmbito do SGSSS. O autor enfatizou na necessidade de manter a assessoria e seguimento constante ao talento humano encarregado de desenvolver as ações de APS, a fim de garantir a permanência do modelo.

Mais recentemente, dois estudos etnográficos descreveram experiências na expressão da interculturalidade em saúde com diferentes comunidades indígenas nos departamentos de Amazonas e Caldas. O primeiro, realizado por Patiño e Sadín (2014) buscou compreender as conceituações sobre saúde-doença e apresentar as propostas sobre o sistema sanitário planejado pelas comunidades indígenas das etnias Tikuna, Cocama e Yagua do município de Puerto Nariño (Amazonas). Foi executado entre os anos 2010 e 2014 e evidenciou a falta de informação e entendimento por parte das entidades governamentais de saúde sobre a demanda principal das comunidades indígenas: a de serem escutadas quando são tomadas decisões que afetam sua saúde e sua forma de concebê-la.

O segundo, desenvolvido por Cardona, Rivera e Carmona (2015), teve como objetivo determinar as conceituações e práticas de saber ancestral que contribuem com a interculturalidade na saúde de um povo Emberá-Chamí assentado nos municípios de Riosucio e Supía. Evidenciou-se como os elementos do universo simbólico indígena potencializam a interculturalidade em saúde e possibilitam um maior sucesso dos programas de prevenção da doença e promoção da saúde.

Finalmente, Vega e Acosta (2015) destacaram as experiências de modelos de APS interculturais no âmbito das EPSI, desenvolvidos por iniciativa própria dos povos indígenas originários da Sierra Nevada de Santa Marta e do Cauca. Nesses modelos destaca-se o uso amplo de *promotores* de saúde indígena, encarregados de desempenhar a dupla missão de aprimorar e promover as cosmologias e práticas da medicina tradicional indígena e servir de interlocutores com os profissionais da medicina ocidental; assim como o trabalho articulado entre médicos tradicionais e parteiras com a equipe de saúde ocidental.

Em geral, os autores concordam em afirmar que os modelos de saúde intercultural desenvolvidos até o momento na Colômbia têm emergido, em grande parte, como resultado das lutas destes povos pelo reconhecimento de sua medicina tradicional, a preservação de seus saberes ancestrais e sua reivindicação pelo direito à saúde. Entretanto, de maneira similar a outros países da América Latina, na Colômbia tem sido evidente a discrepância entre avanços na ordem jurídica e reverses nas práticas estatais como tendência dominante na implementação das ações em saúde indígena no país (SILVEIRA, 2017).

2.3 A “terra de muitas águas”: o novo modelo de saúde em Guainía

A “terra de muitas águas” nas línguas da família arawak é o significado de Guainía, um *departamento* (estado) localizado no extremo centro-leste da Colômbia, no nordeste da Amazônia colombiana. O nome deve-se à presença no território de oito rios: Guaviare, Inírida, Atabapo, Guainía, Isana, Cuiarí, Negro e Orinoco (CARLOS; GUTIERREZ; FRANCO, 2006). Limita ao norte com o departamento de Vichada, ao leste com a Venezuela, ao Sul com o Brasil e ao oeste com os departamentos de Vaupés y Guaviare (COLOMBIA, 2015b). A capital é Inírida, sendo o único município. Possui oito *corregimientos* (distritos rurais): Barrancominas, Cacahual, La Guadalupe, Mapiripana, Morichal, Pana-Pana, Puerto Colombia e San Felipe (Figura 1).



FIGURA 1- Localização geográfica departamento de Guainía – Colômbia
Fonte: Secretaría Departamental de Salud del Guainía, 2018.

A população estimada é de 46.446 habitantes, sendo 48,6% mulheres e 51,4% homens (DANE, 2018). A maioria de habitantes (52%) concentra-se na zona rural, contando com um índice de dispersão populacional de 0,5 habitantes por Km², um dos mais altos do país. Do total da população, 85% é indígena (33.487), sendo 97% da área total do território declarada terra indígena (COLOMBIA, 2015b).

Os povos indígenas da região pertencem a oito grandes etnias: Curripaco, Puinave, Piapoco, Sikvani, Tukano, Desano, Yeral e Cubeo. Todos são falantes de sua língua nativa e, por sua longa história de contato com a sociedade ocidental, do espanhol, sobretudo jovens e adultos. Além disso, o território conta com representantes de outros povos minoritários, provenientes em sua maioria das regiões próximas (Quadro 1).

QUADRO 1
Distribuição da população indígena do departamento de Guainía

Etnia	Total população	Porcentagem
Curripaco	12.725	38
Puinave	6.697	20
Piapoco	5.023	15
Sikvani	3.349	10
Tukano	1.339	4
Desano	1.005	3
Yeral	1.005	3
Cubeo	1.005	3
Outros	1.339	4
TOTAL	33.487	100

Fonte: Secretaria Departamental de Salud del Guainía, 2015



FIGURA 2 - Mulheres e crianças Sikvani comunidade Puerto Esperanza

Fonte: Acervo da autora – comissão de saúde

Os principais meios de acesso e transporte no departamento são por via fluvial e aérea. O tempo de viagem entre as aldeias e a capital pode variar entre horas e dias, dependendo da estação do ano devido às mudanças nos níveis dos rios que podem dificultar ou favorecer a navegação (COLOMBIA, 2015b). A economia da região baseia-se principalmente na mineração, pecuária, pesca, comércio formal e informal e empregos relacionados às entidades do setor público. Porém, 75% da população encontra-se abaixo da linha da pobreza. Além da prevalência de questões sociais que afetam a ordem pública na região, como a presença de grupos armados e a mineração ilegal, ocasionando problemas de violência e deslocamento forçado da população (BERNAL *et al.*, 2014).

Esse contexto de desigualdade dos fatores sociais e econômicos tem gerado um impacto significativo nos altos índices de morbidade e mortalidade presentes na população de Guainía, que são consideravelmente superiores em comparação a outras regiões do país (COLOMBIA, 2017). Essa situação evidencia-se, especialmente, em indicadores como a mortalidade materna e infantil, que tem como uma das causas a desnutrição em crianças menores de cinco anos, que é 14 vezes maior em relação ao índice nacional (SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL GUAINÍA, 2018).

O departamento vivenciou uma crise na saúde que se agudizou na primeira década de 2000, como consequência dos problemas na prestação dos serviços de saúde, relacionados com a desarticulação entre centros, postos de saúde e o hospital, crise financeira, baixa capacidade resolutiva, sistemas de informação incipientes e infraestrutura física inapropriada e deteriorada (COLOMBIA, 2014). Tal situação levou o MSPS a privatizar, em 2012, o único hospital da zona, para resolver sua instabilidade financeira (COLOMBIA, 2017). Aliado à formulação de um modelo de atenção capaz de garantir o acesso efetivo da população da região aos serviços de saúde, conforme as particularidades geográficas e culturais do território.

Nesse contexto, surge o MIAS, como iniciativa de implementação de um teste piloto, anteriormente a ser declarado como política nacional em 2016. As discussões sobre a formulação desse modelo em Guainía concretizaram-se no primeiro semestre de 2014, quando por meio de uma parceria entre o MSPS e o governo departamental, assessorados pelo BID e por uma universidade privada, realizou-se uma consulta prévia com os principais representantes das organizações indígenas da região, no intuito de avaliar, definir e propor as diretrizes do modelo (COLOMBIA, 2015b).

Como resultado desse processo foi expedido o Decreto 2561 de Dezembro de 2014 “Pelo qual se definem os mecanismos que permitam melhorar o acesso aos serviços de saúde da população afiliada ao SGSSS e fortalecer a seguridade no departamento de Guainía” (COLOMBIA, 2014, tradução nossa). Também foram estabelecidas as definições normativas e alinhamentos técnicos e operativos do MIAS publicado pelo MSPS em 2015 (COLOMBIA, 2015b).

Segundo este último documento o MIAS é definido como:

Um modelo de seguridade e prestação de serviços de saúde projetado para ser implementado, inicialmente, no departamento de Guainía, como uma experiência piloto. Tem uma abordagem baseada no princípio da diversidade étnica e cultural e na Atenção Primária à Saúde, com ênfase no componente familiar e comunitário, bem como nos processos que garantam a articulação dos atores sociais e dos agentes do sistema, de forma a garantir efetivamente o acesso da população aos serviços de saúde (COLOMBIA, 2015b, p. 30, tradução nossa).

Os dez componentes estabelecidos para o MIAS como diretriz nacional (COLOMBIA, 2016a) foram adaptados para Guainía em cinco: 1) seguridade social; 2) intervenção na prestação de serviços; 3) fortalecimento institucional; 4) auditoria técnica e financeira e 5) inspeção de vigilância, controle e avaliação (COLOMBIA, 2015b).

O primeiro componente, **a seguridade**, define a operação do modelo por meio de uma empresa asseguradora ou EPS única, selecionada por concurso público, encarregada de prestar atenção à saúde de toda a população do departamento, focando-se principalmente no regime subsidiado.

O segundo componente, **a intervenção na prestação de serviços**, refere-se a uma série de disposições definidas com o intuito de garantir a adequada prestação dos serviços de saúde, dentro das que se encontram:

- A determinação de algumas atividades mínimas a serem executadas, como visitas domiciliares às famílias, a criação de equipes para atração de usuários, a promoção e prevenção por meio de rotas prioritizadas para a gestão integral do risco e a atenção hospitalar que permita a demanda induzida.
- A organização da operação da rede de prestação de serviços por áreas e bacias hidrográficas, estabelecendo zonas de atuação e responsabilidades para os postos, centros de saúde e o hospital.
- O fortalecimento dos recursos humanos gerando-se uma lista de cargos, com suas respectivas competências e responsabilidades, considerados necessários para a

prestação dos serviços. Determina-se a criação do papel de *Gestor Comunitário de Saúde*, sendo um membro da comunidade encarregado da promoção da saúde nas comunidades indígenas e da articulação entre a medicina tradicional e ocidental, além da contratação de curadores tradicionais (*pajés* e *parteiras*) para fazer parte da rede primária de serviços.

-As melhorias em infraestrutura e tecnologia fundamental para a operação do modelo, contemplando a consolidação da rede primária e complementar conformada por postos, centros de saúde e hospital. Aquisição de novos equipamentos médicos, fortalecimento dos sistemas de comunicação, ferramentas de telemedicina e meios de transporte à disposição dos prestadores de saúde.

O terceiro componente, o **fortalecimento institucional**, refere-se à busca por implementar melhores processos de gestão a fim de conseguir articular com sucesso todos os atores envolvidos na prestação de serviços de saúde.

O quarto componente, a **auditoria técnica e financeira**, contempla a indispensabilidade de se contratar um interventor que faça uma avaliação periódica ao progresso na implementação do modelo, suas finanças e na qualidade do serviço oferecido.

Por último, o quinto componente, a **inspeção de vigilância e controle**, corresponde à supervisão por parte da *Superintendencia Nacional de Salud*, e à *avaliação* do processo a cargo do *Departamento de Planeación Nacional* (DNP) como entidades de controle do governo nacional.

Da mesma forma, a APS com enfoque intercultural, centrada na família e na comunidade como principal estratégia de atenção do modelo, contempla como diretrizes: 1) a organização da população de acordo com as áreas definidas; 2) a garantia da participação comunitária na construção e adequação do modelo mediante a análise da situação de saúde, definição de prioridades, articulação de saberes e tradições, *planos de vida* construídos autonomamente pelos povos indígenas e avaliação permanente com a participação das instâncias representativas; 3) a garantia da articulação intersectorial para intervenção nos determinantes sociais; 4) a garantia da prestação dos serviços de saúde por meio da formação de talento humano e melhoria da infraestrutura e tecnologia em saúde e 5) o monitoramento e prosseguimento às atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças de acordo com a realidade sociocultural do território (COLOMBIA, 2014).

A experiência de implementação do MIAS em Guainía começou a ser efetuada em maio de 2016, estimando um período de cinco anos para avaliação do teste piloto.

Finalizado esse período seria realizada uma avaliação para definir a continuidade e os ajustes pertinentes para que o programa possa ser replicado em outros departamentos do país.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 A abordagem teórica – metodológica

Para o desenvolvimento da presente pesquisa optou-se pela metodologia qualitativa com abordagem de estudo de caso, sob o olhar teórico da Sociologia Compreensiva do Cotidiano, segundo Michel Maffesoli (1984; 2010).

A escolha pela pesquisa qualitativa norteia-se pela natureza do objeto de estudo, que implica uma aproximação compreensiva a um fenômeno da experiência cotidiana para captar seu caráter subjetivo. Segundo De la Cuesta (2000, p. 7), “a pesquisa qualitativa se interessa por como as experiências são vividas e interpretadas por quem as vive”. Portanto, busca compreender o fenômeno como parte da realidade humana vivida socialmente, partindo do entendimento de que o ser humano se distingue, não apenas por suas ações, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com os outros (MINAYO, 2014 *apud* OLIVEIRA, 2019). Dessa forma, meu interesse nessa pesquisa visa à compreensão da construção cotidiana da APS, desde as vivências de indígenas e profissionais de saúde em seu dia a dia, ligadas a uma realidade sociocultural complexa e ao presente: “o aqui e agora” (MAFFESOLI, 2010).

Para Maffesoli (2009) a compreensão implica em uma aproximação do mundo tal qual ele é, sem intenções explicativas, exigindo ao pesquisador sair do dogma para uma atenção sem preconceitos. Esta análise não se reduz a categorias econômicas ou políticas, permitindo descrever os fenômenos tal qual eles se apresentam, na banalidade da vida cotidiana. Nesse sentido, a sociologia compreensiva se ocupa por “descrever o vivido naquilo que é/está, contentando-se, assim, em discernir as visadas dos diferentes atores envolvidos” (MAFFESOLI, 2010, p. 30).

No âmbito da Sociologia Compreensiva, Maffesoli (2010) destaca cinco pressupostos teóricos, sendo a *crítica ao dualismo esquemático* o primeiro deles. Essa crítica faz referência à constante oscilação entre as perspectivas sociológicas que, por um lado fazem ênfase à construção, à crítica, ao mecanismo e à razão; e de outro, insistem no sentimento, no orgânico e na imaginação (MAFFESOLI, 2010). Portanto, aponta para a importância de que haja uma dosagem sutil entre erudição (crítica, razão) e paixão (sentimento, imaginação) para que se possa pensar em termos de globalidade um fenômeno qualquer (NÓBREGA *et al.*, 2012).

O segundo pressuposto descrito pelo autor é a “*forma*”. Trazendo a noção de *formismo*, Maffesoli (2010) propõe a obtenção de um equilíbrio apto ao perceber o lógico e o “não lógico” que modelam o dado social. Nesse sentido, o *formismo* “parece bastante adequado para descrever de dentro os contornos, os limites e a necessidade das situações e das representações constitutivas da vida cotidiana” (MAFFESOLI, 2010, p. 31).

O terceiro pressuposto é a *sensibilidade relativista*. Nele o autor explicita que “não há uma realidade única, mas, maneiras diferentes de concebê-la” (MAFFESOLI, 2010, p. 36). As histórias humanas retornam de modo cíclico, não havendo novidades reais, somente sua ponderação tecnicista apresenta alterações. Daí a importância em se exigir uma sociologia aberta, apta a integrar saberes em um conhecimento plural, que possa se construir e se desfazer.

O quarto pressuposto trazido pelo autor é *uma pesquisa estilística*. Refere-se ao fato de que em toda abordagem intelectual existe uma “estilização da existência”, sendo necessário “encontrar o modo de expressão capaz de dar boa conta da polissemia de sons, situações e gestos que constituem a trama social” (MAFFESOLI, 2010, p. 43). Para o autor a ciência precisa se mostrar entre a “empatia e a forma” com uma escrita polissêmica, aberta e reflexiva, sem que com isto perca, necessariamente, o seu rigor científico.

O *pensamento libertário* é o quinto pressuposto. O autor faz um chamado a trabalhar pela “liberdade do olhar”, que pode ser “a um só tempo insolente, ingênua, mesmo trivial e, pelo menos, incomoda - mas abre as brechas e permite intensas trocas” (MAFFESOLI, 2010, p. 46). Para Maffesoli (2010) o pesquisador é, ao mesmo tempo, ator e participante, pois a compressão exige proximidade e empatia, só desse modo é possível apreender ou pressentir as sutilezas, os matizes e as discontinuidades do jogo social.

Olhar o fenômeno, norteada pelos pressupostos da Sociologia Compreensiva permitiu-me como pesquisadora assumir “um pensamento estruturalmente aberto” (MAFFESOLI, 2007), a fim de apreciar e apreender as interações, expressões, fenômenos e maneiras de ser no cotidiano dos usuários indígenas e profissionais de saúde no âmbito da APS.

A compressão íntima do objeto dessa pesquisa exigiu, por tanto, uma descrição ampla e profunda de um fenômeno desenvolvido na vida cotidiana, justificando assim a escolha do método de estudo de caso. O estudo de caso, segundo Yin (2015) constitui “o método preferido quando o enfoque está sobre um fenômeno contemporâneo em seu contexto

no mundo real” (YIN, 2015, p. 2), possibilitando, nesta pesquisa, reter as características holísticas e significativas da construção cotidiana da APS.

Para Yin (2015) o estudo de caso é “uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo (“o caso”) em profundidade em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes” (YIN, 2015, p. 17). Dessa maneira, a pesquisa de estudo de caso implica assumir que o entendimento do fenômeno (“o caso”) engloba importantes condições contextuais, ou seja, o fenômeno a ser investigado não pode ser afastado de seu contexto atual.

Além disso, segundo Yin (2015) a pesquisa de estudo de caso é característica porque:

Enfrenta a situação claramente diferenciada em que existirão muitas mais variáveis de interesse do que pontos de vista dados, e, como resultado conta com múltiplas fontes de evidência, com os dados precisando convergir de maneira triangular, e como outro resultado beneficia-se do desenvolvimento anterior das proposições teóricas para orientar a coleta e análise de dados (YIN, 2015, p. 18).

Nesse sentido, conforme o autor “a pesquisa de estudo de caso compreende um método abrangente, cobrindo a lógica do objeto, as técnicas de coleta de dados e as abordagens específicas à análise de dados” (YIN, 2015, p. 18). Aliás, pode abarcar diferentes orientações epistemológicas, desde uma *realista* até uma *relativista* ou *interpretativista* (YIN, 2015), sendo esta última a assumida neste estudo. Considerando que a unidade de análise ou “caso” a ser estudado corresponde à: *construção cotidiana da atenção primária à saúde em uma região da Amazônia colombiana*, optou-se por um estudo de caso único holístico.

A justificativa para a eleição de um caso único responde à particularidade do objeto a ser estudado e ao contexto onde ele acontece. Assim, ao se constituir a APS como principal estratégia dentro de um modelo piloto de saúde para zonas dispersas na Colômbia, o processo merece ser analisado em profundidade a partir da perspectiva dos atores sociais envolvidos. Dessa forma, de acordo com Yin (2015), a abrangência que permite um caso único holístico torna-se suficiente para captar as circunstâncias e as condições imersas no cotidiano da APS em Guainía.

3.2 O cenário do estudo

O presente estudo é desenvolvido no departamento de Guainía, localizado no nordeste da Amazônia Colombiana (COLOMBIA, 2015b). A escolha dessa região deu-se por se tratar do primeiro território com população dispersa do país em implantar as diretrizes do

modelo de saúde MIAS. Além de meu interesse como pesquisadora em me aprofundar nos desafios do trabalho na APS em contextos interculturais.

Considerando que 89% do total da população pertencem ao *regime subsidiado* de saúde e que o modelo de saúde MIAS concentra-se especialmente neste regime, optou-se por escolher como cenários de estudo desta pesquisa: os espaços *intramurales* (intramuros) e *extramurales*² (extramuros) de prestação de serviços de APS *do regime subsidiado*, ou seja, os postos de saúde, os centros de saúde e a unidade de Promoção e Prevenção do hospital, pertencentes à rede pública de atenção.

Com a entrada em vigência do modelo MIAS em 2016, a rede de serviços de saúde em Guainía organizou-se em cinco zonas localizadas ao longo das bacias hidrográficas da região (Guaviare-Atabapo, Inírida, Guainía-Rio Negro e Isana-Cuyarí), preservando uma estrutura hierárquica de complexidade crescente (Figura 3). A primeira instância de atendimento é constituída por 23 postos de saúde localizados nas aldeias, com continuidade nos 4 centros de saúde que auxiliam aos postos, e por último, o hospital na área urbana (nível II), conveniado com um hospital universitário fora da região para encaminhamentos de maior complexidade (nível III e IV).

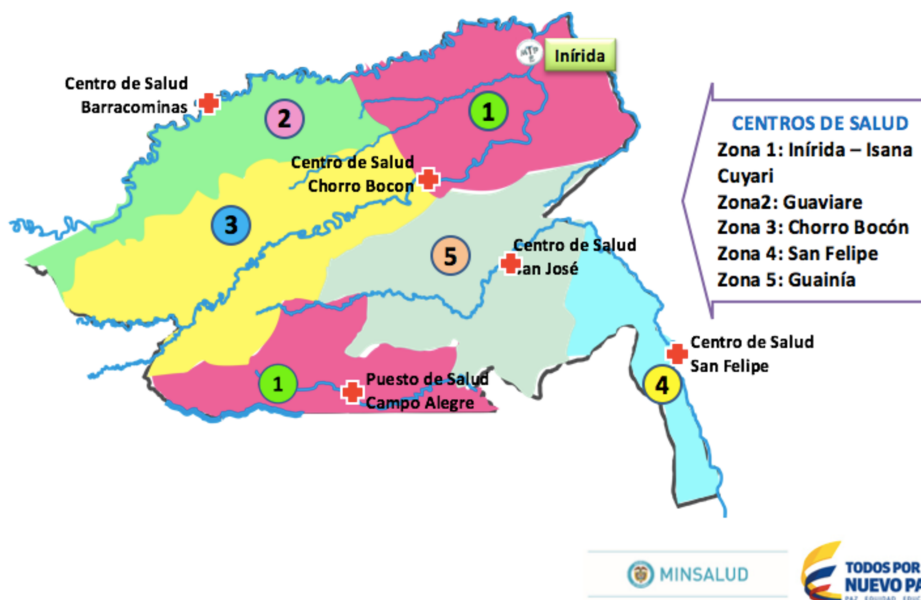


FIGURA 3 - Organização por zonas da rede pública de saúde de Guainía
 Fonte: Ministerio de Salud y Protección Social, 2016

² Segundo o Ministerio de Salud y Protección Social o termo *intramural* faz referência à atenção - seja ambulatoria ou hospitalar - prestada no interior de qualquer unidade de saúde; e *extramural* à atenção oferecida fora das unidades de saúde ou em outros espaços não especificamente destinados à saúde (domicílio, escola, comunidade etc.).

1) Postos de saúde: encontram-se distribuídos ao longo de todo o departamento. Cada posto de saúde é responsável por uma área de influência com uma população aproximada de 1000 pessoas (100 -200 famílias). Prestam-se serviços de baixa complexidade que incluem: realização de consultas de promoção e prevenção, tomada de provas de diagnóstico rápido (malária, dengue, gravidez, HIV, sífilis, hepatite B) e subministro de medicamentos básicos. A equipe é composta por um auxiliar de enfermagem encarregado das ações intramuros (atendimento direto no posto) e um *gestor comunitário* encarregado das ações extramuros (visitas domiciliares)³. Essa equipe mantém comunicação permanente com o centro de saúde de sua zona de referência e com o hospital por meio de rádio de alta frequência.



FIGURA 4 - Postos de saúde - comunidade Cuayare / comunidade Puerto Esperanza
Fonte: Acervo da autora

2) Centros de saúde: localizam-se em cada uma das zonas da rede de atenção (figura 3), sendo referência para os postos de saúde pertencentes à zona (excetuando a zona 1 cuja referência é o hospital). Prestam-se ali serviços de baixa complexidade, que incluem: consulta externa, pronto socorro, hospitalização e serviços de promoção e prevenção. A equipe que atua neste cenário, encarregada tanto das ações intramuros e extramuros, é composta por um médico geral, um médico especializado em medicina de família⁴, um

³ Em um caso excepcional de um posto de saúde localizado próximo à cidade conta adicionalmente com um técnico microscopista encarregado exclusivamente da realização de provas rápidas.

⁴ Na época da realização da pesquisa nenhum centro de saúde contava com a presença deste profissional, além disso dois dos quatro centros de saúde estavam ainda em construção.

enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, um bacteriologista, um dentista e um auxiliar dentário.



FIGURA 5 - Centro de saúde – Corregimento de Barrancominas

Fonte: Acervo da autora

3) Hospital: encontra-se localizado na capital do departamento. É a unidade de referência dos centros de saúde e os postos de saúde da zona 1 (figura 3), prestando apoio aos demais postos de saúde da região. Ali se oferecem serviços de média complexidade: consulta médica geral e especializada (gineco-obstetrícia, cirurgia geral, pediatria, anestesiologia e medicina de família), pronto socorro, hospitalização e serviços de promoção e prevenção. Estes últimos serviços são prestados em uma unidade chamada de “Área de Promoção e Prevenção” (Figura 6), a qual encontra-se instalada em um prédio anexo à parte externa do hospital, contando com uma equipe encarregada das ações intramuros composta por dois médicos, duas enfermeiras e um auxiliar de enfermagem, além de um *gestor comunitário* para ações extramuros (principalmente visitas domiciliares).

Além disso, são organizadas desde esta unidade *comissões de saúde*, constituídas por equipes encarregadas de realizar ações extramuros nas aldeias da área rural. Durante o período da realização da pesquisa existiam dois tipos de *comissões*: uma constituída por médico generalista, bacteriologista, enfermeiro, dentista e técnicos em enfermagem - chamada de *comissão multidisciplinar de saúde* - encarregada de executar atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças; e outra, conformada apenas por técnicos de enfermagem e um enfermeiro, para realização de ações voltadas, exclusivamente, à vacinação e/ou educação em saúde.



FIGURA 6 - Área de promoção e prevenção – Hospital de Inírida

Fonte: Acervo da autora

3.3 Os participantes do estudo

Os participantes desta pesquisa são usuários indígenas e profissionais de saúde que vivenciam e interagem no dia a dia nos cenários da prestação dos serviços de saúde em Guainía. Decidi olhar para as experiências cotidianas dessas pessoas, considerando que são eles que vivenciam mais de perto as minúcias e complexidades do processo de construção da APS na região, mediante suas maneiras de viver, suas relações, suas emoções e seu partilhar ou *estar-junto* com o outro.

Nesse sentido, a escolha dos participantes foi feita de maneira intencional, considerando que na pesquisa qualitativa o objeto de estudo define a especificidade destes participantes. Segundo Minayo (2017) “a amostragem de uma pesquisa qualitativa deve estar vinculada à dimensão do objeto (ou da pergunta) que, por sua vez, se articula com a escolha do grupo a ser entrevistado e observado” (MINAYO, 2017, p. 4).

Com a finalidade de definir mais claramente o grupo sob o qual recai o foco desta pesquisa, adotaram-se como critérios de inclusão para os indígenas: ser usuários dos serviços de APS, maiores de 18 anos e pertencentes ao regime subsidiado de saúde; e para os profissionais de saúde: ser membro de uma equipe de APS (médico, enfermeiro, dentista, bacteriologista, auxiliar de enfermagem, gestor comunitário ou microscopista), com uma atuação mínima de seis meses no cargo.

Além desses, foram considerados outros atores denominados *participantes-chave* pelo método de estudo de caso: um médico tradicional, uma liderança indígena e um assessor

administrativo, que forneceram informações importantes sobre o objeto de estudo. Segundo Yin (2015) a inclusão de *participantes-chave* é fundamental para o sucesso de um estudo de caso, pois estas pessoas podem proporcionar informações reveladoras sobre o assunto de pesquisa, facilitar o acesso a outros participantes ou sugerir fontes nas quais podem-se buscar evidências corroborantes ou opostas.

Ao me deparar em campo com a diversidade de cenários onde acontece a atenção à saúde, cada um com suas singularidades, optei por não delinear *a priori* uma abordagem para convidar os participantes. Assim, à medida que ingressava em um determinado cenário (por exemplo, em uma *comissão de saúde*), abordava aqueles que cumpriam os critérios de inclusão, convidando-os a participar da pesquisa. Portanto, os profissionais foram abordados em suas unidades de trabalho ou nos espaços das visitas domiciliares, e os usuários em suas casas, nas aldeias ou também nas mesmas unidades. Ao serem convidados, foram informados sobre o objetivo e os procedimentos da pesquisa, bem como acerca da confidencialidade de suas informações. Nos casos em que aceitaram participar da pesquisa, foi solicitada sua assinatura ou impressão digital⁵ no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

A coleta finalizou no momento em que os dados tornaram-se redundantes e repetitivos sem apresentarem novas relevâncias para o objeto de estudo, conforme o critério de saturação (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Cabe salientar, no entanto, que essa decisão foi um processo que envolveu além da (re)escuta das gravações dos entrevistados, reflexões constantes para a finalização da coleta. Dada a extensão do objeto e a diversidade do campo de estudo, reflexões sobre a abrangência e suficiência dos dados para realização das interconexões necessárias para a compreensão do fenômeno em estudo, estiveram presentes durante o tempo de coleta e transcrição. Embora, como expõe Minayo (2017), o estabelecimento de um ponto de corte para a coleta nas pesquisas qualitativas ainda continua sendo uma questão de debate, concordo com a autora, uma vez que certamente torna-se complexo esgotar todas as possibilidades para chegar a um ponto de saturação, sendo importante concentrar esforços para uma aproximação possível ao objeto e, assim, conseguir demonstrar sua complexidade.

Dessa forma, a amostragem desse estudo totalizou 51 participantes, constituída de 22 usuários indígenas, 26 profissionais de saúde e três participantes-chave. Do total de profissionais de saúde 19 foram observados em seu contexto de trabalho, 13 deles

⁵ A impressão digital foi adotada em um único caso em que o participante manifestou não saber escrever.

entrevistados e sete foram abordados unicamente por meio de entrevista (Quadro 2). Em relação aos usuários indígenas, todos foram entrevistados e alguns deles observados durante sua permanência nas unidades de saúde ou em suas casas no percurso da realização das entrevistas (Quadro 3). Os três participantes-chave foram, apenas, entrevistados (Quadro 4).

Para garantir o anonimato, os profissionais de saúde são identificados nesta pesquisa pelas iniciais de sua profissão, seguido por um número relativo à sequência de inclusão no estudo: médico (MED1, 2...), enfermeiro (E1,2...), dentista (DEN1,2...), bacteriologista (BAC1,2...), auxiliar/técnico de enfermagem (AE1,2...), gestor comunitário (G1,2...) e microscopista (MIC1,2...); os usuários indígenas (U1,2...) e participantes-chave (ParC1,2...).

QUADRO 2
Participantes do estudo – profissionais de saúde

N.	Participante	Indígena / Etnia	Sexo	Formação	Experiência no cargo	Obs.	Ent.
1	E1	Sim/Puinave	Masculino	Enfermeiro	23 anos	Sim	Sim
2	AE1	Sim/Sikuani	Feminino	Auxiliar de enfermagem	11 anos	Sim	Sim
3	AE2	Não	Feminino	Auxiliar de enfermagem	7 anos	Sim	Sim
4	AE3	Sim/Curripaco	Masculino	Auxiliar de enfermagem	> 2 anos	Sim	Não
5	AE4	Sim/Piapoco	Masculino	Auxiliar de enfermagem	> 2 anos	Sim	Não
6	AE5	Sim/Puinave	Masculino	Auxiliar de enfermagem	> 2 anos	Sim	Não
7	E2	Não	Feminino	Enfermeira	8 meses	Sim	Sim
8	AE6	Sim/Puinave	Masculino	Auxiliar de enfermagem	11 anos	Sim	Sim
9	G1	Sim/Puinave	Masculino	Gestor comunitário	2 anos	Sim	Sim
10	MED1	Não	Feminino	Médica familiar	3 anos	Sim	Sim
11	MIC1	Sim/Curripaco	Masculino	Microscopista	>20 anos	Sim	Sim
12	MED2	Não	Feminino	Médica geral	6 meses	Sim	Não
13	DEN1	Não	Masculino	Dentista	6 meses	Sim	Não
14	E3	Não	Feminino	Enfermeira	1 ano	Sim	Sim
15	E4	Não	Feminino	Enfermeira	8 meses	Sim	Sim
16	MED3	Não	Feminino	Médica geral	9 meses	Sim	Sim
17	MED4	Não	Masculino	Médico geral	> 5 anos	Sim	Não
18	G2	Não	Masculino	Gestor comunitário	2 anos	Não	Sim
19	AE7	Não	Feminino	Auxiliar de enfermagem	10 anos	Não	Sim
20	BAC1	Sim/Puinave	Masculino	Bacteriologista	6 anos	Sim	Sim
21	DEN2	Não	Masculino	Dentista	1 ano	Sim	Sim
22	BAC2	Não	Masculino	Bacteriologista	2 anos	Não	Sim
23	AE8	Não	Masculino	Auxiliar de enfermeira	8 anos	Sim	Sim
24	DEN3	Não	Masculino	Dentista	1 ano	Não	Sim
25	DEN4	Não	Masculino	Dentista	1 ano	Não	Sim
26	AE9	Não	Feminino	Auxiliar de enfermagem	>20 anos	Não	Sim

Fonte: Elaboração realizada pela pesquisadora. Dados de pesquisa 2018.

QUADRO 3
Participantes do estudo – usuários indígenas

N.	Participante	Etnia	Idade	Sexo	Escolaridade
1	U1	Piapoco	28	Feminino	7 grado – Fundamental incompleto
2	U2	Puinave	32	Feminino	5 grado – Fundamental incompleto
3	U3	Puinave	51	Masculino	5 grado – Fundamental incompleto
4	U4	Puinave	34	Feminino	10 grado – Médio incompleto
5	U5	Puinave	33	Feminino	5 grado – Fundamental incompleto
6	U6	Curripaco	34	Masculino	Técnico
7	U7	Sikuani	25	Feminino	6 grado – Fundamental incompleto
8	U8	Sikuani	24	Feminino	8 grado – Fundamental incompleto
9	U9	Puinave	35	Masculino	Bachiller – Médio completo
10	U10	Cubeo	29	Feminino	4 grado – Fundamental incompleto
11	U11	Puinave	30	Masculino	8 grado – Fundamental incompleto
12	U12	Piapoco	41	Masculino	7 grado – Fundamental incompleto
13	U13	Curripaco	23	Feminino	5 grado – Fundamental incompleto
14	U14	Cubeo	28	Masculino	9 grado – Fundamental completo
15	U15	Curripaco	38	Feminino	5 grado – Fundamental incompleto
16	U16	Curripaco	28	Feminino	Técnico
17	U17	Cubeo	52	Feminino	5 grado – Fundamental incompleto
18	U18	Curripaco	45	Feminino	3 grado – Fundamental incompleto
19	U19	Curripaco	30	Feminino	Técnico
20	U20	Curripaco	21	Feminino	Técnico
21	U21	Curripaco	55	Masculino	8 grado – Fundamental incompleto
22	U22	Puinave	32	Feminino	Analfabeta

Fonte: Elaboração realizada pela pesquisadora. Dados de pesquisa 2018.

QUADRO 4
Participantes do estudo – Participantes-chave

N.	Participante	Indígena / Etnia	Sexo	Formação/Cargo	Obs.	Ent.
1	Par.C1	Sim/Puinave	Masculino	Membro ASOCRIGUA /Liderança indígena processos de saúde	Não	Sim
2	Par.C2	Sim/Piapoco	Masculino	Médico tradicional (Pajé) /Liderança indígena processos de saúde	Não	Sim
3	Par.C3	Não	Masculino	Dentista, Mg. Saúde pública/Assessor administrativo SDS	Não	Sim

Fonte: Elaboração realizada pela pesquisadora. Dados de pesquisa 2018.

Quanto ao perfil dos participantes, destaca-se que do total de profissionais de saúde (n=26) nove são indígenas (35%), cinco deles desempenhando o cargo de auxiliares de enfermagem, um gestor comunitário, um microscopista, um enfermeiro, e um bacteriologista. Dos 17 profissionais de saúde não-indígenas (65%) três são enfermeiras, quatro dentistas, quatro médicos, um bacteriologista, quatro auxiliares de enfermagem e um gestor comunitário. Em relação à trajetória laboral, quatro profissionais (15%) informaram que têm mais de 10 anos de experiência no cargo, enquanto 15 (58%) têm experiência menor que 5 anos, isto devido à maioria dos profissionais de saúde atuantes na região costumam prover de outros lugares do país e permanecem no cargo por pouco tempo.

No tocante aos usuários indígenas (n=22) 15 são mulheres (68%) e sete homens (32%), oito pertencentes ao povo Curripaco, sete Puinave, três Cubeo, dois Piapoco e dois Sikuani. É importante notar que a faixa etária destes participantes não supera os 55 anos, o que pode estar associado ao ponto da região onde foram feitas as entrevistas formais, realizadas, principalmente, com moradores da cidade ou de zonas rurais próximas, habitadas, em sua maioria, por jovens e adultos. Esta seleção pode corresponder ainda ao cálculo de distribuição populacional da região, sendo Guainía um dos departamentos com maior porcentagem de população em idades jovens de todo o país (DANE, 2018). Da mesma forma, apesar de apenas uma participante referir não ter nenhum nível de escolaridade, todos os usuários participantes falavam espanhol além de sua língua nativa, não tendo sido requerido o emprego de tradutor em nenhum caso.

Em relação aos participantes-chave (n=3), destaca-se que os três são homens, dois deles indígenas com trajetória de liderança em processos de saúde na região, incluindo participação ativa do processo de *consulta prévia* no desenho do novo modelo de atenção. Salienta-se ainda que um deles possui formação como médico tradicional ou *pajé* e exercia a função no período da coleta de dados. O outro participante-chave encontra-se atualmente no cargo de assessor administrativo da SDS, contando com mais de 30 anos de experiência de trabalho na região.

3.4 A pesquisa de campo e a produção de dados

A pesquisa de campo foi realizada entre os meses de fevereiro e junho de 2018. Durante esses cinco meses fixei residência na cidade de Inírida, onde estabeleci contatos para inserção nos cenários de estudo e convite aos participantes. Ao me referir ao “campo”

concordo com Guber (2009) que afirma que é o referente empírico da pesquisa, “a porção do real que se deseja conhecer, o mundo natural e social no qual se desenvolvem os grupos humanos que o constroem” (GUBER, 2009, p. 83). O real de que fala Maffesoli (2010), que se manifesta no cotidiano por meio de ações banais carregadas de amplo significado e que me propus desvelar aqui para compreender as dinâmicas da APS desde o olhar dos atores sociais envolvidos.

Ao ter por princípio que a imersão ao campo não é um processo neutro nem contemplativo, senão totalmente reflexivo, pois o pesquisador também faz parte do real que pretende pesquisar (GUBER, 2009; MINAYO, 2014); os dados desta pesquisa são resultado de uma elaboração sobre o real, ou seja, produto de uma transformação que eu fiz como pesquisadora do contexto, esse contexto que por sua vez me transformou.

Nessa perspectiva, as duas técnicas adotadas para a produção de dados: a observação direta e a entrevista individual foram fundamentais para construir o material empírico, fonte de interpretação e análise. Essa opção por utilizar mais de uma fonte de evidência respondeu ainda ao cumprimento do princípio de triangulação de dados que, conforme Yin (2015) e Martinez (2006), permite garantir a validade interna nos estudos de caso.

A observação direta é utilizada nos estudos de caso para capturar alguns comportamentos relevantes ou condições no ambiente natural do caso, sendo frequentemente útil para proporcionar informação adicional ao mesmo (YIN, 2015). Segundo Minayo (2014) a prática da observação como parte essencial do trabalho de campo, implica a definição sobre “o quê” e o “como” observar. Nesta pesquisa, a observação focalizou especificamente no “caso” ou na unidade de análise proposta: *a construção cotidiana da atenção primária à saúde*. Para isto, observei o cotidiano dos profissionais e usuários em seus diferentes ambientes de trabalho e convivência, totalizando aproximadamente 680 horas de observação.

O registro das observações, identificadas como *notas de observação* (NO), foi feito em um diário de campo organizado a maneira de roteiro. Foram registradas a descrição da situação presenciada (falas e conversas), impressões da pesquisadora, reflexões preliminares e notas teóricas. Este registro, quando possível, foi feito durante a observação ou imediatamente após sua finalização.

Outra técnica realizada, a entrevista, é considerada por Yin (2015) uma das fontes mais importantes e essenciais de informação para um estudo de caso. Consiste em uma conversa guiada, seguindo um roteiro de questões apresentado de forma fluida e não rígida

(YIN, 2015). Nesta pesquisa, foram elaborados roteiros semiestruturados, um para os usuários indígenas e outro para os profissionais de saúde (APÊNDICE B). Os principais tópicos abordados com os profissionais foram: a trajetória profissional, seu cotidiano de trabalho na APS, sua impressão sobre o novo modelo de saúde e sua percepção sobre a medicina tradicional; com os usuários: a experiência em geral com os serviços de saúde, sua percepção sobre a medicina ocidental e a participação comunitária. As questões do roteiro orientaram a abordagem junto aos participantes, sem se constituírem “uma camisa de força”, pois, como alerta Minayo (2014), deve-se ter cuidado em explorar outras questões de relevância apresentadas por eles.

As entrevistas foram realizadas nas unidades de saúde, nos domicílios ou em espaços externos, definidos previamente e escolhidos pelos participantes. Foram gravadas em áudio com consentimento prévio, ressaltado o direito de abster-se de responder alguma questão ou interromper a entrevista a qualquer momento. Após o seu término, elas foram transcritas na íntegra e compuseram o corpus de análise, junto às notas de observação. Os dados foram organizados em um banco, com objetivo de permitir a consulta posterior de partes específicas das evidências por um leitor externo, caso seja necessário (YIN, 2015).

3.5 A análise de dados

A análise de dados desta pesquisa consistiu em leitura, categorização e interpretação do material empírico coletado, seguindo a técnica de análise de conteúdo temática proposta por Laurence Bardin (2011).

Segundo Bardin (2011) a análise de conteúdo consiste em:

Um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a "discursos" (conteúdos e continentes) extremamente diversificados. O fator comum dessas técnicas múltiplas e multiplicadas - desde o cálculo de frequências que fornece dados cifrados, até a extração de estruturas traduzíveis em modelos - é uma hermenêutica controlada baseada na dedução: a inferência (BARDIN, 2011, p. 15)

Dessa forma, a análise de conteúdo “diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos” (MINAYO, 2014, p. 303). O objeto da análise de conteúdo são *as mensagens*, concentrando seu foco não somente no conteúdo,

como também na expressão desse conteúdo e seus significados, buscando assim evidenciar os indicadores que permitam inferir outra realidade que não a da mensagem (BARDIN, 2011).

A análise temática, adotada neste estudo, é uma das técnicas da análise de conteúdo. Consiste em “descobrir *os núcleos* de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo escolhido” (BARDIN, 2011, p. 135). Neste caso, o “tema” é a unidade de significação, ou seja, um recorte do texto (do sentido e não da forma), correspondente a uma frase, um enunciado ou uma preposição portadora de significado isolável, que constitui a unidade de base para análise (BARDIN, 2011).

Conforme a proposta de Bardin (2011), as fases da análise implementadas nesta pesquisa organizaram-se seguindo três polos cronológicos: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação (Figura 7).

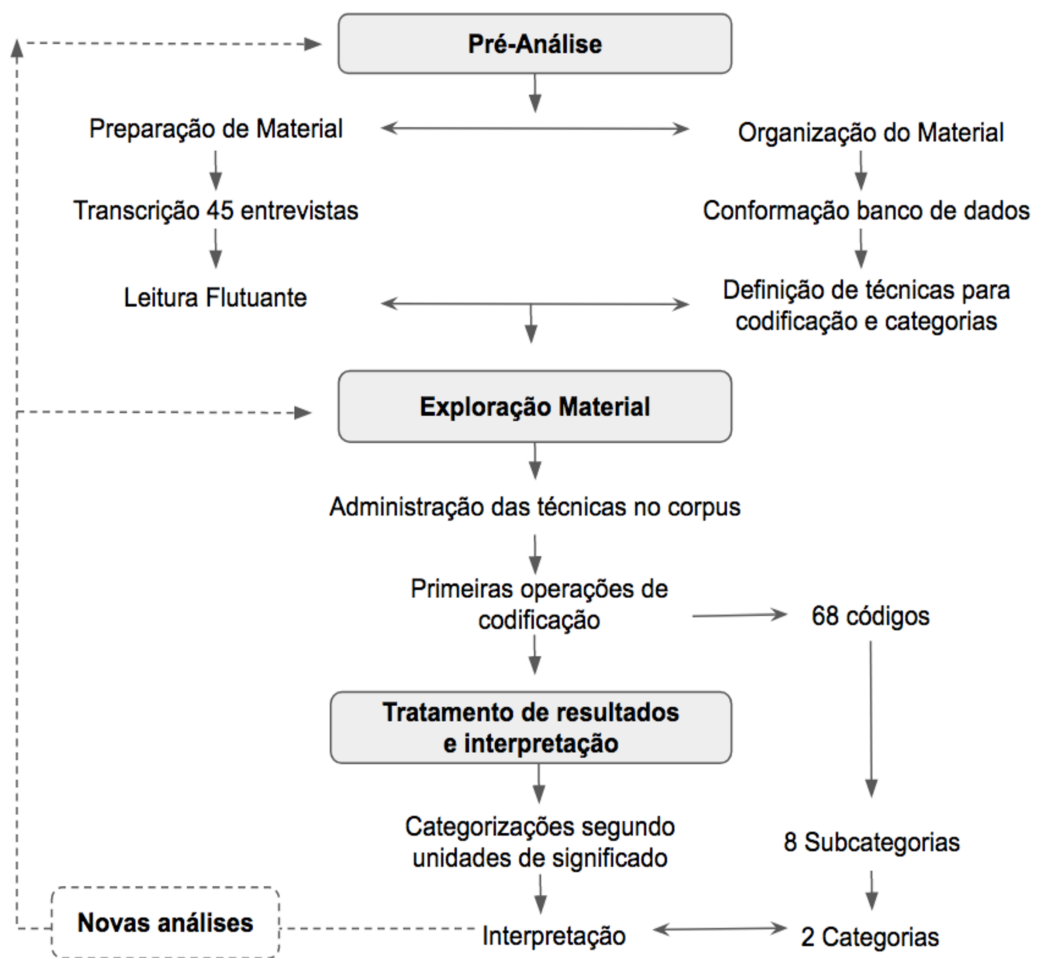


FIGURA 7 – Desenvolvimento da análise

Fonte: Adaptado de Bardin (2011) para fins deste estudo

- 1) Pré-análise: Consistiu, inicialmente, na preparação do material a ser analisado. As notas de observação descritas no diário de campo e as 45 entrevistas realizadas (20 de profissionais, 22 de usuários e três participantes-chave) foram transcritas na íntegra pela pesquisadora, traduzidas do espanhol a língua portuguesa e organizadas em arquivos em formato Word. Cada arquivo de entrevista foi nominado com o código de identificação do participante e anexado a uma pasta criada independentemente para os profissionais, os usuários e participantes-chave, conformando assim o banco de dados de todo o material coletado. Posteriormente, realizou-se uma leitura inicial desse material, chamada por Bardin (2011) de *leitura flutuante*, a fim de estabelecer contato com os documentos a analisar e conhecer os textos. Segundo a autora, a ideia com esta primeira leitura é deixar-se levar por impressões e orientações que, pouco a pouco, na medida em que a leitura vai se tornando mais precisa, permitem direcionar o desenvolvimento das operações sucessivas na análise, especificamente na definição das técnicas para a posterior codificação e categorização.

- 2) Exploração do material: Nesta fase foram desenvolvidas as primeiras operações de codificação. A codificação, segundo Bardin, “corresponde a uma transformação - efetuada segundo regras precisas - dos dados brutos do texto, que permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão” (BARDIN, 2011, p. 133). Esse processo implica um “recorte”, ou seja, a escolha das unidades no texto -sejam de registro ou de contexto - que respondam de maneira pertinente às características do material e aos objetivos da análise (BARDIN, 2011). Para isto, foi feita uma leitura vertical dos textos (entrevista por entrevista), em que foram destacados, com diferentes cores, os fragmentos que representavam as unidades de significado contidas nos discursos, sendo indicado um código a cada uma delas, com a finalidade de descrever as características pertinentes ao conteúdo apresentado. Produto desse processo obtiveram-se 68 códigos que foram, posteriormente, organizados e classificados em uma planilha de Excel.

- 3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: Os dados foram categorizados segundo as unidades de significado ou “temas” para serem posteriormente interpretados. Conforme Bardin (2011), nesta fase, os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos (“falantes”) e válidos, propondo inferências e

adiantando interpretações a propósito dos objetivos previstos ou respeito a outras descobertas inesperadas. Assim, os 68 códigos obtidos na fase anterior foram agrupados em subcategorias de acordo com as unidades de significado definidas e em razão das características comuns entre elas e, posteriormente, essas subcategorias foram reagrupadas em categorias maiores, sendo posteriormente interpretadas. Esse processo implicou várias versões e ajustes, exigindo retorno e revisão das fases anteriores, até obter as duas categorias finais (cada uma composta de 4 subcategorias), que estão apresentadas no capítulo de resultados. É preciso sublinhar que nesta última fase foi fundamental a triangulação dos dados obtidos pelas duas fontes selecionadas: entrevista e observação, a fim de verificar se os dados advindos destas guardavam relação entre si (MARTÍNEZ, 2006).

3.6 Critérios de rigor

Quatro testes devem ser empregados, segundo Yin (2015), para estabelecer a qualidade de qualquer pesquisa social empírica, incluindo o método de estudo de caso. Dentro destes testes encontra-se: *a validade de construto, a validade interna, a validade externa e a confiabilidade*, que são definidos no Quadro 5, especificando as medidas implementadas nesta pesquisa.

QUADRO 5
Crítérios de rigor

Crítérios de Rigor	Descrição (Yin, 2015)	Medidas implementadas
Validade do constructo	Identificação das medidas operacionais corretas para os conceitos estudados.	<ul style="list-style-type: none"> - Análise de pesquisas prévias com objetivos e cenários de estudo similares, para avaliar as melhores abordagens que garantam coerência metodológica e conceitual. - Uso de múltiplas fontes de evidência (entrevistas e observação direta) e confrontação dos resultados com diferentes arcabouços conceituais. - Discussão de resultados preliminares com especialistas da área.
Validade Interna	Busca do estabelecimento da relação causal pela qual se acredita que determinadas condições levem a outras condições, diferenciadas das relações espúrias.	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão e análise comparativa entre os resultados da pesquisa com outras realizadas anteriormente com objetivos e cenários de estudo similares. - Exercícios de síntese e análise das relações entre os principais resultados.
Validade Externa	Definição do domínio para o qual as descobertas podem ser generalizadas.	<ul style="list-style-type: none"> - Explicitação das características singulares do cenário de estudo. - Foco na análise e discussão com pesquisas realizadas em contextos similares: Amazônia e regiões étnica e culturalmente diversas.
Confiabilidade	Demonstração de que as operações de um estudo – como os procedimentos de coleta de dados- podem ser repetidas com os mesmos resultados.	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecimento de objetivos e perguntas de pesquisa claros. - Explicitação das características e limitações da pesquisa em campo. - Roteiro de entrevista semiestruturada padronizada. - Transcrição e tradução ao português na íntegra das entrevistas e diário de campo. - Verificação da tradução e digitação em português por parte da assessora e revisor externo. - Sistematização dos depoimentos dos participantes e das notas de campo em banco de dados.

Fonte: Elaboração própria. Os critérios de rigor e sua descrição foram baseados em Yin (2015).

3.7 Aspectos éticos

O estudo foi realizado respeitando as recomendações advindas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde do Brasil que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos e obedeceu aos critérios éticos para a investigação em saúde na Colômbia estabelecidos pela Resolução 8430 de 1993 (COLOMBIA, 1993). O projeto foi submetido a avaliação no Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), entretanto, por não ter participação de brasileiros foi retirado da pauta, com a indicação que um comitê colombiano realizasse a avaliação.

Dessa forma, para o acesso ao campo e realização do estudo, obteve-se autorização respectiva por parte da gerência do Hospital, da Secretária Departamental de Saúde e da *Asociación del Consejo Regional Indígena del Guainía* (ASOCRIGUA) como máxima autoridade representativa das comunidades indígenas da região. Seguindo a indicação do COEP/UFMG, o projeto foi submetido ao comitê do *Nuevo Hospital Manuel Elkin Patarroyo*, que certificou o cumprimento de questões éticas do estudo (ANEXOS).

Cabe salientar que, devido ao estudo envolver participantes indígenas, foram consideradas as recomendações éticas expedidas pelo Conselho de Organizações Internacionais das Ciências Médicas (CIOMS) e a OMS/WHO, especialmente a Pauta 15, que menciona proteções específicas na pesquisa com pessoas e grupos vulneráveis (incluindo minorias étnicas) (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; CONSEJO INTERNACIONAL DE LAS CIENCIAS MÉDICAS, 2016). Contemplou-se nesse sentido, uma atenção cuidadosa aos riscos mínimos que a pesquisa pode provocar nos participantes, por exemplo, na leitura e explicação detalhada dos itens contemplados no TCLE, em presença, quando possível, de familiares ou outras pessoas, que permitissem validar as informações outorgadas.

Assim mesmo, o desenvolvimento desta pesquisa enquadrou-se sob os princípios éticos da investigação: *veracidade, fidelidade e reciprocidade*. Sendo este último garantido na aquisição do compromisso de retorno e socialização dos resultados com os participantes do estudo, que será cumprido por meio do regresso da pesquisadora ao campo e de coordenação de reuniões com as autoridades de saúde da região e com a organização indígena, projetadas para ser realizadas no segundo semestre de 2020. Da mesma forma, considera-se a divulgação dos resultados desta pesquisa com a comunidade científica por meio da publicação de artigos em periódicos indexados e apresentação dos achados em eventos da área.

4 O OLHAR SOBRE O COTIDIANO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EXPERIÊNCIAS E REFLEXÕES

Antes de apresentar os resultados dessa pesquisa, farei um relato reflexivo neste capítulo sobre a experiência de trabalho de campo, realizada em um período de cinco meses. Tal relato advém da vivência, na qual estabeleceu-se uma relação de produção de conhecimento compartilhada com os participantes do estudo, em que houve intercâmbio de saberes, sinais e símbolos para além da coleta de dados, que marcou não só a realização do trabalho em si, mas os resultados produzidos por este (BRANDÃO, 2007).

Nesse sentido, propus desvelar como tais resultados foram produzidos desde o lugar que assumi como pesquisadora em campo, com um olhar sensível e as reflexões feitas sobre os dados coletados. Pois como refere Maffesoli (2007), “o cientista empreende sua exploração a partir do que vem de sua vida, de sua condição e de sua situação” (MAFFESOLI, 2007, p. 168).

Vale lembrar que a vivência em campo inicia-se com os princípios da observação. Enquanto estratégia metodológica adotada neste estudo, teve por objetivo “detectar os contextos e situações nos quais se expressam os universos culturais e sociais, em sua complexa articulação e variabilidade” (GUBER, 2009, p. 172). Assim, minha presença em campo intencionou perceber e experienciar diretamente os fatos da vida cotidiana dos usuários indígenas e profissionais de saúde no processo de construção da APS. Isto é, como define Yin (2015), explorar o objeto de estudo “em seu contexto no mundo real”.

Desde o início, entretanto, deparei-me com uma série de desafios, que apareceram na medida em que me fazia mais ciente da complexidade de pesquisar o cotidiano, ainda mais em um contexto de tão ampla riqueza étnica e cultural. Em Guainía a *diversidade cultural* se materializa no espaço vivencial, em qualquer gesto simples do dia a dia, na interação entre/com as pessoas. Não é preciso ir muito longe. O fato de escutar os moradores falando em suas próprias línguas é indício da pluralidade de culturas que coabitam o território e, portanto, da existência e afirmação de maneiras “outras” de ver e entender o mundo.

Assim, o encontro cultural vivenciado desde o início, além de representar uma experiência desafiadora, tornou-se um estímulo para me adentrar nesse contexto intercultural, até o momento, desconhecido para mim. Uma mulher, mestiça e urbana, descendente de camponeses, que apenas conhecia a Amazônia por livros e filmes. Teoricamente, poderia se dizer de minha passagem por um *desejo cultural* (CAMPINHA-BACOTE, 2002), de flexibilidade e abertura para com essa diversidade, que me permitiu, com o tempo, encarar

sem julgamentos e ideias preestabelecidas. Segundo Maffesoli (2007) é preciso ultrapassar nossos preconceitos intelectuais, essencialmente racionalistas e casualistas, para conseguir olhar ao concreto, às pequenas coisas da vida de todos os dias. Contudo, essa questão não é tarefa fácil.

Diferente do proposto por alguns autores – como Brandão (2007) - meu ingresso ao campo ocorreu de uma única vez. Dada a logística que implica o deslocamento à região, ainda mais pelo fato de estar cursando meus estudos no Brasil, não tive a oportunidade de fazer uma entrada prévia, que facilitasse conhecer o cenário e perfilar com mais detalhamento a proposta de pesquisa. Assim, desde o início deu-se o encontro com a realidade empírica, mesmo que tenham sido planejadas possíveis “rotas metodológicas” para abordar meu objeto de estudo.

Porém, diferentes situações apresentadas no percurso do trabalho de campo fizeram redefinir o planejamento inicial, lembrando-me das reflexões de Victorio Filho (2007) sobre a inexistência de um método “pronto” que se acople à imprevisibilidade do cotidiano. Diante dessa realidade, foi necessário assumir uma postura mais flexível, para além da ordenação sistemática exigida pelo método científico, deixando-me surpreender pelas descobertas e circunstâncias do dia a dia.

O primeiro fato inesperado ocorreu uma semana após minha chegada à região de Guainía, reestabelecendo o rumo inicial da pesquisa em campo. Recém-instalada na cidade de Inírida, onde iria morar pelos próximos meses e ainda em fase de adaptação, convidaram-me para acompanhar uma *comissão de saúde*, a primeira do ano encarregada de realizar ações de vacinação nas aldeias localizadas ao longo da bacia do rio Guaviare⁶. A proposta, feita cinco dias antes da partida da equipe com duração aproximada de um mês, determinou minha aproximação com o cotidiano da APS, mais especificamente, com a rotina da vida diária desenvolvida pela equipe de saúde no contexto rural, com todas as particularidades que o diferenciam do urbano.

Minha integração com a equipe da *comissão*, constituída por cinco técnicos de enfermagem e um enfermeiro foi um processo paulatino. Embora, ao ser apresentada à equipe como pesquisadora, antes da viagem ocorrer e ter, também, explicado o propósito da pesquisa, ficou a impressão inicial que eu seria uma “supervisora externa”, encarregada de fazer

⁶ Encontram-se nesta zona do *departamento* um total de 27 aldeias e dois povoados (Barrancominas e Mampiripana) assentados em oito terras indígenas: Arrecifal, Guaco Bajo-Guaco Alto, Laguna Curvina-Sapuara, Minitas-Mirolindo, Murciélagu-Altamira, Pueblo Nuevo-Laguna Colorada e Carrizal.

monitoramento e avaliação do seu trabalho. Impressiona esta, que iria se repetir futuramente nos diferentes cenários onde realizei coleta de dados. Contudo, o tempo compartilhado potencializou minha aproximação, a ponto de desenvolver atividades cotidianas junto à equipe, deixando em certos momentos de ser apenas uma espectadora.



FIGURA 8 - Viagens pelo rio - *Comissão de saúde*

Fonte: Acervo da autora

Os diferentes espaços de *estar-junto* com a equipe facilitaram redimensionar a rotina de trabalho da *comissão*, que para eles era caracterizada como “*dura e pesada*” (NO. 21/02/2018). O itinerário consistia em várias horas de navegação em lancha localizando os povoados assentados nas beiras do rio ou a alguns quilômetros a pé pelas margens, onde a equipe deslocava-se para permanecer por um tempo específico (horas ou dias), de acordo com o número de habitantes a ser atendido. Ainda que, as atividades a realizar em cada aldeia fossem similares (verificação da situação vacinal e aplicação de vacinas a crianças e adultos), a estratégia para implementá-las apresentava algumas variações. Enquanto em algumas aldeias se realizavam visitas casa a casa, em outras, a equipe fixava-se em um lugar específico, seja na escola, na *caseta*⁷ ou no posto de saúde, para atender à população.

A maioria das decisões no percurso da *comissão* eram tomadas pelo líder da equipe, nesse caso, o enfermeiro. Ele definia as estratégias de organização do tempo, a ordem de visita às aldeias e, inclusive, questões relacionadas à alimentação e alojamento do pessoal, que, geralmente, era feito em acampamentos às margens do rio. Notei que tais decisões não se fundamentavam apenas em conhecimento profissional, mas sim advindas de um

⁷ Tipo de quiosque, é um ponto disposto nas aldeias para reuniões com toda a comunidade

conhecimento preestabelecido conforme refere Maffesoli (2010), na experiência coletiva, na *socialidade*.

Ressalta-se que quase todos os integrantes da equipe – exceto um técnico - eram indígenas, pertencentes às etnias Piapoco, Puinave e Sikuaní. Essa questão, ainda que excepcional - dado que a maioria dos integrantes de uma *comissão* costumam ser não-indígenas - contribuiu de maneira significativa nessa experiência coletiva. Consegui constatar, que o fato dos membros da equipe ser oriundos da região, além de fornecer-lhes um conhecimento do território e em atividades locais - como a pesca, a caça, entre outras - lhes outorga uma posição social, frente ao usuário indígena, diferente da de qualquer trabalhador de saúde: a de “*paisano*”.

O “*paisano*” (em espanhol) é uma expressão comumente usada pelos indígenas em Guainía para referir-se a seus conterrâneos indígenas, independente da etnia. De fato, por vezes, é também empregada pelos *brancos*, habitantes da região, para falar dos mesmos indígenas (NO. 18/02/2018). Ser *paisano*, então, é ser parente, filho da mesma terra. Dessa forma, ao serem vistos como *paisanos*, os integrantes indígenas da *comissão* alcançavam um *status* de proximidade com os moradores indígenas, para além da relação estabelecida entre profissional-usuário, chegando, por vezes, a transformar as visitas às aldeias em verdadeiros espaços de *socialidade* (MAFFESOLI, 2010). Além disso, o próprio fato de comunicarem-se em *língua* – como eles dizem a respeito das línguas indígenas - estreita ainda mais essa relação de pertencimento (MAFFESOLI, 2010).

A oportunidade de acompanhar a equipe permitiu-me presenciar e, portanto, participar de diversos momentos de compartilhamento e troca. Em várias ocasiões fomos convidados pelos moradores das aldeias a comer junto com eles, propiciando espaços que não se limitavam, apenas, ao consumo de alimentos próprios da região (*pescado moquiao, casabe, ajicero, yucuta*), mas também favoreciam a troca de experiências, conversas, piadas, enfim... momentos de comunhão, cujos fins últimos eram o de *estar-junto-com* (MAFFESOLI, 2010).

Esse convívio, inclusive, tornou-se ainda mais estreito por causa de uma situação de doença que apresentei sete dias depois de ter iniciado a viagem, que resultou em ser atendida por um curador tradicional, tal como qualquer morador da região. Após uma longa caminhada para chegar a uma aldeia, percebi uma dor na perna direita. Ao comentar com alguns membros da equipe concluíram que se tratava de um “*nascido*”, um problema na pele que requeria ser tratado imediatamente, pois se avançasse prejudicaria minha continuidade na viagem e obrigaria o meu retorno à cidade. Dado que a aldeia não contava com posto de saúde

– o mais próximo ficava a dois dias de viagem – aconselharam-me consultar com um benzedeiro da região. Aceitei, assim, a indicação colocando-me nas mãos do curandeiro, o qual após um exame preliminar, falou da importância de não empregar outro tratamento pelo risco de interação, iniciou uma reza colocando suas mãos sobre a área afetada. Apesar de certa incredulidade, a princípio, acompanhada de nervosismo ao ver minha saúde em risco e posta à sorte de outros recursos, nesse caso a medicina tradicional indígena, até o momento desconhecida para mim, presenciei e testemunhei a efetividade desse tratamento. Para além da cura estabelecida, o resultado alcançado colocou em xeque os pré-conceitos etnocêntricos de minha formação como enfermeira, constituindo um evento relevante do trabalho de campo que repercutiu em muitas de minhas reflexões posteriores.

Essa situação, ademais, colaborou com as primeiras aproximações com os usuários indígenas, em sua maioria, Piapoco, Sikuaní e Puinave. Devo reconhecer, no entanto, que no início da pesquisa – inclusive na própria elaboração do projeto - a forma com a qual realizaria tal abordagem me inquietava. A falta de experiência em trabalhos com população indígena gerava diversos questionamentos sobre a “melhor forma possível” de fazer essa aproximação, uma que não replicasse as clássicas abordagens coloniais ou indigenistas de pesquisas com esta população, uma, que, em poucas palavras, fosse menos “invasiva”.

Sempre fui ciente que minha presença, sobretudo na área rural, iria impactar de alguma maneira. Mesmo ao ser tratada, várias vezes, como um membro “a mais” da equipe, não consegui, como poderia esperar, ter a mesma aproximação com os usuários como os demais integrantes. Além de ser a “branca”, mesmo com um dos membros da equipe também considerado *branco*, era, também forasteira.

Diante disso, repensei a forma de fazer a abordagem com os usuários. Busquei, inicialmente, conhecer questões gerais da rotina da vida diária nas aldeias e distinguir alguns elementos básicos de suas formas de organização, sem, entretanto, deixar de aproveitar as oportunidades que se apresentavam para interagir com os moradores, para além da assistência realizada junto à *comissão*. Assim, as abordagens de aproximação com os usuários indígenas, pensadas anteriormente de forma mais objetiva com um roteiro prévio, tornaram-se mais informais, por meio de conversas e escuta de relatos sobre a atenção à saúde e suas diversas formas de conceber e tratar seus males. Cabe salientar, contudo, que o fato de não falar a língua nativa constituiu uma limitação para essa interação, sobretudo, com os mais velhos.



FIGURA 9 - Mulheres e crianças Sikuani trabalhando a *mandioca brava*

Fonte: Acervo da autora

Assim, pude identificar nas diferentes aldeias visitadas que há atividades diárias realizadas que são comuns a todas, embora haja algumas exceções. As mulheres são as principais encarregadas da preparação dos alimentos, do cuidado e da coleta de alguns produtos plantados no *conuco*⁸, entre eles a mandioca brava, base para alimentos da dieta diária como o *casabe* (tipo de pão) ou a farinha, além de cuidados gerais da casa; enquanto os homens dedicam-se a atividades como a caça e a pesca e, por vezes, à construção de casas e botes de madeira. As crianças, por sua vez, acompanham as atividades de seus pais ou vão à escola.

Grande parte do dia é destinado ao desenvolvimento destas tarefas, até que, ao final da tarde, as famílias se reúnem para praticar algum esporte ou simplesmente conversar com os vizinhos. Este espaço de socialidade é considerado de grande importância para as comunidades, ao ponto que, por várias ocasiões, a equipe viu-se na obrigação de suspender suas atividades, por solicitação do *capitão*, para dar tempo a esse intervalo de lazer (NO. 22/02/2018).

O *capitão* é o representante da aldeia escolhido pela comunidade para exercer atividades relacionadas com a segurança e a organização das aldeias, além de encarregar-se das relações com os entes governamentais ou com pessoas externas à comunidade (NIETO, 2018). Quando chegam a uma aldeia, a equipe deve solicitar sua permissão para ingressar ao território, bem como notificar-lhe sobre a finalização das atividades e sua saída. De fato, o

⁸ *Conuco* é o nome tradicional dado pelos indígenas de Guainía ao espaço de plantio na roça.

enfermeiro da *comissão* contava com um documento que devia ser assinado por esse representante como espécie de “atestado de permanência” da equipe na aldeia (NO. 17/02/2018).

Com menor nível de autoridade, o diretor da escola e o *pastor* da igreja também são considerados figuras de liderança nas comunidades. Nos casos em que o *capitão* não se encontrava presente na aldeia, eram eles que assumiam algumas responsabilidades, entre elas, por exemplo, a autorização da visita da *comissão* (NO. 18/02/2018). No entanto, atualmente, nem todas as aldeias contam com escola, mas uma grande maioria tem igreja de religião evangélica, sendo esta uma mostra do grande impacto do processo de evangelização nessas comunidades.



FIGURA 10 - Igreja evangélica aldeia Cumaray

Fonte: Acervo da autora

A maneira como as casas se encontram dispostas nas aldeias apresenta, quase sempre, um padrão similar. A maioria delas é construída de madeira com telhado de palma ou zinco e algumas poucas de cimento, organizadas uma ao lado da outra a modo de quarteirões, chegando, inclusive, nas aldeias maiores (com mais de 200 habitantes) a conformar bairros. Na época da realização das visitas, nenhuma delas contava com serviços de energia elétrica, água potável, nem rede de esgoto. A água para consumo e utilidades diárias era obtida do rio ou coletada da chuva, sendo posteriormente empregada sem nenhum tipo de tratamento. Daí a alta prevalência de doenças de veiculação hídrica nos moradores desta zona.



FIGURA 11 - Casas aldeia Carpinteiro

Fonte: Acervo da autora

Além da visão panorâmica das comunidades, a incursão por alguns períodos de tempo nas aldeias acompanhando a *comissão* permitiu a realização de observações nos postos de saúde ali localizados. A distribuição dos postos na área rural foi determinada há alguns anos, segundo critérios de acessibilidade e quantidade de população, por isso, na atualidade, nem todas as aldeias dispõem destas unidades. Assim, das 27 aldeias e dois povoados assentados ao longo da bacia do rio Guaviare, apenas sete contam com posto de saúde, enquanto um povoado (Barrancominas) possui o único centro de saúde da área.

A estrutura física dos postos, no período da realização da pesquisa, apresentava algumas variações. Os mais antigos eram feitos de madeira, enquanto alguns outros de cimento, contando, usualmente, com um pequeno espaço de “recepção” (empregado também para arquivo de documentos e armazenamento de medicamentos), um quarto para atendimentos e procedimentos e outro para alojamento do técnico de enfermagem. Porém, muitos deles apresentavam problemas de manutenção e não contavam com espaços apropriados para a realização das atividades. Era tal a depredação de alguns que, em certas aldeias, as instalações antigas encontravam-se abandonadas, havendo necessidade de improvisar um espaço, geralmente, por meio do aluguel ou o “empréstimo” de alguma casa para a realização dos atendimentos.

Por causa disso, a renovação da infraestrutura das unidades, como um dos eixos propostos com o novo modelo de atenção (MIAS), era motivo de ampla expectativa. Contudo, apesar da finalização das obras de renovação estivessem previstas para finais de 2017, apenas em duas das aldeias visitadas o posto estava quase concluído, porém sem adequações para começar seu funcionamento, enquanto em outras, a construção sequer havia começado.



FIGURA 12 - Interior: postos de saúde aldeias Arrecifal e Puerto Esperanza. Exterior: posto de saúde aldeia Pueblo Nuevo
 Fonte: Acervo da autora

Os primeiros contatos realizados com as equipes dos postos, constituídas por auxiliar de enfermagem e *gestor comunitário*, ocorreram, quase sempre, por intermédio do enfermeiro líder da *comissão*. Ao chegar a uma aldeia e antes do início das atividades, ele usualmente dirigia-se a esta unidade para realizar uma espécie de “visita de monitoramento”. Perguntava à equipe sobre o desempenho geral das atividades, sobre a disponibilidade de medicamentos e insumos e a presença de dificuldades nos atendimentos ou na remoção de pacientes. Dessa forma, determinava a necessidade de comunicar-se com o hospital – por meio do rádio telefone do posto - caso encontrasse alguma novidade.

Devo reconhecer, no entanto, que, se de um lado acompanhar este profissional tenha facilitado minha entrada nesses cenários, de outro, representou, em certos momentos, uma desvantagem para minha aproximação com as equipes porque o papel de “supervisor” exercido por ele, por vezes era projetado para mim. Por consequência, nas primeiras conversas com o técnico ou o *gestor comunitário*, notava os esforços nos relatos de uma “visão ideal” de seu trabalho cotidiano, aquela que, segundo eles, “a avaliadora” queria escutar. Reconheço que para uma aceitação da minha presença de forma mais descontraída

para compartilhar as atividades diárias, com melhor compreensão dos objetivos propostos para o estudo, o tempo de permanência nas aldeias acompanhando a *comissão* era um desafio, uma vez que, na maioria dos casos, o tempo não superou três dias, limitando o convívio.

Desta forma, optei por acompanhar as equipes de cada posto em tempo integral, para que, mesmo com uma permanência restrita fosse possível coletar a maior quantidade de dados com a melhor qualidade. Assim, o tempo escasso foi compensado pela oportunidade do número de equipes acompanhadas, o que me permitiu, afinal, respaldar descobertas e padrões significativos (YIN, 2016) no trabalho cotidiano da APS nesta área rural, constituindo um aprofundamento de dados que serviu de base para uma das categorias analíticas.

Conforme exposto, a experiência de acompanhamento à *comissão de saúde* representou um período intensivo na pesquisa em campo. Depois de completar 30 dias de viagem, de imersão total na área rural, percorrendo aproximadamente 450 km por rio, regressamos à cidade de Inírida. Iniciava, então, outra etapa da coleta de dados, com estabelecimento de novos contatos e planejamento para o trabalho a ser realizado junto à área urbana.

Nas duas primeiras semanas, além da organização dos dados coletados na zona rural, o tempo foi investido na busca por moradia. Por questões logísticas, fui morar na casa de uma técnica de enfermagem, não-indígena, que exercia sua função há mais de 25 anos na região. Essa opção, para além de resolver a questão da moradia, resultou na indicação de pessoas estratégicas para a continuidade da pesquisa, bem como na ampliação de detalhes relativos à atenção à saúde que era desenvolvida anteriormente.

As observações iniciais ocorreram no posto de saúde *Paujil*, localizado na reserva indígena do mesmo nome a 2 Km do centro da cidade. Essa reserva é integrada por oito aldeias, com uma população, em sua maioria, formada pelas etnias Sikuani, Puinave e Piapoco. Essa foi a primeira unidade reformada e estabelecida de acordo com a proposta do novo modelo de saúde, que tinha, à época da coleta de dados, oito meses de funcionamento. A infraestrutura era composta por áreas de serviços assistenciais (consultórios e recepção), um espaço anexo para alojamento do pessoal, principalmente para o técnico de enfermagem e o *gestor comunitário*, além de uma área específica, na parte externa do posto, com estrutura de maloca para o atendimento do médico tradicional.

Essa construção e o posterior funcionamento da unidade suscitaram, inicialmente, discussões entre lideranças indígenas e funcionários do governo do departamento. Para os primeiros deveria haver maior oferta de serviços como a de um centro de saúde e não apenas

de posto com equipe mínima, considerando o número de habitantes na reserva. Em resposta a esta petição, foram habilitados os serviços de odontologia, enfermagem e medicina, adaptando-se o espaço de alojamento e refeitório do pessoal para funcionamento destes. Desta forma, esta unidade era considerada por algumas pessoas “quase um centro de saúde” (NO. 25/03/2018).



FIGURA 13 - posto de saúde Paujil

Fonte: Acervo da autora

Com maior disponibilidade de tempo, optei por realizar, logo nas primeiras visitas, observações mais gerais sobre a rotina diária de funcionamento do posto. A recepção dos usuários ocorria, geralmente, por intermédio da pessoa disponível na recepção ou do *gestor comunitário*, sendo os horários de manhã os de maior demanda. Identifiquei que esta unidade não acolhia, apenas, usuários indígenas, mas também não-indígenas que moravam fora da reserva, ou inclusive, pessoas provenientes da Venezuela ou da região rural de Vichada, que é outro departamento.

O acompanhamento das atividades da equipe deu-se inicialmente por meio das consultas. Presenciei, durante várias jornadas, os atendimentos realizados pela enfermeira, pelos médicos (generalista e especialista em medicina de família) e pelo dentista. Posteriormente, dediquei-me a observar o trabalho cotidiano do técnico de enfermagem, *gestor comunitário* e microscopista (os três indígenas) realizado tanto no posto de saúde, quanto nas visitas domiciliares, estas últimas, às vezes, interrompidas por eventuais situações apresentadas na unidade. Assim, durante um período de três semanas, realizei visitas diárias a este posto, que facilitaram, ademais, uma interação próxima com os usuários. Diferente da zona rural, a maioria deles eram jovens e adultos, os quais, além de falar sua língua nativa,

comunicavam-se em espanhol, facilitando a realização das primeiras entrevistas de acordo com roteiro prévio estabelecido.

O próximo passo foi a Área de Promoção e Prevenção (PEP) do hospital. Esta unidade encontra-se localizada em um prédio anexo à parte externa do hospital, o único em todo o departamento. Por essa razão, apresenta uma alta demanda de pacientes, sendo um traço característico as longas filas que permanecem constantes ao longo de grande parte do dia. A estratégia para esse cenário foi a mesma implementada anteriormente no posto de saúde. Assim, realizei visitas durante um período de três semanas, quando acompanhei as consultas e atividades da equipe, composta por dois médicos generalistas, duas enfermeiras, uma auxiliar de enfermagem e um *gestor comunitário*. Constatei que a realização de tarefas prescritas e burocráticas, a oferta e cumprimento de uma agenda de consultas e a resolução de demandas espontâneas, são algumas das questões rotineiras que caracterizam o cotidiano da APS nesta zona urbana.

Nesse período fui informada da realização de um curso de treinamento para as equipes de *comissão multidisciplinar de saúde* que aconteceria nas instalações do hospital. O início do curso coincidiu com a finalização do acompanhamento das atividades no espaço de PEP, pelo que tive ainda chance de participar integralmente de cada uma das sessões realizadas durante 15 dias.

Minha intenção, além de conhecer os conteúdos do treinamento, era poder interagir mais de perto com os profissionais integrantes das equipes, pois planejava participar da *comissão multidisciplinar*, programada para o final do mês maio, que iria acontecer nas comunidades do rio Inírida, outra importante bacia hidrográfica da região. Porém, questões de ordem logística impactaram sobre a organização e a data de saída destas equipes, fazendo necessária uma redefinição dos meus planos.

Todavia, a oportunidade de acompanhar este curso possibilitou-me apreciar detalhes acerca da estratégia de organização das equipes e a distribuição das funções, além de registrar impressões e expectativas dos profissionais, considerando que, para muitos – em sua maioria provenientes de localidades de fora da região - esta seria a primeira vez que participariam de uma *comissão*. Além disso, a atividade de encerramento do curso consistiu em uma *Brigada de saúde* realizada na aldeia Cuayare, há duas horas por rio da cidade. Assistir a esta atividade permitiu-me ainda corroborar o modo de operação da *comissão multidisciplinar*, sobretudo em relação à logística e manejo do tempo nas atividades assistenciais coletivas e individuais.



FIGURA 14 - Posto de saúde El Coco

Fonte: Acervo da autora

Por fim, as últimas semanas do trabalho de campo foram realizadas no posto de saúde El Coco, na zona rural próxima a Inírida. Nesse cenário acompanhei o trabalho cotidiano do técnico de enfermagem e do gestor comunitário, principalmente nas visitas domiciliares. O convívio diário com os membros da equipe proporcionou uma maior aproximação e conhecimento junto aos moradores das aldeias, além de estabelecer contato com um médico tradicional da região, com quem mantive conversas sobre seu trabalho e o significado da medicina tradicional para as comunidades.

Diante do exposto, os cinco meses de permanência em Guainía, além da experiência direta com a vida cotidiana dos usuários indígenas e profissionais de saúde no processo de construção da APS, como sinalizei no início deste capítulo, representaram um processo de intensas reflexões. O conhecimento histórico e cultural, com o qual cresci e me formei como enfermeira e pesquisadora, constituiu meu próprio olhar de mundo, aquele que, depois do percurso do encontro e a interação com os outros, sujeitos de investigação e seus olhares, transformou-se sobremaneira.

Saí do campo com certezas, mas também com muitos questionamentos, sendo mais ciente do significado e das implicações da *diversidade* e da importância de assumir uma posição reflexiva e, sobretudo, crítica no momento de analisar fenômenos em contextos interculturais como o guainiano. Essa lente que norteou muitas das escolhas que fiz durante o campo foi a mesma que influenciou meu olhar para a produção e análise dos dados organizados nas categorias apresentadas a seguir, sem, no entanto, traduzir a completude das experiências vivenciadas.

5 MERGULHANDO NOS MEANDROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM GUAINÍA

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os resultados emergentes do processo de análise, os quais foram organizados em duas grandes categorias cada uma composta por quatro subcategorias:

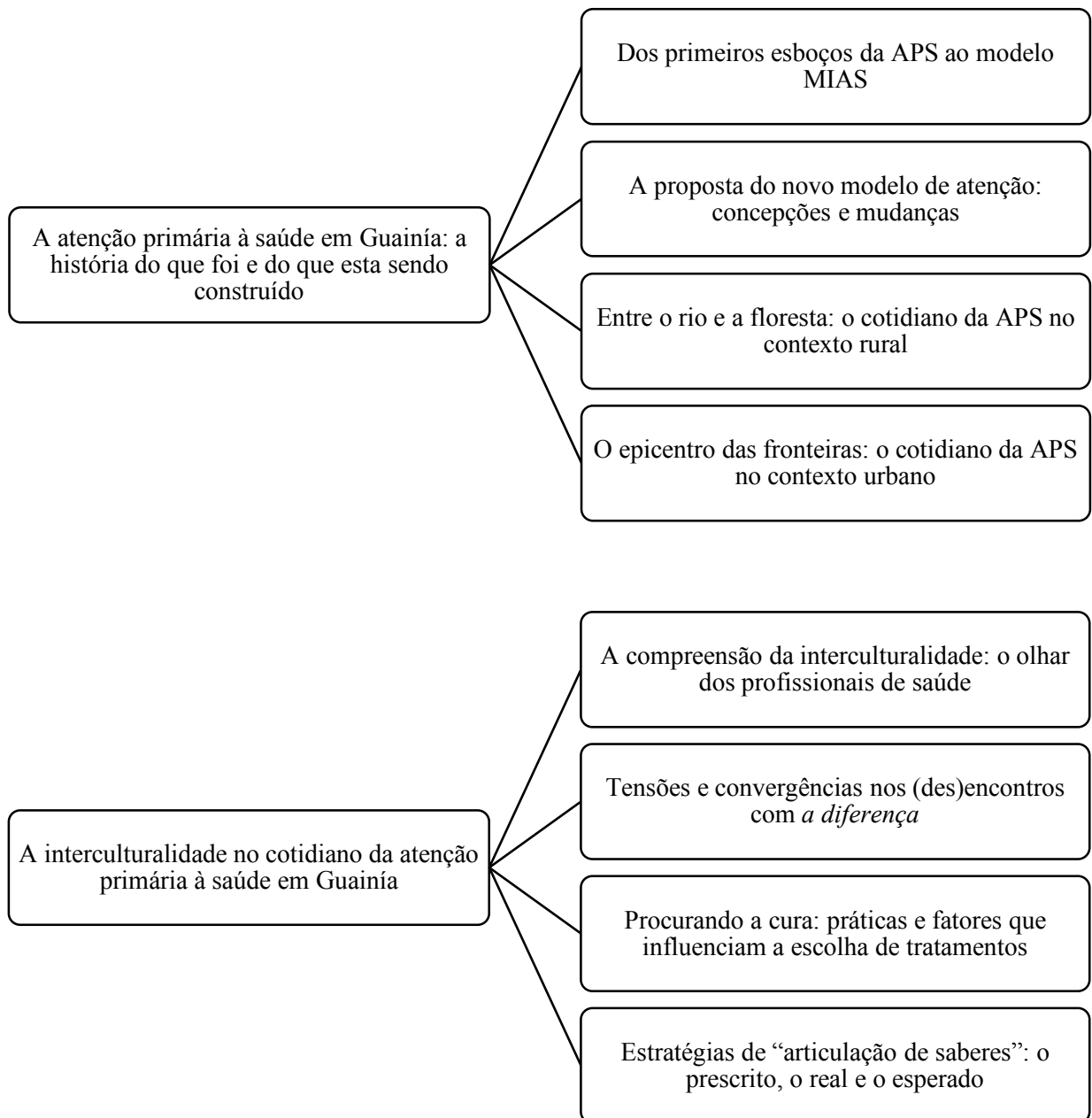


FIGURA 15 - Categorias e subcategorias de análise.
Fonte: elaboração própria.

5.1 A Atenção Primária à Saúde em Guainía: a história do que foi e do que está sendo construído

O processo de implementação da APS em Guainía não é um fato recente, vêm de construções e aprendizagens prévias que têm alimentado muitas das práticas cotidianas desenvolvidas hoje em dia, influenciando, inclusive, a assimilação das diretrizes trazidas pelo novo modelo de atenção.

Dessa forma, a partir das quatro subcategorias que serão apresentadas, pretendo fazer um delineamento da trajetória do cuidado dos serviços de saúde em Guainía que permita compreender as bases que deram origem à APS na região, o contexto no qual surge a proposta do novo modelo de atenção, e as práticas recentes que configuram a APS nos diferentes cenários de atenção à saúde, tanto na área urbana, quanto na rural.

5.1.1 *Dos primeiros esboços da APS ao modelo MIAS*

Na interpretação dos dados, o componente histórico de como a APS vem sendo configurada em Guainía, desde o início, constitui-se fator importante para muitas das construções presentes nas práticas cotidianas atuais. Devido a alta rotatividade de profissionais, apenas alguns dos participantes vivenciaram o cotidiano desde a fase inicial das atividades e seus relatos constituíram-se fundamentais para reconstruir o trajeto histórico da APS na região, até a atual proposta do MIAS.

Um participante-chave, com cargo administrativo, liderou o processo de implantação da APS no antigo Sistema Nacional de Saúde (SNS) descreveu o que ele mesmo denominou “*os esboços da APS em Guainía*”:

Com minha chegada ao Guainía [em 1984] tudo começou a se organizar com o Sistema Nacional de Saúde (...) Esse sistema era piramidal, era o nível nacional, o nível regional e o nível local. No nível nacional estava o Ministério [da saúde] que formulava as políticas e desenvolvia alguns programas a nível nacional, no nível regional, que era o estadual, estavam os hospitais regionais e não existia a secretaria de saúde, mas os serviços de saúde e o nível local que eram já os centros e postos de saúde. Aí com o Decreto 056 de 1975 começou a desenvolver-se todo o esquema de saúde, o que se chamou de *Servicio Seccional de Salud*. Nesse desenvolvimento começaram a se conformar os esboços da atenção primária em Guainía, mas não havia infraestrutura, não havia recursos humanos, não havia tecnologia (Par.C3).

Dessa maneira, o desenvolvimento da APS no âmbito do SNS esteve, no início, intimamente ligado à consolidação do *Servicio Seccional de Saúde* - atualmente a Secretaria Departamental de Saúde -, como órgão responsável pela gestão de saúde na região (COLOMBIA, 1975). O fortalecimento da infraestrutura, tecnologia e formação de recursos humanos foram objetivos iniciais:

Então o *Servicio Seccional del Guainía* começou a se desenvolver em dois sentidos: por um lado a infraestrutura-tecnologia e pelo outro os recursos humanos. Em infraestrutura começou-se a conseguir financiamento para comprar equipamentos: computador, aparelho ultrassom e raio x e usinas de energia (...) e pelo outro lado, começou-se a desenvolver os recursos humanos, começamos a treinar os promotores de saúde e posteriormente falamos com uma escola de auxiliares de enfermagem para que os capacitassem e também mandamos pessoas para serem capacitadas como técnicas de manutenção de equipamentos (Par.C3).

Assim mesmo, configurou-se a rede de prestação de serviços na região. Seguindo os critérios de acessibilidade e distribuição da população, a rede foi composta pelo hospital na zona urbana, alguns postos de saúde distribuídos ao longo dos quatro eixos fluviais: Guaviare-Atabapo, Inírida, Guainía-Rio Negro e Isana-Cuyarí, e três centros de saúde. No seu relato, o participante comentou o processo de reestruturação da infraestrutura e fortalecimento de tecnologia apropriada ao meio:

Reestruturou-se toda a rede de atenção primária que eram o hospital, os centros e os postos de saúde (...) começou-se a desenvolver o hospital... começou-se a modernizar, a trazer tecnologia da época e também toda a rede (...) quando eu cheguei já haviam uns postos de saúde, digamos, como malocas, sim? Então se fez toda a infraestrutura na tecnologia que eles [os indígenas] queriam, que era um posto com teto de palma, mas com construção de madeira... e se construíram ao longo dos rios principais da região (...) e toda a rede foi fornecida com uma *voadeira*⁹ e um motor e os postos tinham promotor ou auxiliar de enfermagem e medicamentos (Par.C3).

Nesse sentido, o funcionamento da rede de serviços esteve, desde então, centralizado no hospital de Inírida, na capital do estado, sendo este a principal referência da gestão de processos para todos os pontos integrantes da rede (BERNAL *et al.*, 2014). Além disso, a organização das equipes de trabalho constituiu outro fato importante do processo de estruturação da APS:

Os postos de saúde eram operados pelos *promotores de saúde* e os auxiliares de enfermagem (...) se o posto tinha auxiliar não tinha promotor, às vezes

⁹ *Voadeira* é a forma coloquial de se referir a um bote pequeno de metal que funciona com motor.

coincidiavam os dois, mas, fundamentalmente, os postos grandes se coordenavam com auxiliar de enfermagem e nos mais distanciados ou aqueles em que não havia quase consulta existia um promotor que era da mesma comunidade (...) eles faziam visitas em sua *voadeira* pelas zonas vizinhas. (...) No centro [de saúde] geralmente existia um médico, um dentista, um enfermeiro e um bacteriologista (...) sempre existiu a dificuldade de que os médicos vinham pelo *rural*¹⁰, os que ficavam, ficavam contratados, mas no hospital. Então era muito difícil que o médico permanecesse muito tempo nos centros de saúde, ele geralmente era do nível do hospital, o mesmo que a enfermeira, sim? a enfermeira ia nas comissões, mas não tinha dedicação integral, tinha enfermeiras nos centros de saúde e no hospital, mas nos postos de saúde era difícil (Par.C3).

Conforme exposto, a definição da composição das equipes obedeceu ao nível de demanda apresentado nos diferentes pontos da rede de serviços e à disponibilidade de pessoal de saúde. Assim, os postos de saúde localizados nas aldeias eram coordenados por técnicos de enfermagem ou *promotores de saúde*, enquanto os centros por equipes multiprofissionais.

Segundo Suárez (1998) a formação de *promotores de saúde* em territórios com população indígena estabeleceu-se na Colômbia, como resposta às recomendações expedidas na declaração de Alma-Ata. O objetivo principal era assegurar a permanência de um agente indígena nas comunidades com treinamento em atenção primária, para realizar atendimentos básicos em saúde, sem necessidade de encaminhamentos a outros níveis de atenção (SUÁREZ, 1998; GUHL, 2018).

Entretanto, como pode ser percebido no relato acima, a alta rotatividade constituiu uma característica decisiva na distribuição do pessoal de saúde nas unidades desde o início. A isto, somou-se a escassez de recursos humanos, que repercutiu na designação de funções além das permitidas pela política nacional. Uma auxiliar em enfermagem com mais de 25 anos na região descreveu assim a dinâmica de trabalho em um posto de saúde à época:

Nós, os auxiliares antigos que cobríamos as áreas dos rios, estávamos preparados para atender partos, para fazer suturas, imobilizações, trasladar os pacientes de lá, se alguém se fraturava, se caía de uma árvore, alguma coisa, devíamos maneja-lo, muitas vezes não tivemos nem sequer um rádio para comunicar-nos (...) Era disponibilidade de 24 horas, eu devia estar no posto o tempo todo, e se saía devia falar com a comunidade (...) também estávamos autorizados a manejar os antibióticos (...) e já posteriormente, quando nos deram rádio de comunicações, fazíamos interconsultas com os médicos daqui [hospital de Inírida] (AE9).

¹⁰ Segundo o Ministerio de Salud y Protección social o *Rural* é o exercício de uma profissão de natureza social, através da qual os profissionais recém-formados de programas de ensino superior na área da saúde (enfermagem, odontologia, bacteriologia e medicina) contribuem para a solução de problemas de saúde no campo da competência profissional, pelo tempo de um ano, sendo um dos requisitos para obter a carteira profissional.

A rotina de trabalho era caracterizada por atendimentos curativos, emergenciais e administração de medicamentos sob a supervisão, quando possível, de médicos por meio de rádio-telefone, mantendo uma disponibilidade permanente para assistência às demandas.

Situação similar foi reportada no estudo de Diehl e Follmann (2014) sobre o trabalho dos auxiliares e atendentes de enfermagem na Terra Indígena Xapecó, no Brasil, os quais, antes da implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em 1999, assumiam responsabilidades maiores dada a escassez de recursos humanos nos povoados distantes e/ou indígenas. Assim, era frequente “funcionários sem qualificação alguma na área prestar atendimentos de primeiros socorros ou até de maior complexidade, devido à situação de isolamento no campo” (BRASIL, 2002, p. 8).

Outra estratégia implementada para desenvolver as ações de APS, desde seus inícios em Guainía, foi a conformação das chamadas *comissões multidisciplinares de saúde (CMS)*. Segundo relato, essa iniciativa foi trazida de uma experiência vivenciada por ele na região de Vaupés para substituir o programa de assistência, até então prestado por meio de uma grande embarcação, que apresentava algumas dificuldades:

Nós fazíamos atenção primária, desde o período que lhe digo, das comissões multidisciplinares, (...) essa questão não estava tão clássica sim? quando eu cheguei [1984] existia um programa que era com um navio, muito custoso e levava toda uma equipe sim? um, dois, três meses, pelo rio, então qual era o problema? primeiro, o custo, porque implicava motorista, alimentos, enfim; segundo, quando o navio passava pelo rio, não podia entrar pelas derivações dos rios pequenos (...) então não tinha sentido movimentar uma embarcação tão imensa com todos os recursos, além disso, já obsoleta, porque não funcionava bem e não ia por todos os rios... então esse experimento terminou-se nos anos 1980. Daí se fez o esquema da comissão interdisciplinar (...) Esse modelo eu o trouxe [da região] do Vaupés... lá havia um posto de saúde, ia à comissão e o abastecia e voltava... foi uma experiência muito boa que tivemos com os holandeses trabalhando em atenção primária (Par.C3).

As *CMS* consistiam, na época, em equipes integradas por médico generalista, enfermeiro, técnicos em enfermagem, dentista, bacteriologista e *promotor de saúde* que se deslocavam periodicamente às aldeias localizadas nas ribeiras dos rios para realizar ações concentradas, principalmente, em atendimentos individuais de doenças, imunizações e educativas:

As comissões eram multidisciplinares, ia médico, ia dentista, bacteriologista, enfermeiro chefe, auxiliar e um promotor, que era levado nessa época para fazer a tradução para pessoas que não sabiam se comunicar [em espanhol]... então, íamos todos, ia a gente de vacinação inclusive aí mesmo (AE9).

A conformação destas equipes, segundo Suárez (1998), foi implantada nas regiões da Amazônia colombiana, principalmente em Vaupés e Amazonas, desde a década de 1980. As também chamadas de *correrias*, tinham o propósito de prestar, ocasionalmente, serviços médicos, odontológicos e de vacinação diretamente nas aldeias, porém sem nenhuma articulação com as comunidades e as reais necessidades da população.

Essa estratégia pode-se dizer originou na mesma que incentivou a criação das Equipes Volantes de Saúde, no Brasil, em 1967, baseada, principalmente, no modelo campanhista de assistência. Segundo Garnelo (*et al.*, 2003), essa ação fez parte das políticas setoriais contidas no indigenismo para a atenção à saúde dos grupos aldeados, a qual dirigia-se, primordialmente, para o atendimento da demanda espontânea de indivíduos doentes.

Entretanto, enquanto ocorriam esses primeiros avanços na estruturação dos serviços de APS em Guainía, começaram a ser implantados, na primeira metade da década de 1990, as novas diretrizes trazidas pelo Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS):

Dai, já passamos do *Sistema Nacional de Salud* ao *Sistema General de Seguridad Social en Salud*, que começa desde 1993 até nossa data (...) esse sistema é quase privatizado, onde quase não está envolvido o Estado, ao ponto que, por exemplo, as ações de saúde pública caíram, porque isso dependia da EPS (Entidades Promotoras de Salud) e as EPS não as faziam. Por um lado, as faziam o hospital e por outro lado a EPS, então não havia integração nisso e os recursos eram manejados, dando palestras de saúde sexual e isso não era o objetivo (Par.C3).

Evidencia-se a nova lógica de gestão e organização da assistência em saúde, introduzida com o SGSSS, que ocasionou impactos negativos no desenvolvimento das ações de APS que até então começavam a formar-se. Tal como ocorreu em outras regiões do país, a fragmentação da prestação de serviços ocasionou desarticulação entre as ações individuais, implementadas pelas recém-criadas EPS, e as coletivas, nas mãos do Hospital e da Secretaria Departamental de Saúde (VEGA; ACOSTA, 2014).

Além disso, a incorporação das EPS (públicas e privadas), para a gestão do cadastramento dos usuários e a contratação das instituições prestadoras de serviços de saúde (IPS), trouxe dificuldades para o acesso aos serviços conforme relato da liderança indígena:

(...) o problema foi quando entraram as EPS... aqui existia Caprecom e Mayamás, pois então se dividiam: ‘você para cá’ se fosse seu marido, ‘você que é a mulher vá para este lado’, assim dividiam o núcleo familiar e geravam mais problemas de burocracia (...) chute a bola pra lá, pra cá. Às

vezes freavam pela falta de um crachá de afiliação ‘você não está afiliado, vá consiga o crachá’... isso era uma brincadeira (Par.C1. Puinave).

A presença de diferentes EPS no território, em cumprimento ao princípio de competência regulada do SGSSS, impôs uma prática de seleção adversa, prejudicando a livre escolha por parte dos usuários e o cadastramento do núcleo familiar em uma mesma entidade (COLOMBIA, 2017). Como citado por Hernández e Vega (2001) e López (2016), as EPS não levaram em consideração as práticas tradicionais dos povos indígenas no planejamento e desenvolvimento dos programas em saúde, à exceção da EPSI Mayamás, que, sem embargo, contratava os serviços de saúde com uma IPS que não tinha presença em todo o departamento (BERNAL *et al.*, 2014).

A essa questão somou-se a instabilidade financeira do hospital de Inírida, que provocou uma crise em toda a rede de serviços de atenção, vendo-se agudizada na primeira década de 2000. Essa situação obrigou à intervenção administrativa do hospital por parte da *Súper Intendencia Nacional de Salud*¹¹ em 2009:

Depois com tantas mudanças administrativas que houveram no hospital, decidiram que o hospital ia ficar interdito por parte do Ministério [da Saúde] (...) Esteve sob controle por uns nove anos, e a partir daí as coisas se complicaram, já não voltou a ser igual, já se atrasaram os pagamentos de salários, já vieram muitos problemas... muitas greves, praticamente era como atendendo a meia máquina (AE9).

Como consequência desse processo, apareceram dificuldades, desde vínculos trabalhistas precários, que prejudicavam a permanência dos profissionais de saúde na região, até a deterioração da infraestrutura e escassez de insumos e medicamentos nas unidades de saúde:

(...) Aos que trabalhávamos no hospital antigo nos pagavam a cada três meses um salário só, e a gente já estava endividada, e a gente trabalha assim, com preguiça, porque já não tinha nada que comer na sua casa e havia muito corrupção (...). As médicas que vinham para cá eram de fora [da região], não permaneciam porque não lhes pagavam e não havia com que trabalhar (AE6. Puinave).

Nessa época estavam caídos os postos e os centros de saúde, totalmente caídos, acabados, como eram de tabuas tudo estava deteriorado... aí estava o *promotor* [de saúde] com os familiares morando, mas às vezes permaneciam aqui [na cidade] perambulando porque não tinham nada lá [nos postos de saúde], não tinham medicamentos, nada... e lá também as pessoas não os

¹¹ A *Súper Intendencia Nacional de Salud* é o órgão responsável pela inspeção, vigilância e controle no SGSSS.

queriam ‘você que vem a fazer cá sem medicamentos, vá embora, é melhor’, lhes diziam (Par.C1. Puinave).

A isso acrescentavam-se problemas com relação às casas de acolhida para os usuários provenientes da área rural e irregularidades na frequência de deslocamentos das *CMS*:

Nós [indígenas] não sabíamos se havia direito a hospedagem nas casas de acolhida, nada, nada, isso era para as pessoas trazidas dos rios, era assim como todo mundo cego. As comissões só aconteciam esporadicamente, uma ou duas vezes ao ano (Par.C1. Puinave).

Quando o hospital estava interditado fazíamos comissões, uma por ano, por rio, mas não tínhamos o foco de atenção integral, nem o fundamento em promoção e prevenção. Na realidade a gente ia cegamente, a gente saía recém-formado a atender as comunidades, então era difícil (...) Não se contava com *gestores* [comunitários], não se contava com auxiliares em algumas aldeias, muitos dos pacientes estavam sem tratamento, não se contava com absolutamente nada (MED1).

Frente a esse panorama e seu impacto desfavorável nos indicadores de saúde da população, o MSPS junto com os entes territoriais, empreenderam medidas que concluíram, afinal, na privatização do hospital e na consolidação da proposta do novo modelo de saúde:

O novo governador [representante do governo do Estado de Guainía] com a Secretaria Departamental de Saúde iniciou esse processo: fortalecer um modelo de saúde, para ver como podia mudar esse sistema que estava... porque era que o hospital todavia estava interditado, então senão havia mudança, era muito difícil para o governo [nacional] investir recursos pra melhorar a atenção à saúde (Par.C1. Puinave).

O MIAS surge, então, em resposta à crise na saúde, enfrentada pela região por mais de uma década, tendo por meta a melhoria da qualidade de vida e bem-estar da população, tomando como eixo estruturante a APS com enfoque intercultural centrada na família e na comunidade, como já exposto anteriormente.

A trajetória histórica apresentada, apesar de mostra que as primeiras iniciativas no âmbito do antigo SNS eram concentradas na estruturação da rede de serviços, conformação e capacitação do talento humano e na formulação de estratégias para atenção às comunidades, representando avanços no processo de estruturação da APS na região, não conseguiram, na prática, superar o modelo assistencialista baseado na doença.

Além do mais, mostrou-se evidente como os esforços por consolidar uma atenção mais consciente com os atributos da APS viram-se truncados pela lógica da assistência

introduzida pelo SGSSS em 1993, que ressaltou ainda mais o enfoque curativista dos serviços prestados na região.

5.1.2 A proposta do novo modelo de atenção: concepções e mudanças

A experiência de implementação do novo modelo de atenção em Guainia começou em maio de 2016, marcando assim o início de enormes mudanças e desafios em nível “macro” sistêmico, no tocante às condições técnico-gerenciais para a incorporação das novas orientações impostas, quanto em nível “micro”, no cotidiano do fazer em saúde (SHIMIZU; ROSALES, 2009). Nesse processo, apareceram diferentes concepções e mudanças percebidas pelos usuários e profissionais de saúde, a respeito da incorporação do MIAS na região.

Alguns profissionais de saúde manifestaram que, inicialmente, não tinham conhecimento sobre o novo modelo de saúde:

Pois quando eu cheguei aqui (início de 2016) desde sempre se falava do MIAS e do MIAS... mas, nós o tínhamos como um fantasma, sim? como algo legendário que existe mas não se sabe como, nem onde, nem nada (DEN2).

Eu antes pensava que era uma sigla de um livro ou algo assim [o MIAS] (...), pois eu escutava que todo o mundo falava disso e eu ficava como ‘hummm?’, mas o que que isso?’(E4).

Curiosamente, como colocado no último fragmento acima, outra parte dos participantes expressaram não conhecer o acrônimo “MIAS”, mas sim ter escutado acerca do modelo de saúde:

Não sei o que é MIAS (...) Pois agora o que eu tenho escutado que está, é o novo modelo de saúde sim (AE8).

MIAS, MIAS... disso nos falavam por lá, quando tivemos a integração, me parece que é um... é como um... algo assim como um projeto, não sei como será, mas quase não sei na verdade (...) do novo modelo tenho escutado, o que falava um companheiro (AE6. Puinave).

Infere-se que isto se deve ao fato de alguns profissionais de saúde, em sua maioria assistenciais, não terem recebido treinamento sobre o modelo de atenção nas primeiras fases de sua implementação (NO. 23/04/18), ou, como afirmam os participantes a seguir,

aparentemente as palestras sobre o tema eram realizadas por delegados do MSPS ou pelos entes territoriais sem transmitir informações precisas:

(...) o outro é que vinham de fora [do MSPS] aos corregimentos para explicar sobre isso do MIAS e os auxiliares e os gestores ficavam doidos com isso, porque não sabiam como explicar (E1. Puinave)

A alguns [profissionais] como o de odontologia lhes deram a capacitação do MIAS, mas foi algo que na realidade, no momento não se lograva como contextualizar muito, somente depois que ingressei no cargo administrativo que comecei a mergulhar um pouco mais, a ler, a buscar acerca disso, comecei a ver mais notícias acerca do modelo (...) pois eu mesmo, de maneira autônoma, comecei a conhecer um pouco mais (DEN3).

Apesar de que a política preconizava o estabelecimento de um plano de educação permanente no âmbito do modelo, que incluísse a formação de competências em saúde intercultural, diálogo de saberes, liderança e gestão da mudança (COLOMBIA, 2015b), não foi observado, no período da coleta de dados, tal plano para todos os profissionais, priorizando, por enquanto, os médicos em formação em medicina de família ou aqueles envolvidos em gestão (NO. 23, 24 /04/18).

Diante disso, a maior parte da informação que os profissionais de saúde possuíam acerca do MIAS provia do que “tinham escutado” ou de aquilo “pesquisado por vontade própria”, pelo que, nos discursos dos participantes, a compreensão do modelo apresenta diferentes nuances.

O MIAS é associado a uma série de diretrizes formuladas para melhorias da saúde da população, relacionado, especificamente, em aproximar os serviços de saúde e o acesso a tecnologias das pessoas e comunidades:

O modelo trata de ver a necessidade de um paciente e aproximar-lhe a tecnologia, a saúde, o recurso humano até onde o paciente está, sem ter que levar o paciente até certos lados (MED3).

O modelo é, o que eu tenho escutado agora no hospital, é dar um melhor serviço aos usuários, ou seja, também dar às pessoas afastadas da cidade um apoio. Digamos que uma comunidade fique muito afastada, então vem o apoio de médicos, enfermeiros, eles percorrem os rios, então a ideia é que eles visitem as comunidades que não podem chegar até um posto de saúde próximo. Isso é o que querem implementar com o modelo (AE8).

Essa visão é coerente com um dos componentes do modelo referente ao eixo de *intervenção na prestação de serviços*, que propõe o desenvolvimento de atividades mínimas a

serem executadas pelas equipes multidisciplinares para a gestão integral do risco (COLOMBIA, 2015b). Nesse sentido, a proposta é percebida como uma forma de favorecer o atendimento à saúde centrada na família e na comunidade, levando os serviços mais perto da vida das pessoas, ou seja, entendendo-a a partir de seu ambiente físico e social (TOSIN *et al.*, 2015).

O modelo relaciona-se, também, com o fortalecimento da APS e o enfoque de uma atenção centrada na prevenção da doença e a promoção da saúde:

O MIAS... pois como suas siglas dizem, é um modelo integral de atenção, que busca primordialmente, a meu ver, a promoção da saúde e a prevenção da doença por meio das características próprias de cada entorno (DEN2).

(...) Pois o que eu tenho entendido mais ou menos é sobre a atenção primária, como isso se estava perdendo muito, então é como voltar a recuperar tudo isso da prevenção e promoção da saúde (E4).

Evidencia-se para os profissionais a aposta pela reorientação do modelo assistencial voltando o foco para a APS, que, como referido no último fragmento acima, considerava-se “perdido” por conta da predominância do enfoque curativista e centrado na doença, que até o momento, tinha orientado a assistência e organização dos serviços de saúde.

Nessa mesma linha, a integralidade é resgatada por alguns profissionais sendo propósito fundamental do MIAS:

É um modelo que procura assegurar ou gerar atenções integrais em todos os âmbitos da saúde nas comunidades, sobretudo, nas regiões rurais afastadas, brindar uma atenção não somente individual, mas também comunitária, com hábitos e estilos de vida saudáveis (DEN4).

Pois como o nome mesmo o diz é um modelo integral... pois é importante porque também fala sobre os determinantes sociais, então abrange não somente a pessoa, porque a pessoa é integral, tem sua família, tem todo o que o rodeia... e o cuidado, que deve ser integral (...) Para mim abrange desde a promoção até o caso em que o paciente viva um processo de doença, o diagnóstico, o tratamento, ou seja, desde o primeiro que é a atenção básica até a atenção final (E2).

Desta forma, reconhece-se que APS enquanto estratégia reestruturadora das ações e serviços de saúde no âmbito do modelo, deve, idealmente:

Transpor a visão fragmentada do ser humano, para uma compreensão integral na dimensão individual, familiar e coletiva, ou seja, o resgate da prática generalista, onde a compreensão do processo saúde-doença a que estão expostos os indivíduos passa a ser pensada de forma mais ampla,

segundo a realidade local, comunitária e familiar (COSTA et al., 2009, p. 115).

Entretanto, na hora de extrapolar essas questões para a realidade vivenciada nos serviços os participantes levantaram alguns questionamentos. Embora, identifiquem o MIAS como um “piloto”, ou, conforme referido por um participante em conversa informal, “um modelo que se está provando para ver como funciona” (NO. 26/03/18), na perspectiva de alguns profissionais a concretização da proposta na prática considera-se ainda complexa:

Na realidade, para mim o MIAS é um documento que embora muito bom, é bastante utópico nas condições atuais do departamento. Se se quer aplicar o MIAS aqui ou valida-lo, tem que haver muita vontade política e econômica, sim? (...) não vou negar que o novo modelo de saúde em Guainia tem uma vantagem quanto aos outros departamentos do país, mas para chegar a cumprir o MIAS como tal, acredito que ainda falta muito por fazer, sim? Faltam outras coisas por articular e por melhorar (DEN2).

A gente vê que, por exemplo, as mulheres grávidas chegam, é impressionante, e nunca tiveram nenhum controle pré-natal, mas elas vêm [à consulta com dentista] porque lhes dói um dente, e a gente lhes diz ‘senhora você tem tido algum controle?’, ‘não’. Não é que as grávidas são prioritárias dentro do modelo? onde está a integralidade dessa mulher grávida?, onde estão seus controles? onde estão suas consultas? Nesta área assistencial ainda estamos muito divididos, trabalhando cada um por seu lado, então não se alcança essa integralidade do modelo (DEN3).

Nota-se que aspectos relacionados à “vontade” política e econômica para o alcance dos objetivos propostos foram trazidos como preocupação pelos profissionais, além de citarem casos em que o enfoque integral das ações, promovido pelo modelo, vê-se prejudicado pela fragmentação presente na organização dos serviços. Vale enfatizar, que, como mostram Viegas e Penna (2013), a prática da integralidade exige uma atuação inter/transdisciplinar para garantir a assistência integral e resolutiva, que não consegue ser efetivada na persistência de barreiras comunicativas entre as equipes multidisciplinares.

Contudo, tanto usuários como profissionais de saúde sinalizaram mudanças associadas à implementação do modelo que à época da pesquisa em campo operava há dois anos:

O único que a gente vê dentro do departamento, que é bom com o modelo, foi reformar esses postos de saúde que antigamente não existiam, isso era um monte de troncos, ao reformá-los pois suposto é claro! a gente já percebe como as pessoas estão curtindo ser atendidas em uma parte melhor e não como antes (E1. Puinave).

Então este posto está funcionando, vão ser dois anos. Antes estava aquele de lá, um velhinho (...) O posto mudou sim, porque primeiro que tem luz 24 horas, há permanência dos funcionários, antigamente a pessoa que atendia ia embora, passava muito tempo de folga, agora permanece sim [no posto] (U12. Piapoco).

Mesmo sendo fatores ainda não concretizados para todas as unidades de saúde, a renovação da infraestrutura e a permanência do pessoal, principalmente nos postos, foram destacados como parte das conquistas alcançadas com o MIAS. Assim mesmo, a implantação das chamadas *rotas da saúde*, consistentes em embarcações dispostas para realizar percorridos e remoção de pacientes pelos principais rios da região, representou benefícios para alguns participantes:

Tenho visto que este modelo tem melhorado as coisas, porque a *rota* [de saúde] sempre vai a todos os rios. Ao rio Guaviare principalmente às sextas, por aqui pelo Inírida vai às terças (...) eles têm um dia específico para ir buscar aos doentes e para auxiliar dos postos (AE6. Puinave).

Sempre tem mudado muito, porque por exemplo, por aqui [rio Guaviare], antes não tínhamos ambulância, para a maioria das comunidades que moram pra cá, pelo rio, e agora neste momento há uma *rota*, que pelo menos vai às comunidades para ver o que está acontecendo às pessoas (U11. Puinave).

Uma parte dos profissionais de saúde ressaltou alguns aspectos relacionados com a gestão do modelo, relacionado às melhorias de vínculos trabalhistas e a designação de uma única EPS (chamada *Coosalud*) para filiação dos usuários em toda a região:

Através disso que está agora, o modelo, vi um pouco de mudança na organização, e no pagamento também. Pelo momento mudaram de quando estava o anterior hospital, que nos deixava até três meses passando fome, cada três meses nos pagavam o salário, ao contrário com esta empresa de agora estão sendo pontuais no pagamento (MIC 1. Curripaco).

Antes existia Cafesalud, Mayamás, Caprecom e outro... então o modelo como tal acabou essas outras EPS's, isso foi bom, e agora há uma única EPS, um único assegurador que é Coosalud, para que não haja essa rivalidade e que não tenham escusa para que não lhes deem autorizações aos pacientes ou a prestação do serviço de saúde como tal (BAC2).

Cabe lembrar que este último aspecto constituiu um dos componentes diferenciadores do MIAS para Guainía, implicando uma justificativa baseada, principalmente, no alto nível de dispersão populacional que fazia inoperável a competência regulada entre distintas EPS. Nesse sentido, concordando com os achados da avaliação do modelo realizada

pelo DPN, a presença de uma única EPS no território foi apreciada como destaque do MIAS, contribuindo para diminuir, em parte, as barreiras de acesso aos serviços (COLOMBIA, 2017).

Em contrapartida, opiniões antagônicas apareceram apontando poucos avanços ou insatisfações com a implementação da proposta:

Não se tem visto muita mudança boa desde que começou o Coosalud [EPS do modelo]. Supostamente eu tinha escutado por aí que o Coosalud ia melhorar, que não sei que mais, mas pelo visto não, ou seja, não temos visto melhoria para nada, tem piorado, digo eu, porque antes quando tinham as Mayamás ou as outras, a gente ia e o atendiam, claro! digamos que lhe pediam autorizações e isso, mas a gente era atendida na hora, mas agora não, agora é mais devagar (U16. Curripaco).

(...) que o modelo era melhor? também não. Ou seja, aqui todos falam bem, mas se continua tendo muita dificuldade. Agora vejo mais difícil a cada dia o que são as comissões, já estamos em junho e até agora está saindo a primeira comissão para o rio, quando deveria ter saído ao princípio do ano, ou seja, não se cumpre com o que se prometeu (AE9).

De minha parte eu sinto que tem melhorado pouco, porque o auxiliar está presente no posto [de saúde], qualquer coisa ele nos dá a informação... mas o problema é que ainda nos faltam os medicamentos, então não serve para nada (U14. Cubeo).

Digamos que a falha do modelo tem sido que o componente intercultural não tem sido implementado, e essa é a base do modelo, porque esse componente intercultural digamos que embora esteja escrito nos documentos, não está operando na realidade, ou seja, não tem mudado em nada nesse sentido (BAC1. Puinave).

Evidentemente, as críticas aludem a dificuldades no modo de gestão e organização dos serviços, apontando a fragilidades no potencial para promover mudanças positivas, ou esperadas, nas práticas assistenciais e, até mesmo, na efetivação do componente intercultural como estratégia fundamental do modelo. De fato, tal inconformidade pode se resumir no comentário de um participante ao expressar que “o panorama da atenção à saúde em Guainía complicou-se desde que começou o modelo” (NO. 30/04/18).

Uma explicação possível para essa divergência de opiniões relaciona-se com a alta expectativa gerada nos primórdios da inserção do modelo, especialmente com a satisfação das demandas acumuladas, sendo os avanços conquistados até o momento ainda insuficientes para supri-las. Neste ponto, é preciso considerar que a construção de modelos de atenção constitua-se em um processo inacabado, dinâmico e permanente (ESMERALDO *et al.*, 2017), sendo

típico nas primeiras fases de implantação a presença de traumas e resistências, além do mais por se tratar de um piloto, dado que:

A implementação do MIAS foi pensada para ser realizada de forma gradativa e flexível, isto é, sem um calendário fixo de atividades predeterminadas a realizar num dado prazo. A gradatividade e flexibilidade consideram-se apropriadas para um piloto pois justamente a natureza do mesmo é experimentar algo que não tem sido feito antes. A dificuldade da gradatividade, no entanto, é que distintos atores têm a expectativa de que seus temas de interesse sejam abordados com prontidão, e quando isto não acontece, gera-se frustração (COLOMBIA, 2017, p. 202. Tradução nossa).

Nesse sentido, consoante Fertoni (et al., 2015), a conformação de um dado modelo assistencial pode implicar, no cenário micro de trabalho, a ocorrência de disputas entre interesses de diferentes sujeitos. Concorde-se com os autores em que, é na arena de interesses construídos no cotidiano dos serviços de saúde, que define-se, afinal, o desenho do modelo assistencial, como veremos nas subcategorias seguintes.

5.1.3 *Entre o rio e a floresta: o cotidiano da APS no contexto rural*

Com a implantação do novo modelo, a rede de serviços de saúde em Guainia continuou preservando uma estrutura hierárquica de complexidade crescente. Todavia, diversos são os matizes que permeiam o cotidiano da atenção em saúde nos distintos cenários da rede, onde ela acontece no contexto rural, e que apresenta contrastes com o contexto urbano.

No contexto rural, as ações de APS atualmente são executadas por equipes intramuros, que permanecem realizando atenção médica, curativa e preventiva, nos postos e centros de saúde, e por equipes extramuros, que executam ações individuais e coletivas com visitas periódicas às aldeias por meio das *comissões multidisciplinares de saúde*. Os postos de saúde são coordenados por um auxiliar de enfermagem e um *gestor comunitário*, encarregados da atenção na aldeia onde se localiza o posto, além de terem sob sua responsabilidade uma área composta pelas aldeias próximas. Nesse cenário, o cotidiano de trabalho é caracterizado pela demanda espontânea de usuários, a resolução de requerimentos específicos (assistenciais e logísticos) e a dinâmica de trabalho em equipe. Questões que, como veremos, são permeadas pela própria dinâmica cotidiana das aldeias.

Ainda que os técnicos de enfermagem manifestem desenvolver suas atividades em um horário previamente estabelecido, a maioria deles mantêm uma disponibilidade de 24 horas:

Eu trabalho de 7 às 12h e de 2 às 6h da tarde. Sábado e domingo... No sábado de 7 da manhã às 2 [da tarde] e daí para frente já é só urgência. Domingo, urgência e as segundas que são feriados urgências, mas igual, eu praticamente moro aqui [no posto de saúde], me chegam [os pacientes] a qualquer hora e eu os atendo... praticamente eu trabalho aqui as 24 horas (AE8).

Entende-se que por não serem pessoas oriundas da aldeia, estes profissionais fixam residência com suas famílias nas instalações do posto, o que tem feito com que os membros da comunidade procurem por atendimento em qualquer horário do dia, sendo os motivos comuns de consulta: gripes, dores de cabeça, diarreias, dores no corpo, entre outros.

Todavia, uma situação registrada durante a pesquisa de campo faz pensar que essa questão de “morar no posto” tem repercussões para além dessa demanda espontânea de usuários. Durante a trajetória junto à *comissão de saúde* pelo rio Guaviare, visitamos o posto de saúde na comunidade da *Unión*. Fomos recebidos por uma auxiliar de enfermagem que nos mostrou as instalações, que era uma casa adaptada para a realização dos atendimentos. Atuando no local há dois anos, informou estar terminando a pintura e reformas nas instalações porque para ela “o posto era sua casa” (NO. 27/02/18).

É fato que mesmo com a previsão de vigência do MIAS e as reformas propostas dos postos da região de acordo com o mesmo desenho arquitetônico, durante o período de coleta de dados, muitos deles continuavam funcionando nas instalações antigas ou em espaços alternativos (geralmente casas alugadas) devido a atrasos na renovação da infraestrutura. Daí que alguns auxiliares, geralmente aqueles que já atuavam por um tempo prolongado, se apropriaram desses espaços tornando-os como “seus” (NO. 25, 27/02/18).

Além disso, o fato de “morar no posto” faz com que as questões rotineiras de trabalho desses profissionais se juntem com as de sua vida mesma:

Então pelas manhãs, eu vou e os visito: ‘como estão?’, tomo o café da manhã com eles, falo um momento com eles e venho para cá [para o posto]. E à tarde fico aqui. Também se tem um paciente que não pode movimentar, a gente tem que ir visitá-lo, então eu vou onde eles estão, eu gosto de estar com eles (AE8).

Isso mostra que muitas das ações realizadas pelos auxiliares no posto estão ligadas à dinâmica cotidiana vivenciada na aldeia. O convívio diário facilita um espaço propício de

socialidade, no qual o potencial cotidiano se exprime no “*viver/estar junto e o viver coletivamente*” (MAFFESOLI, 2010) para além do âmbito assistencial. Os aspetos de convivência “extra-posto”, denominados por Dias Silva (2010), como conversar, comer junto, pescar, favorecem fortes laços interpessoais com os membros da comunidade e, portanto, o estabelecimento de vínculo, que é uma condição importante para o desenvolvimento de ações de APS (VIEGAS; PENNA, 2012).

Quanto às funções designadas estão a realização de consultas de promoção e prevenção, administração de medicamentos básicos, primeiros socorros e realização de testes rápidos de malária, dengue, gravidez. Porém, conforme a rotina dos auxiliares realizada anteriormente, eles continuam, muitas vezes, assumindo funções para além de suas competências:

A gente está só, a gente tem que ser o médico, enfermeira, pajé, parteira, melhor dizendo, tudo (...) eu tive que atender partos. Quando a gente está no posto de saúde tem que fazer de tudo (AE8).

“Resolver sozinho” é uma expressão recorrente quando se fala do trabalho do auxiliar nos postos nas áreas rurais. Mesmo com a existência de um rádio para comunicação permanente com o centro de saúde de referência ou o hospital, esse profissional continua sendo responsável pela resolução de demandas e encaminhamentos de usuários para outro nível de atenção, assumindo desafios que repercutem diretamente na qualidade dos atendimentos:

Na semana passada chegou-me uma criança com apendicite. Ela me disse que tinha dor de estômago e ardor ao urinar, eu a diagnostiquei com gastrite e infecção de vias urinárias (...) então disse à criança ‘se dentro de 4-5 dias não sentir melhora temos que te encaminhar ao centro de saúde’. Fui à casa dela, fui três vezes na sexta, no sábado e na terça e perguntei aos familiares e me disseram que estava bem. E no momento, quando já realmente tem apendicite lhe examino o estômago, olho por um lado, pelo outro... e não, que não tinha nada, e não tinha nada?... Aí vem as consequências... resulta que sim, era [apendicite] e já era tarde para remetê-la (AE8).

No caso de uma doença grave, ele [o auxiliar] encaminha a pessoa [para o hospital], mas ele não conta com bote, motor e gasolina, isso é o que dificulta levar a pessoa que está doente (...) outra coisa é que as vezes não há medicamento no posto, o que acontece nesse sentido? que os habitantes não têm onde ir quando não há medicina, o auxiliar está presente, mas não pode fazer nada, pode atender a pessoa sim, mas não pode dar medicamento em caso de doença (U11. Puinave).

Falta de insumos e auxílio diagnóstico, grandes distâncias que requerem ativação da rede de referência e logística na procura de embarcação e gastos de combustível para encaminhamentos, entre outras, são questões que fazem com que o “improvisado” seja uma característica marcante do cotidiano de trabalho desses profissionais.

O “improvisado” também é uma categoria identificada por Dias Silva (2010) no cotidiano de trabalho dos técnicos de enfermagem com os indígenas Munduruku e emerge, portanto, de um conhecimento empírico, de um “saber-fazer”, “saber-dizer” e “saber-viver” inerente ao cotidiano com o qual estes profissionais tentam resolver as múltiplas demandas do dia a dia (MAFFESOLI, 2010). Porém, nesse “jogo de cintura” (DIAS SILVA, 2010) acabam priorizando as práticas assistenciais, curativas e individuais, sobre as ações coletivas de prevenção e promoção da saúde.

O trabalho junto ao *gestor comunitário*, por sua parte, foi resgatado como um elo de ligação importante com a comunidade:

Ela [gestora comunitária] fazia o censo populacional, calculava as crianças de 0-5 anos, adultos, os que estão fazendo planejamento familiar, o controle de crescimento das crianças, muitos que estão fumando substâncias psicoativas, sim? Então chegavam, digamos qualquer pessoa, de qualquer programa então ela ‘bom, quantas crianças há? há tantos, quanta população há? Há tanta’ por exemplo, aqui manejamos 400 pessoas... então todo esse percurso quem faz é a gestora” (AE8).

O *gestor comunitário* é um papel criado pelo MIAS, sendo alguém pertencente e indicado pela comunidade para realizar visitas domiciliares, ações educativas, saneamento básico e articulação de saberes (tradicionais e biomédicos) (COLOMBIA, 2015b). Esse papel poderia ser equivalente ao do Agente Indígena de Saúde, no Brasil, criado no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, em 1999, para atender aspectos da atenção diferenciada na saúde indígena, sendo o elo entre as equipes e a comunidade, e exercendo mediação entre os saberes médico-científicos e dos indígenas (DIEHL; LANGDON; DIAS-SCOPEL, 2012).

Ainda que alguns participantes tenham desstacado o trabalho do gestor comunitário como o de um intermediador, auxiliando na tradução, captação e seguimento de pacientes, foi possível detectar, no tempo da pesquisa em campo, dificuldades expressas em queixas dos usuários e auxiliares de enfermagem em relação ao cumprimento das funções exercidas. Em conversa informal, um auxiliar de enfermagem referiu que o *gestor* não cumpria suas funções, apesar de estar sendo remunerado. Segundo ele, pelo fato deste

trabalhador morar em outra aldeia, era difícil seu deslocamento até o posto porque “ficava longe de sua casa, sobretudo no inverno” (NO. 11/02/18). Da mesma forma, em visita a outra aldeia com a *comissão de saúde* o gestor não se encontrava presente. Ao ser indagado onde estaria, um morador da aldeia comentou que havia vários dias que não visitava as casas. Algum tempo depois o gestor apareceu e se apresentou à equipe, sendo que houve reclamação pelo enfermeiro da *comissão* sobre sua ausência no posto de trabalho. Quando se retirou, o enfermeiro comentou que “agora precisam ser lembrados o que têm que fazer, antes eles eram dedicados, a gente chegava à aldeia e eles saíam a nos receber, estavam atentos à *comissão*, agora já não estão fazendo nada disso” (NO. 13/02/18).

Na implantação do modelo, os gestores receberam uma capacitação sobre suas funções, incluindo um exercício de mapeamento da área de abrangência do posto realizada junto aos técnicos de enfermagem e alguns médicos tradicionais. Entretanto, manifestaram dificuldades na cobertura do território demarcado para visitas:

Há muitas coisas por fazer que não temos conseguido completar...o trabalho do gestor é muito amplo... De minha parte estou demorando um pouquinho... tenho sete aldeias que tenho que visitar e tem sido muito difícil visitá-las todas (G1. Puinave).

Entende-se que, além da quantidade de população designada (100 a 200 famílias, com estimativa de 1000 pessoas), as grandes distâncias entre aldeias, que implicam deslocamentos de horas por rio e a coordenação de embarcação e combustível, às vezes, indisponíveis nas unidades, tenham por consequência a diminuição da cobertura pelas equipes em algumas aldeias. Por conseguinte, as distâncias acabam tendo repercussão tanto na supervisão do trabalho como na integralidade das ações a serem desenvolvidas.

A limitada presença de equipes de atenção básica também é um fato prevalente em comunidades rurais afastadas da Amazônia no Brasil, uma vez que enfrentam grandes barreiras de acesso: geográficas, financeiras e de informação (FERREIRA *et al.*, 2011; GARNELO *et al.*, 2018).

Em Guainía, a escassez e os altos custos de combustível para o uso de embarcações constituem um fator determinante ao acesso e a utilização dos serviços de saúde, sobretudo, nesta área rural (COLOMBIA, 2017). A esse respeito, em estudo realizado por Furtado (*et al.*, 2016) na Terra Indígena Kwat, Laranjal, no Brasil, reportou-se que a falta de combustível é obstáculo na resolutividade dos problemas de saúde em terras indígenas, pela

essencialidade na remoção de pacientes graves, gestantes com intercorrências e deslocamento dos profissionais para visitas às aldeias.

Nesse sentido, concorda-se com Garnelo (*et al.*, 2014) ao sinalizar que:

Os critérios de definição de cobertura territorial precisam ser adaptados às condições da Amazônia, onde a população se assenta de modo disperso em grandes extensões geográficas. Se consideradas em termos estritamente numéricos, a proporção entre unidades disponíveis e usuários a serem atendidos pode ser considerada próximo do desejável. Porém, é preciso levar em conta as distâncias que usuários e profissionais precisam percorrer a fim de viabilizar o cuidado em saúde (GARNELO *et al.*, 2014, p. 74).

Pode-se inferir que esse vazio na assistência, no contexto rural, esta sendo “coberto”, em parte, pelas *comissões multidisciplinares de saúde (CMS)*, porém com alguns entraves. Um deles tem a ver com a grande demanda de usuários voltada, primordialmente, para atendimento às doenças e o requerimento de medicamentos.

Nas minhas observações realizadas nas aldeias, constatei a realidade dessas questões no cotidiano da atenção em saúde local. Em uma das aldeias visitadas ao longo do Rio Guaviare, quando atracávamos no porto, um morador se aproximou dizendo: “chegaram em bom momento! Tem uma criança que esta doente”. Após um tempo, outros dois moradores abordaram o enfermeiro da *comissão* para informar suas demandas. Um deles falou: “enfermeiro que remédio você traz para o braço que tenho adormecido, o tenho como os dedos da vaca!” e o outro: “olha faz dois meses que eu estou com cegueira e não tem melhorado”. O profissional explicou-lhes que os sintomas apresentados deveriam ser complicações de doenças crônicas, mas que, infelizmente, não podia lhes medicar, pois o propósito da *comissão* era unicamente vacinação. A recomendação feita a eles foi se deslocarem ao centro de saúde próximo ou esperar a outra *comissão*, quando viria o médico e trariam sim medicamentos (NO. 13/02/18).

Embora o principal objetivo das *CMS* (integradas por médico generalista, bacteriologista, enfermeiro, dentista e técnicos em enfermagem) seja visitar periodicamente as aldeias para realizar atividades individuais e coletivas de promoção da saúde e prevenção de agravos, cenas como a anterior retratam a maneira em que estas equipes são esperadas e abordadas pelos usuários para suprir suas necessidades em saúde, centradas principalmente em adoecimentos.

De fato, como expresso pelo usuário, essa demanda é normalmente feita para atendimento de toda a família:

Eu, de minha parte, quando vem a comissão aproveito [para ser atendido]. Na vez passada veio em novembro, algo assim e, foi bom, porque a minha família passou toda [a ser atendida]” (U12. Piapoco).

A questão de “aproveitar” os serviços prestados pela *CMS*, diante da falta de assistência nas aldeias, é reconhecida tanto pelos usuários, como pelos profissionais de saúde. Não obstante, estes últimos manifestam preocupação pela alta demanda que, somada às condições de trabalho precárias e ao tempo restrito de permanência nas aldeias, de dois a três dias, comprometem a qualidade e integralidade da assistência:

A gente fica com esse dissabor, porque chegamos com todo ânimo para prestar-lhes o melhor, mas são muitas pessoas e uma vez ao ano o serviço de saúde tem a oportunidade lhes atender, então a gente gostaria de dedicar muito tempo a cada família, fazer um bom controle de crescimento e desenvolvimento, ou um bom controle pré-natal, mas pelo tempo e por muitos outros fatores, como não ter luz e isso, termina-se fazendo as coisas com rapidez” (E3).

As longas filas de usuários procurando resolver problemas pontuais de doenças e situações agudas, nos dias em que a *CMS* esta presente nas aldeias resultam, portanto, em priorizar atendimentos individuais em detrimento às atividades coletivas e de promoção da saúde¹²:

Temos uma dificuldade e é que embora nos exijam fazer *PEP* [promoção da saúde e prevenção da doença], muitas vezes chegamos a pacientes que têm ficado um longo tempo sem ver a um dentista e têm muitas necessidades de urgência... então nós priorizamos o que o paciente demanda, pois se o paciente tem algo de dor nós não podemos fazer *PEP*, mas primeiro tentar eliminar o fator local que lhe está causando a dor, e depois fazemos promoção e prevenção, e pelo tempo que às vezes temos nas comissões é difícil fazer as atividades de *PEP* (DEN2).

Consequentemente, alguns membros da equipe consideram essas ações de prevenção e promoção como “uma sobrecarga de trabalho”, “que descontam tempo” e “não aportam a satisfazer as demandas reais da população” (NO. 23/04/18). Enquanto que, para os usuários, as atividades de cunho educativo – geralmente feitas no início da jornada - são vistas como uma maneira de “motivar” a comunidade:

¹² Essas atividades são estipuladas no Plano de Intervenções Coletivas (PIC), formulado pela SDS, incluindo dimensões como saúde mental, segurança alimentar e nutricional, estilos de vida saudável, direitos sexuais e reprodutivos, cuidado bucal, visual e auditivo, entre outras.

Essa parte se faz com palestras e isso se faz antes do começo do trabalho, põem balões e tudo isso, para que a gente se anime... mas tem que tomar um tempo e ter tempo o suficiente também para atender as pessoas depois... está bem o que está se fazendo, sortear algo, um presente, qualquer coisa, porque assim as mães se animam e os pais também, todos os jovens animam-se assim, mas no devido tempo também, para que se comece já bem organizado e se comece depois toda a jornada médica (U11 Puinave).

Como já posto anteriormente, a origem das *CMS*, na década de 1980, baseou-se em um modelo campanhista de assistência para atendimento concentrado, principalmente, em demandas espontâneas de doentes (SUÁREZ, 1998; GARNELO; MACEDO; BRANDAO, 2003). A execução de ações de acordo com esse modelo desenvolvido por vários anos, certamente influencia, ainda hoje, a forma como os usuários buscam os serviços, mesmo com as mudanças da proposta a ser desenvolvida pelas *CMS* nessas regiões. Isto é, continua a valorização da assistência médica e o acesso a medicamentos em prejuízo às ações educativas de promoção e prevenção, compreendendo também que essas são as necessidades apresentadas pelos moradores.

Nessa mesma linha, uma pesquisa realizada com indígenas Guarani do litoral de Santa Catarina, no Brasil, reportou associação entre a alta recorrência ao uso de fármacos e a presença das equipes de saúde nas aldeias, proporcionando uma atenção caracterizada por um “assistencialismo hipermedicalizante de caráter curativo” (DIEHL; GRASSI, 2010, p. 1556).

Da mesma forma, um estudo realizado em um município do interior do Amazonas, no Brasil, evidenciou que um dos principais meios de acesso a serviços de saúde bucal para a população rural consistia no atendimento de equipes móveis, cuja atividade primordial reduzia-se ao controle da dor, com pouca oportunidade para a execução de ações de prevenção e promoção da saúde (COHEN-CARNEIRO *et al.*, 2009).

Porém, a irregularidade no cumprimento do cronograma de deslocamentos das equipes de *CMS* foi uma constante durante minha permanência em campo, continuando até o momento de escrita do presente relatório. A mudança de administração do hospital, a disponibilidade de insumos e medicamentos, a logística para alocação a todas as áreas preestabelecidas, dentre outras questões, resultou em atraso da agenda proposta para saída das equipes, fazendo com que várias aldeias tivessem apenas uma visita, apesar de quatro planejadas ao ano (NO. 27/04/18).

Além disso, a alta rotatividade continua sendo uma característica preocupante na conformação destas equipes. Ainda que a designação de profissionais deveria ser coordenada pelos centros de saúde, incluindo os profissionais que atuam nesse cenário, ela continua

centralizada na cidade, vinculando trabalhadores do hospital ou outros recém-contratados apenas dias antes para desenvolver as atividades previstas (NO. 23/04/18).

Sabe-se que a escassez de recursos humanos e, em consequência, a alta rotatividade de profissionais continua sendo um problema persistente em zonas rurais e de população indígena (DIEHL; LANGDON; DIAS-SCOPEL, 2012; PITILIN; LENTSCK, 2015; MENDES *et al.*, 2018).

Na Colômbia, a maioria dos profissionais de saúde atuantes nas áreas rurais e/ou remotas são vinculados anualmente em exercício do Serviço Social Obrigatório, ou *rural*, estabelecido para profissionais recém-formados como requisito obrigatório para obter a carteira profissional. Todavia, a cada mudança, estas equipes devem assumir uma reorganização em sua estrutura de trabalho, prejudicando a continuidade das ações e a manutenção de vínculo com os moradores das aldeias (NOVO, 2010).

Por fim, foi possível detectar recursos adicionais sendo acionados cotidianamente para resolver os vazios de assistência na zona rural. Em acompanhamento à equipe da comissão consegui constatar que pessoas de liderança nas aldeias como o capitão, o professor da escola ou o pastor da atuam em papel importante de intermediação entre as equipes e a comunidade (NO. 24/02/18). Desenvolvem ações para auxiliar na captação de necessidades dos usuários e acompanhamento de tratamentos que requerem supervisão:

Geralmente nem todas as comunidades têm posto de saúde (...) então aí a gente tem que falar com o diretor do colégio e dizer-lhe ‘olhe professor, o paciente tem isto... e precisamos que você supervisione o tratamento’, então é outra possibilidade (AE2).

Por sua vez, outras equipes –também chamadas *comissões de saúde*- geralmente compostas por um enfermeiro e técnicos de enfermagem, são disponibilizados pela SDS para visitar as aldeias com o objetivo de realizar atividades específicas de vacinação, controle de saneamento básico e em alguns casos educativas com as comunidades:

Quando saímos a percorrer os corregimentos devemos monitorar com os traçadores, se olha em que cobertura eles estão, se já estão bem vacinados e se lhes faltou alguma vacina (...) também fazemos buscas ativas, se apresentam-se casos de febre amarela ou se não há casos de tétano neonatal ou sarampo (E1. Puinave).

A secretaria de saúde é como nossa vigilante. Às vezes eles vêm também perguntar ou fazer qualquer atividade aqui mesmo [no posto na aldeia], e perguntam sobre como nos temos sentido ou como vamos com as atividades que desenvolvemos (AE6. Puinave).

Entretanto, reconhecendo que essas equipes exercem um importante papel de apoio e monitoramento das ações de atenção básica no cenário rural, com a interação em tempo integral com a *comissão* de vacinação, pode-se inferir que o principal foco das ações prevalece ainda voltado para um enfoque assistencialista e curativo.

Alias, a presença de ONG's no departamento continua sendo relevante no desenvolvimento de programas em saúde com maior impacto no contexto rural. Todavia, essas organizações ainda mantêm pouca articulação com as ações de APS promovidas pelo MIAS, chegando, inclusive, a ocorrer tensões entre as políticas propostas pelo governo do estado e os projetos desenvolvidos por elas (GUHL, 2018).

5.1.4 *O epicentro das fronteiras: o cotidiano da APS no contexto urbano*

As particularidades do cenário urbano fazem com que o cotidiano de assistência na APS seja também marcado por diversos desafios, por ser a cidade de Inírida o epicentro da rede de referência para toda a região. Além dos habitantes dessa área (incluindo indígenas e não-indígenas), atende-se a população proveniente da área rural ou migrante da região de Vichada e da Venezuela, que faz fronteira com esse ponto da região.

Nesse cenário, as ações são prestadas por equipes instaladas na área de promoção e prevenção (*PEP*) do hospital e em um posto de saúde localizado na reserva indígena *Paujil*. Este último considerado “piloto” para a implementação da *estratégia de cuidado primário*¹³, liderada por médicos em formação em medicina da família em parceria com uma universidade privada de Bogotá.

A equipe do posto é composta por uma enfermeira, dois médicos (um deles residente de medicina da família), um dentista, um microscopista, dois técnicos (um de enfermagem e um dentário) e um *gestor comunitário*. A presença de outros profissionais, além da equipe base dos postos, deve-se a uma solicitação das lideranças indígenas na implementação do modelo por causa da alta demanda de serviços nesse ponto da região.

Conforme acontece na área rural, a demanda espontânea de usuários é uma característica marcante do cotidiano da assistência, dessa vez com a oferta e cumprimento de uma agenda de consultas:

¹³ Tem-se projetado a implementação dessa estratégia nas cinco zonas estabelecidas pelo MIAS, contemplando a elaboração de um plano com protocolos de atenção, visitas domiciliares, ações de PEP, entre outras questões.

Para mim aqui no posto me atendem da mesma forma que no hospital... a gente também tem que marcar consulta, mas para mim é melhor aqui, mais próximo, porque às vezes nós não temos transporte, porque não se sabe em qualquer momento cai a doença então aqui é mais próximo (U3 Puinave).

Como nós somos vizinhos aqui do Paujíl então nós recebemos bem o posto de saúde, porque é mais próximo, porque lá na parte do hospital, pra pedir uma consulta lá é sempre duro, a gente tem que madrugar, fazer fila, tudo isso, aqui, ao contrário, há pouca gente... eu vim na semana passada aqui (...) esta já é a segunda vez, então está melhor que lá (U9. Puinave).

Evidencia-se que a localização do posto é considerada uma vantagem para o acesso a serviços quando comparado ao hospital, facilitando inclusive o atendimento a pessoas não residentes na reserva indígena. Constata-se, contudo, que a procura dos usuários pelos serviços de saúde, nesse contexto, ocorre, tal como no cenário rural, diante de uma eventual necessidade, geralmente associada à aparição de doenças e/ou à procura pontual de medicamentos.

Uma cena cotidiana frequente durante o tempo que permaneci nesta unidade foi o grande volume de usuários, de seis a dez diariamente, consultando por sintomas de suspeita de malária, por ser a reserva indígena uma área de alto risco para essa doença. Geralmente, estes usuários manifestavam vir ao posto com o único interesse de que “o médico lhes entregasse o remédio” (NO. 26-28/03/18; 04/04/2018).

Nesse sentido, a qualidade da atenção é determinada à medida que as respostas às demandas apresentadas sejam satisfatórias:

Eu acredito que o posto funciona bem sim, porque primeiro o que o posto faz agora é contra a malária, que funciona sim, porque aí dão os resultados do teste e o médico dá a gente o remédio, então para mim funciona sim (U2. Puinave).

Evidencia-se assim o interesse dos usuários voltado, primordialmente, para uma atenção médico-centrada, corroborando os resultados de estudos que têm abordado as necessidades e demandas cotidianas e usuários na APS em outros contextos (VASQUES; PENNA, 2013; PALHONI; PENNA, 2017).

Cabe salientar, entretanto, que as demandas por serviços de saúde resultam da conjugação de fatores sociais, individuais e culturais próprios da população (VASQUES; PENNA, 2013). Como aponta Pitilin e Lentsck (2015), ter acesso aos serviços não garante que as necessidades sejam satisfeitas, sendo necessária uma prática que atenda às reais demandas, ou seja, um olhar que transcenda o biológico.

Soma-se a isso a demanda da população indígena migrante da Venezuela em busca, também, por assistência médica:

Aqui temos população venezuelana, então há uns problemas na parte de suas afiliações, porque anteriormente, em nossa cultura, como indígenas, não precisávamos de um sistema, sim? mas o sistema de hoje já está exigindo, se você não aparece no sistema você não tem opção de ser atendido, de que possa pedir uma consulta médica, então temos essas fraquezas... mais que tudo os que moram na fronteira, são indígenas, parentes nossos, as vezes chegam aqui doentes, com malária e eles chegam pedindo ajuda, então temos tentado colaborar, mas como o sistema exige outra coisa, então já temos que ir é na urgência do hospital” (G1. Puinave).

Nestes casos, as ações cotidianas da equipe focam-se, igualmente, em resolver questões burocráticas relacionadas com o cadastramento desta população no sistema de saúde, a maioria das vezes concluídas em encaminhamentos de urgências ao hospital, tornando o posto “um lugar de passagem para outros serviços” (PITILIN; LENTSCCK, 2015).

Consequentemente, as atividades próprias designadas pela APS, direcionadas à família e comunidade: educação em saúde, planos terapêuticos, visitas domiciliares, vigilância em saúde, entre outras, ficam relegadas a segundo plano:

(...) as vezes saímos às terças, esse é um dia que nos designaram para a saída a campo, para visitar a comunidade, aí saímos com o companheiro [gestor] a fazer palestras da malária, o uso adequado do mosquiteiro, da contaminação... da água, do lixo, tudo isso... coisas assim de prevenção, mas as vezes é como agora que não se pode... já temos outra atividade na manhã, tirar amostras e terminamos saindo por aí depois das 9 da manhã, depois de tomar as amostras e quando já as coisinhas que fazemos por aqui [no posto] ficam prontas... mas como lhe digo, às vezes não saímos porque há muitas coisas, porque também há muitas coisas por fazer aqui (AE6. Puinave).

Com a implantação do *plano de cuidado primário*, liderada pela equipe de medicina de família, encarregou-se especialmente ao auxiliar de enfermagem e ao *gestor comunitário* a realização de atividades previstas em uma agenda de tarefas, que inclui visitas domiciliares, busca ativa e a caracterização da população (NO. 02/04/18). Porém, a designação de atividades adicionais ou a resolução de diligências emergentes no dia a dia, dificultam a efetivação desta proposta conforme o planejado:

(...) Eu tenho que ir casa por casa, visitar todas as famílias, desde o mais adulto até o menor, identificar quantas famílias moram lá e também fazer o mapa (...), eu tenho uma planilha, aí registro: ‘casa número um, moram tantas famílias aí’, então eu tenho uma base de dados em Excel e tenho que introduzir a informação todas as manhãs (...), às vezes perco o fio desse

trabalho, porque tenho que ir acompanhar a algum paciente que chegou grave à urgência, então de uma vez me dizem, ‘vá acompanhe a tal paciente ao hospital’, e aí tenho que ficar até que os funcionários terminem de atender ao paciente lá... eu venho para informar aos familiares das consultas ou se talvez o hospitalizaram, até que eu não tenha clareza da informação lá, não posso vir, pode demorar toda a manhã (G1. Puinave).

Confirma-se diante dos fragmentos acima, que durante o período de permanência no posto, solicitei, várias vezes, realizar acompanhamento junto aos profissionais em suas visitas domiciliares. Entretanto, em detrimento a situações tais como, encaminhamento de pacientes ao hospital, a demanda maior do tempo previsto para a coleta de exames, a solicitação para assistência em procedimentos (como inserções de implantes contraceptivos) ou mesmo em atividade de tradução de línguas indígenas, as visitas não ocorriam como planejadas, sendo na maioria das vezes canceladas (NO. 03/04/18).

Tal questão também é relatada em estudos realizados por Pitilin e Lentsck (2015) e Shimizu e Rosales (2009), sendo associada ao modo de organização dos serviços, que muitas vezes gira em torno da priorização do atendimento à demanda espontânea, prejudicando o planejamento e desenvolvimento de ações comunitárias, educação em saúde e visitas domiciliares, envolvendo a todos os membros da equipe, bem como a comunidade.

Ressalta-se que a participação dos usuários no processo de planejamento, execução, gestão e avaliação dos serviços, como um elemento essencial da APS (STARFIELD, 2002), ganha ainda maior relevância na organização dos serviços voltados para atendimento à população indígena, por considerar-se fundamental para o alcance do princípio de atenção diferenciada ou intercultural (LANGDON; GARNELO, 2017). Entretanto, como afirmam Langdon e Diehl (2007) as tendências de centralização, burocratização e institucionalização dos serviços impedem, em muitos casos, a efetivação dos processos participativos das comunidades indígenas.

Por consequente, na área de PEP do hospital, onde atua uma equipe integrada por dois médicos, duas enfermeiras, uma auxiliar de enfermagem e um *gestor comunitário*, foi possível observar, além das questões já citadas, a prevalência de questões burocráticas para aceder aos serviços:

Pois primeiro aqui demoram muito expedindo autorizações, gerar uma consulta, isso demora muito e a gente tem que esperar muito tempo... temos que fazer uma fila longa e às vezes lá se passa o tempo da consulta” (U7. Sikvani).

O hospital é muito demorado para atender, eu vou quando estou doente e isso a gente tem que esperar e esperar e esperar [...] um dia eu fui para lá e quase não me atendem e por isso eu achei melhor procurar remédio na farmácia (U10. Cubeo).

Constata-se que a expedição de autorizações, longas filas para agendamento de consultas e requerimento de medicamentos, demoras com a atenção, entre outras questões, expressas pelos usuários, fazem um importante diferencial em respeito à maneira em que percebem a qualidade da atenção e o nível de resolatividade de suas demandas. Evidencia-se, portanto, como no último depoimento, a busca de outros serviços, a consulta em farmácias para a aquisição de medicamentos e mais uma vez a solução para uma demanda espontânea.

Problemas similares no cotidiano dos serviços de APS foram relatados no estudo de Campos (*et al.*, 2014), sendo catalogados como barreiras de acesso de tipo organizacional, relativas às características da organização dos serviços e procedimentos/cuidados ali ofertados. Segundo os autores, a prevalência deste tipo de barreiras cria uma descrença nos usuários a respeito do papel ordenador da APS e, portanto, na sua concepção como principal porta de entrada ao sistema.

Além disso, como evidenciado na pesquisa de Garnelo (*et al.*, 2018) esses aspectos, presentes na rotina de funcionamento dos serviços, geram um impacto ainda maior no acesso aos usuários provenientes da zona rural. Além do deslocamento de grandes distâncias para procurar atendimento na cidade, enfrentam filas para agendar ou obter consultas, às vezes, sem disponibilidade de vagas para atendimento no mesmo dia. Nesse sentido, às barreiras de acesso geográficas, adicionam-se outras, que comprometem a qualidade do atendimento ofertado a estas populações.

O esboço da história do que foi e do que esta sendo construído na APS, a partir do já exposto nesta categoria, mostra elementos de destaque que têm contribuído à configuração atual desta estratégia na região no âmbito do novo modelo de atenção.

Reitera-se, que construções feitas no passado têm influenciado as práticas assistências atuais, por exemplo, no modo de organização dos serviços e o desenvolvimento de atividades com foco médico-centrado e voltado para atendimento de necessidades pontuais. Nesse sentido, cabe problematizar as dificuldades para a concretização de uma prática integral que aborde as reais necessidades dos usuários indígenas, ainda mais considerando que a assistência à saúde está se desenvolvendo em contextos culturais diversos e em constante interação cotidiana, que acabam influenciando, entre outras coisas, a capacidade de autogestão em saúde dos usuários, tal como veremos na categoria a seguir.

5.2 A Interculturalidade no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde em Guainía¹⁴

A interculturalidade, em concordância com Menéndez (2016), é entendida neste estudo como um processo permanente no cotidiano da atenção à saúde em Guainía. Encontra-se presente desde o primeiro contato entre usuários indígenas e profissionais de saúde, nos processos de conhecimento, reconhecimento e convivência entre suas culturas e saberes, inclusive, no intercâmbio ocorrido interna e externamente nas diferentes etnias presentes na região.

Para Menéndez (2016):

Os processos interculturais são permanentes e têm uma profundidade histórica, ou seja, a maioria não é recente nem ocasional, é parte normalizada da vida cotidiana e não processos excepcionais que há que construir. Os processos interculturais existem sempre que temos sociedades em contato. Assim, se queremos instrumentar a interculturalidade a respeito dos processos de saúde/doença/atenção-prevenção o primeiro é detectar e analisar os processos de interculturalidade que já estão operando na vida cotidiana e a partir deles, e não só de nossos pressupostos, tratar de impulsionar e concretizar objetivos interculturais (MENÉNDEZ, 2016, p. 110, tradução nossa).

Tal compreensão parte do pressuposto de que os processos interculturais historicamente têm-se submetido a relações de dominação ou hegemonia/subalternidade e no meio de fatores estruturais - econômicos, sociais, políticos, entre outros - próprios do contexto; portanto, não são processos harmônicos, nem gerados em igualdade de condições.

Nesta linha de ideias, com a presente categoria pretendo mostrar a maneira com a qual a interculturalidade constitui-se um componente chave dentro do processo de construção cotidiana da atenção primária à saúde (APS) em Guainía. As quatro subcategorias que serão apresentadas a seguir foram delineadas com o propósito de pôr em relevo, conforme Maffesoli (2009), a *centralidade subterrânea* dos fenômenos interculturais presentes, às vezes de maneira oculta, na banalidade da vida cotidiana e nas interações sociais no trabalho na APS.

¹⁴ O material apresentado nesta seção foi aprovado como artigo na revista Ciência e Saúde Coletiva, disponível online: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-interculturalidade-no-cotidiano-da-atencao-primaria-a-saude-o-caso-do-modelo-de-saude-em-guainiacolombia/17516?fbclid=IwAR2a5JzJPe29sZwMXU8AfqdtPW-if70VuidO-tlR_Oedv5aCqSEkXZQWKL

5.2.1 *A compreensão da interculturalidade: o olhar dos profissionais de saúde*

Considerando que o modelo de atenção (MIAS) contempla a APS com enfoque intercultural, como o principal objetivo estratégico para sua implementação na região de Guainía, torna-se interessante ressaltar a maneira com a qual o que é denominado de *interculturalidade* pela proposta, tem sido assimilada por aqueles encarregados de estabelecer essas diretrizes no seu cotidiano de trabalho.

Indagar sobre a interculturalidade não foi um tema previsto ao iniciar as primeiras entrevistas com os participantes, especialmente com os profissionais de saúde. No entanto, no percurso da pesquisa de campo tornou-se importante questionar sobre o tema, por perceber sua presença no cotidiano de trabalho na APS, na interação diária entre profissionais de saúde e os usuários indígenas.

Ainda que, minha intenção não fosse reduzir em nenhum momento as vivências dos profissionais em um *conceito acabado*, senão pelo contrário, sublinhar a interação intercultural como uma característica da vida social sem constrangê-la (MAFFESOLI, 2009), o questionamento sobre a compreensão da interculturalidade conduzia os participantes a uma “definição” às vezes difícil de expressar:

Sempre tem se escutado falar de interculturalidade, mas como definição? como união de muitas, de muitos saberes, uma união de muitos saberes... como um ponto de interseção de práticas e estilos de vida de saúde, me pareceria a mim (MED3).

Difícil... mas acho que interculturalidade no Guainía isso é uma relação entre as diferentes culturas que eu acho que temos aqui ao ter, valha a redundância, tantas culturas indígenas, ou seja, não temos uma só população, pode ser que em certas comunidades ou em certos lugares existam mais umas que outras, mas vejo sim que temos o Tukano, o Curripaco o Puinave [etnias indígenas], e não tendem a ser excludentes, porque inclusive podem se unir as duas culturas, então que esses ambientes ou essas relações entre essas culturas podem se realizar e que nós lhes possamos levar uma atenção, pode estar relacionado como isso, acreditaria eu (DEN4).

Dessa maneira, para os participantes a interculturalidade é referida como um elemento em que conflui uma *variedade*, quer seja de saberes, práticas ou culturas diferenciadas. É o ponto onde a diversidade se encontra, convive e se relaciona em um mesmo espaço.

Tal compreensão fundamenta-se na ideia de *multiculturalismo*. O qual refere-se em termos descritivos a caracterizar a situação diversa e indicar a existência de múltiplas

culturas em um determinado lugar (TUBINO, 2004; WALSH, 2008). Para Tubino (2004), Walsh (2008), Silva (2014) e Neves (2017) a noção do *multiculturalismo* é problemática, pois parte de um relativismo cultural que objetiva a dimensão relacional conferindo ao ideal da convivência harmoniosa entre distintos grupos, mas oculta a permanência de desigualdades e inequidades sociais.

Autores como Walsh (2012) e Menéndez (2016) concordam em afirmar que a interculturalidade tem sido um conceito bastante empregado a partir das décadas de 1980 e 1990 na América Latina. O reconhecimento apresenta-se pela “necessidade de promover relações positivas entre os distintos grupos culturais, de confrontar a discriminação, o racismo e a exclusão e de formar cidadãos conscientes das diferenças” (WALSH, 2012, p. 90). Porém, os autores alertam que ao ser adotada em uma variedade de contextos e interesses sociopolíticos, às vezes opostos, a compreensão da interculturalidade resulta ampla e difusa.

Para os participantes, a convivência entre culturas é percebida de maneira harmoniosa, pois existe um intercâmbio bidirecional em igualdade de condições, que levado ao âmbito da saúde concentra-se na troca ocorrida entre as noções indígenas e ocidentais de cuidado.

União de várias culturas, várias maneiras de viver, várias maneiras de ser, mas que possam, digamos, conviver num só território. Pois interculturalidade em saúde seria isto, de poder, digamos, implementar, digamos, as duas noções [indígena e ocidental] em ambas direções, sim? Por exemplo, agora nós vamos fazer as comissões de saúde novamente e vai, digamos, ter promoção e prevenção certo? A partir do conhecimento ocidental, certo? Agora bem, estando lá qual seria, digamos, a parte, digamos, que é cultural? quais doenças poderíamos abordar lá? Ou o que de lá trazem... que podemos aprender? que seja bidirecional (BAC1. Puinave).

É como o intercâmbio de conhecimentos, intercâmbio de costumes, entre todos para mim, isso é para mim interculturalidade... e em saúde... isso, intercâmbio de conhecimentos da medicina tradicional e a medicina ocidental (E3).

Interculturalidade é como... sim, um intercâmbio de saberes, é compreender como é a cosmovisão neste caso indígena, e compreender que na realidade, neste caso particular, nós somos os estranhos e que nós devemos nos adaptar muito à sua cultura sim? E também fazer nesse intercâmbio que eles compreendam o que nós... ou seja, nossos costumes e o que nós precisamos... Como aplicar nas suas comunidades sem agredir, ou seja, sem vulnerabilizar nada de suas crenças (MED1).

Sob essa visão dos profissionais, espera-se então que a convivência entre as culturas se estabeleça em uma relação compreensiva, na qual seja possível o intercâmbio de crenças, costumes e saberes sem a presença de conflitos ou de conflitos mínimos.

Esse achado remete a um dos usos contemporâneos e conjunturais da interculturalidade associada, segundo Walsh (2012), a uma *perspectiva relacional*. Essa perspectiva faz referência de forma geral “ao contato e intercâmbio *entre* culturas, ou seja, entre pessoas, práticas, saberes, valores e tradições culturais distintas, que poderiam se dar em condições de igualdade ou desigualdade” (WALSH, 2012, p. 90, tradução nossa).

Outros usos da interculturalidade relacionam-se às perspectivas *funcional e crítica*. A perspectiva *funcional* enraíza-se no reconhecimento da diversidade e da diferença cultural com metas para sua inclusão dentro da estrutura social estabelecida. Enquanto, a perspectiva *crítica* não parte da diversidade cultural ou da diferença em si, mas do reconhecimento de que esta se constrói dentro de uma estrutura e matriz colonial de poder radicalizado e hierarquizado, com os brancos acima e os povos indígenas e afrodescendentes nas escadas inferiores, ou seja, de um problema estrutural-colonial-racial (WALSH, 2012).

Como manifestado anteriormente, os profissionais de saúde sentem a obrigação de fazer um esforço para adentrar-se e compreender a cultura do *outro*, nesse caso, a(s) cultura(s) dos indígenas, e esperam que estes façam o mesmo por se tratar de um intercâmbio. A finalidade dessa relação é facilitar a prestação dos serviços de saúde por meio do trabalho conjunto e do estabelecimento de objetivos comuns.

Eu acredito que interculturalidade é a relação que há entre as diferentes aprendizagens, porque para mim cultura, e de fato, cultura é todo o aprendizado, e o aprendido por eles [indígenas] é diferente do aprendido por nós, então para mim interculturalidade seria como que a relação entre esses dois mundos, essas duas culturas, essas duas aprendizagens pois entrelaça-os para lograr um bom desenvolvimento das relações que tenham entre as duas... como que entrelaçar as duas formas da prevenção, promoção e tratamento das doenças por meio das duas visões que há entre o que eles [os indígenas] acreditam e que nós temos estudado, então é como poder se unir, poder entrelaçar, poder se relacionar, e poder entre os dois se ajudar para tratar um só fim, que é tentar procurar a saúde do indivíduo nesse caso (DEN2).

A interculturalidade, como a relação que é em si, em todas as culturas, sim, é a relação que há em todas as diferentes culturas: suas crenças, seus estilos de vida, em geral. A saúde intercultural? mmm... pois aí já acrescentando o componente de saúde em cada uma dessas culturas, ou seja, que todos falemos o mesmo idioma (E2).

Dessa maneira, a interculturalidade é compreendida em uma *perspectiva relacional* (WALSH, 2012), implicando uma integração entre dois sistemas de conhecimentos: o ocidental trazido pelos profissionais e o tradicional próprio dos usuários a quem atendem. Espera-se assim, uma conjunção “ideal” entre estes dois saberes, uma “*amalgama de conhecimentos*” como é descrito:

Essa integração entre as pessoas que somos os colonos, os que viemos de fora, os que temos uma forma de ver a vida diferente, com as pessoas que são próprias daqui, é como a integração e essa conjunção entre o que nós vemos da vida e o que eles vêm, não sei, é como isso, como fazer como uma amalgama aí entre conhecimentos, entre formas de ver entre eles e nós (DEN3).

Porém, os dados revelam que essa aproximação da interculturalidade pressupõe uma suposta “equidade” na forma de valorizar e validar os conhecimentos advindos dessa interação. Além de uma extinção das assimetrias e desigualdades existentes, diante da consideração de que “*todos somos iguais*” por estar na procura do mesmo objetivo. O relato a seguir ilustra essa afirmação:

Seria como a mescla, a mescla de muitas palavras num mesmo idioma, o que acontece às vezes, houvermos negros, brancos, indígenas, mas somos os mesmos, os mesmos irmãos, neste caso somos colombianos, interculturalidade seria isso (...) afinal de contas o que somos? somos indígenas, somos negros, somos brancos, somos mestiços, somos colonos, mas o que nos interessa a todos? que o paciente melhore. Esse seria um mesmo idioma, independentemente de tua crença religiosa, de tua raça, do que tu quiseres, temos todos a mesma finalidade, aqui todos os que estamos no hospital, há indígenas, há brancos, negros, colonos, todos queremos o mesmo (BAC2).

Reforça-se a postura de Walsh (2012) sobre o problema da interculturalidade no âmbito da *perspectiva relacional*, a qual segundo a autora carrega consigo:

Um ocultamento ou minimização do conflito e dos contextos de poder, dominação e colonialidade onde se tem levado a cabo tal relação. Igualmente, limita a interculturalidade ao contato e a relação - muitas vezes ao nível individual - encobrindo ou deixando de lado as estruturas da sociedade: sociais, políticas, econômicas e também epistêmicas que posicionam a diferença em termos de superioridade e inferioridade (WALSH, 2012, P.90, tradução nossa).

Cabe salientar que o espaço onde ocorre o encontro relacional entre profissionais da saúde e indígenas é marcado por uma história colonial, cujo discurso ainda continua

vigente. Follér (2004) afirma, que embora a história colonial da América Latina remonte há mais de quinhentos anos, o imperialismo e o colonialismo continuam sendo constituintes do mundo moderno e de seus conflitos, e portanto, influenciam fortemente as relações instituídas em nível da atenção à saúde.

Além das estruturas de poder imersas nessas relações (MENÉNDEZ, 2016), o discurso colonial tem imposto uma sobreposição de conhecimentos médicos ocidentais, em detrimento aos conhecimentos tradicionais indígenas em saúde, que têm sido considerados como menos valiosos, e inclusive, um obstáculo para o desenvolvimento (FOLLÉR, 2004; ROCHA-BUELVAS, 2017). Desse modo, como afirma Pontes (*et al.*, 2015) “a biomedicina tem buscado a sua manutenção como forma hegemônica e mantido a subalternidade das demais formas de atenção” (PONTES; REGO; GARNELO, 2015, p. 3200).

Em relação a isso, quando falam de como a integração de conhecimentos ocidentais e tradicionais manifesta-se na prática, alguns profissionais expressaram a importância de integrar a “medicina tradicional” aos serviços de saúde, desde que tenha um suporte técnico-científico, reafirmando a necessidade de validar sua eficácia, eficiência e efetividade sob os parâmetros da lógica científica.

Tentar chegar a partir da saúde a esse mundo de culturas e acredito que aí daria muito pé a parte da medicina tradicional, porque se isso faz parte da cultura acho que não ser alheio, seria muito prudente mantê-la em pé [a “medicina tradicional”], porque também é como inclusivo para eles [indígenas] e que é importante, e se faz parte de seus costumes, de sua cultura porque perdê-la? e sobretudo porque serve sim, pois vamos aplicá-la, mas sempre com o suporte técnico científico que comprova (DEN4).

Reafirma-se que a compreensão da interculturalidade para os profissionais remete a um esforço por conceituar uma perspectiva “ideal”, em um cenário de intercâmbio harmonioso entre saberes. Embora, esse intercâmbio ocorra de fato nas relações estabelecidas na prática cotidiana da APS - mediante processos de negociação permanentes - chama a atenção a dificuldade que representa para os profissionais reconhecer as relações de poder imersas nos processos interculturais, em que os sistemas de conhecimento tradicionais e ocidentais encontram-se assimetricamente posicionados.

Isto porque nesses processos interculturais reside uma “*harmonia conflitual*” (MAFFESOLI, 2010), evidenciada em conflitos inerentes às relações sociais, na compreensão e coexistência da alteridade, aquela que permite que ainda no meio de contradições, as relações se estabeleçam e permaneçam. Como aponta Neves (2017), “no cotidiano das ações

de saúde é a interculturalidade que é acionada como princípio que rege esse campo intersocietário” (NEVES, 2017, p. 313), que não necessariamente é movimentada por conceitos acabados, mas sim por vivências de todos os dias (MAFFESOLI, 2007).

5.2.2 *Tensões e convergências nos (des)encontros com a diferença*

Nos relatos dos profissionais de saúde não-indígenas, o encontro com o universo cultural dos povos indígenas aparece como destaque. Autodenominando-se como “*os que vem de fora*”, os profissionais revelam o que significa para eles o encontro com *o estranho, inesperado* ou *desconhecido*, sobretudo com as primeiras experiências de contato com a realidade do território.

Em sua chegada, os profissionais não-indígenas carregam consigo fatores que influenciam os encontros iniciais com a população indígena. Para além do que adquiriram em sua formação acadêmica, destacam-se convicções e princípios pessoais trazidos de sua própria cultura (MARTINS, 2017), e alguns desconhecimentos ou ideias pré-concebidas sobre a região e os povos indígenas.

Eu me formei em 26 de julho de 2017 e em 01 de agosto já estava aqui em Inírida começando o *rural*, participei no sorteio dos rurais, mas na realidade nunca escolhi este local, também não me imaginava vir para estas terras, nem conhecia as comunidades indígenas e eu imaginava que... obviamente a gente sabe que existem mas quando você chega aqui em Inírida encontra... seis ou oito tipos de comunidades diferentes e com o tempo a gente vai aprendendo a distinguir coisas simples... eu cheguei aqui e fiquei durante um mês e meio, mas além do treinamento era como o treinamento como do sistema e aí vão lhe apresentando os rios, as possíveis comunidades, os tipos de etnias que vai encontrar e vão te ensinando a distinguir um pouquinho como as qualidades de cada etnia para você saber também como elas devem ser tratadas, mas também a gente não apaga a visão que se tem do indígena de *taparrabo*¹⁵, mas eles são diferentes (MED3).

A gente vem com muito... muito receio, muitos preconceitos sobre a população indígena e quando a gente se dá a oportunidade de conhecê-los, encontra um mundo totalmente diferente (E3).

Como relatado, alguns participantes manifestaram chegar à região com certos preconceitos sobre a população indígena, que foram mudando com o relacionamento. Outros,

¹⁵ *Taparrabo* poderia ser traduzido como “tapa-traseiro”, ou seja, uma conotação estereotipada sobre a “vestimenta” indígena.

por sua parte, revelaram ter recebido informações a respeito de alguns comportamentos dos indígenas sobre os quais deviam tomar precaução.

Pois aqui você fica surpreso, né? pois eu já sabia porque minha mãe já tinha me advertido, porque ela também chegou primeiro que eu para trabalhar aqui, como ela é docente, então ela veio para trabalhar muitos anos aqui na parte urbana e na parte rural, então ela como que já ia me dizendo ‘olhe...’ como prevenindo-me, dizendo-me que coisas sim e que coisas não, então ela disse ‘tenha cuidado com isso, tenha cuidado com o outro’ e quando for a uma comunidade ‘tenha cuidado com o que recebe’ porque as vezes as pessoas podem querer lhe fazer o bem, como queiram lhe fazer o mau, então pode receber a qualquer não , ou ‘cuidado com a roupa, porque na roupa lhe põem coisas (AE7).

Pode-se inferir que os discursos mostram a maneira como a *diferença* é produzida e instituída na nossa sociedade, e como os profissionais de saúde constituem-se em portadores e reprodutores desse discurso. Para Silva (2014) a *diferença* é resultado de um processo de produção simbólica e discursiva, que só pode ser elaborada na relação com o *outro*. Dessa maneira, como adiciona Ferreira (2013), as diferenças culturais são instituídas e se tornam visíveis por meio de condições de enunciação.

Segundo a autora:

O discurso colonial sobre a alteridade, veiculado pelo Estado-nação, em geral, pauta-se sobre uma noção fixa e paradoxal instituída como signo da diferença cultural, étnica ou racial (...). O estereótipo apresenta-se como um dispositivo empregado por esse discurso oficial, no processo de construção das subjetividades coloniais e no exercício do poder (FERREIRA, 2013, p. 36).

Assim, a imagem inicial dos profissionais sobre os povos indígenas trata-se de uma visão estereotipada do *outro*, uma imagem holográfica de um indígena *modelo* ou *hiper-real* (DIAS-SCOPEL, 2014), imposta pelo discurso colonial e reforçada histórica e socialmente ao longo dos anos. Sendo veiculada fortemente pela mídia, essa imagem apresenta uma visão na qual o indígena associa-se à pureza, à natureza, à preservação do meio-ambiente e, sobretudo, ao exótico (LANGDON, 2007).

Daí as primeiras imersões dos profissionais de saúde no trabalho com a população indígena são marcadas por imaginários que são enfrentados com a realidade (MARTINS, 2017). Nesse processo, aparecem certas surpresas, produtos do encontro com os costumes e as práticas dos indígenas, em especial aquelas relacionadas à saúde.

Aqui a gente pode se encontrar com gente que tem umas tradições ou uns costumes com relação à saúde que a gente fica chocado com eles [indígenas], então conhecer todo esse mundo deles, se chocar com a forma de ver deles tão deles com a nossa, que é um pouquinho mais ocidental, é complicado como o choque do paradigma entre cosmovisão deles com a que a gente tem (DEN3).

Aqui cheguei e foi um choque tremendo... no princípio me dava raiva, porque ‘essa água o que vai fazer? se a criança está muito mal, veja-o como está, não senhor!’ a gente obviamente não vai atropelar eles [indígenas] dessa maneira, mas então dentro de mim dizia, mas, como?... Porque as vezes chegavam pacientes em condições ruins, ‘não, é que o médico tradicional lhe fez isto’, ‘lhe fez o outro e não funcionou, então por isso trouxemos ele’... ou ‘lhe fizeram uma *reza*, o *sopraram*¹⁶’, porque aqui falam muito de *soprar*... ‘e por isso é que está assim, doente, e por isso trouxemos ele, porque o médico tradicional não conseguiu fazer as coisas’, então ao princípio era como isso, não é tão... tão certo (E3).

Os discursos revelam certa sensação de incômodo e estranheza nos contatos iniciais com as realidades culturais dos indígenas, as quais tentam interpretar sob a perspectiva de seu próprio sistema cultural.

No princípio foi difícil porque a gente vem com outro chip, realmente é como se a universidade não preparasse a gente para as coisas cotidianas e a gente se *estrella*¹⁷ muito porque às vezes tem o conceito errado de que o indígena é o que anda com *tanga*, e realmente a parte cultural desperta a gente muito e então a gente aprende que aqui [em Guainía], tudo pode ser possível... ou seja, o que você não vê fora, acontece aqui (E4).

Dessa maneira, a imagem idealizada e homogeneizante de ser indígena, de seu modo de vida e de sua “medicina tradicional” trazida pelos profissionais, contrapõe-se com o indígena que encontram na realidade, o “*indígena de verdade*” e sua alteridade (SILVA, 2013; DIAS-SCOPEL, 2014). Somada a isso, a intenção de fazer uma leitura com base nos próprios valores culturais gera nos profissionais certo estranhamento, pois como alerta Laraia (2001):

A tendência mais comum é de considerar lógico apenas o próprio sistema cultural e atribuir aos demais um alto grau de irracionalismo. A coerência dos hábitos culturais somente pode ser analisada a partir do sistema a que pertence (LARAIA, 2001, p. 87).

¹⁶ *Rezar* e *soprar* são duas práticas de cura comumente usadas pelos pajés ou outro tipo de curadores tradicionais.

¹⁷ *Estrellar* é uma expressão empregada para referir-se ao ato de bater fortemente com algo. No contexto, pode-se interpretar como um choque forte com a realidade do contexto de trabalho.

Corroborar-se com os resultados do estudo feito por Martins (2017) que abordou as vivências de trabalho dos enfermeiros dentro do Parque Indígena do Xingu, no Brasil. Para a autora, nos primeiros encontros com a terra indígena os profissionais vivenciam ajustes entre o imaginário e o real que são marcados inicialmente pela surpresa e o estranhamento.

Entretanto, as afirmações do participante no fragmento acima, em concordância com os demais profissionais de saúde não-indígenas, revelam que as primeiras experiências de contato marcadas por surpresas, além de serem conflituosas e inquietantes, podem constituir momentos críticos de confrontação de verdades e de abertura a novos conhecimentos. Afirmações como “*a parte cultural desperta a gente*” ou “*a gente vai aprendendo*” demonstram como, após se confrontarem com a diferença nos primeiros encontros, há um ponto de ruptura que permite aos profissionais uma reavaliação de seus preconceitos e os tornam mais atentos às questões culturais dos usuários indígenas.

Tal processo pode ser analisado sob a noção da *consciência cultural* proposta por Campinha-Bacote (2002) no âmbito do Modelo de Competência Cultural. Para a autora:

A consciência cultural consiste na autoavaliação e na exploração profunda dos antecedentes culturais e profissionais próprios. Esse processo implica o reconhecimento dos vieses, preconceitos e suposições sobre indivíduos que são considerados diferentes (CAMPINHA-BACOTE, 2002, p. 182. Tradução nossa).

Assim, durante o percurso da interação intercultural, os profissionais de saúde vão construindo uma distinção das comunidades indígenas e de suas práticas em saúde, ao mesmo tempo em que, questionam suas próprias ideias preestabelecidas. Como a descrição de certas “qualidades e comportamentos” apreendidos que ajudam a distinguir as diferentes etnias presentes no território:

Há uns [indígenas] com umas qualidades e comportamentos, há outros diferentes, há outros que a gente distingue por sua timidez, a gente sabe quais são, há uns que a gente distingue pelo cheiro porque há uns que não tem o hábito de se assear, há outros que sim é importante [se assear], há uns para quem não é importante em algumas famílias sua alimentação, nem sua educação, nem sua natalidade, ao contrário há uns que a gente diz... o máximo número de filhos que têm, têm um ou dois, eles têm como que outro projeto e estão como que com outra visão, então aí é quando a gente começa a perceber... e que além disso cada um [cada indígena] fala diferente, e a gente começa a perceber e a conhecer que o indígena é muito tímido, e que todo é 'sim', tudo é 'sim', 'vacinou a criança?', 'sim', 'já tinha vindo antes?', 'sim' é sim e sim e sim, e quando já há muito sim reiterados, é que a gente percebe que na realidade não estão entendendo muito (MED3).

À medida que o relacionamento com os usuários indígenas torna-se contínuo e as relações intraculturais vão se estreitando em níveis mais profundos (SILVA, 2013), são cada vez mais frequentes as aproximações dos profissionais de saúde às práticas de “medicina tradicional” dos indígenas. Inúmeras vezes os participantes citaram situações nas quais presenciaram o uso de alguns recursos terapêuticos empregados pelos usuários para distintos fins.

Eu tive uma experiência em pronto socorro quando estava lá, uma mulher grávida que era G1 [gesta 1] e supõe-se que em uma G1 o trabalho de parto demora 24 horas e ela chegou e estava dilatando... estava em dois [centímetros de dilatação], e em duas horas, três horas nasceu o bebê, então a gente percebeu que [outras pessoas] estavam dando algo para ela [beber], nunca soubemos o que, por que eles [indígenas] às vezes não gostam de que a gente lhes pergunte, mas a gente percebeu que a ela [mulher grávida] lhe estavam... tinham uma garrafa e lhe estavam dando algo, então depois lhe perguntamos e ele disse, “não, é uma água com ervas”, “bom que ervas utilizou?” nunca contou para gente o que era, mas a gente percebeu que foi algo para ajudar-lhe a acelerar o trabalho de parto (E4).

Ser observadores ou em alguns casos partícipes diretos, permite aos profissionais conscientizar-se sobre a importância das práticas “tradicionais” para os povos indígenas. Inclusive, alguns deles relatam como, ao longo de suas vivências, foram reformulando seu ceticismo em relação a essas práticas, sobretudo no que diz respeito à efetividade.

Tive que acreditar à força na medicina tradicional porque no princípio não acreditava, mas à medida que foi passando o tempo tive que ver ela e como não acreditar no que a gente vê?... eles [os indígenas] têm muitos ritos para os partos e para as grávidas. [outras pessoas] tendem a lhes ministrar alguns tipos de ervas, de ervinhas... de águas de ervas para que o parto seja mais rápido. Eu experimentei, então porque experimentei posso dizê-lo, na realidade essas ervas aceleram sim o processo de parto e, imagino que você poderá, se entrevistar o médico, ele vai falar o mesmo que eu, então foi algo que se na realidade tivessem contado para mim eu não estaria falando isso para você, se contassem isso para mim eu não acreditaria, mas porque eu o vi posso falar, então é efetivo sim (DEN2).

A analogia de acreditar à *força* na “medicina tradicional” reafirma que, certamente esse processo de aproximação e assimilação do desconhecido e diferente é caracterizado por uma “tensão latente e contínua” (MARTINS, 2017), presente no cotidiano de qualquer profissional, até mesmo dos mais experientes.

É um ponto de desconhecimento para mim, porque eles têm seus próprios rituais mas a gente não sabe até onde esses rituais servem e até onde não,

mas... eles também não compartilham com a gente tão livremente suas práticas, mas eles geralmente acreditam muito nas *rezas*, então eles *rezam* os alimentos, *rezam* as hemorragias, *rezam* a gravidez... mas eu tenho mais cuidado com as *garrafadas* que eles têm, porque na verdade não sei que tipo de substâncias são, mas tenho podido ver sim que causam hemorragias, tenho podido ver sim que estão perfeitamente bem e bebem uma *preparada* de eu não sei o que e começam a convulsionar, aí eu digo “que substância será?” “Que planta será?” “Qual componente será?” mas além disso... suas *rezas* e essa questão... não, não, aí nem os entendo e também não lhes ponho muita mística, mas ao contrário sou sim desconfiada sobre as substâncias que eles bebem, porque precisamente depois *me põem a correr a mim*¹⁸ (MED3).

Os dados mostram que os profissionais não-indígenas são constantemente interpelados pelas diferentes concepções terapêuticas, de saúde e doença dos indígenas, que não conseguem explicar sob as bases de sua formação biomédica.

Isso foi um choque grande, um choque bastante grande... porque lhe inserem e sobretudo na universidade lhe inserem o chip de ‘que os medicamentos, que este é o mecanismo de ação, que é assim que funcionam e que por esta razão é que para isto se dá isto, você o deve usar desta maneira, estes são os efeitos secundários’ quando eles [os indígenas] falam aqui de suas plantas e de suas *rezas*, a gente não tem maneira de dizer como isso funciona no organismo, então é um choque bastante duro, e o fato de que a gente percebe que funcionam sim, a gente fica como... ou seja, e tudo o que tem me ensinado na universidade?... a gente começa a duvidar, não é tudo o que ensinam à gente na universidade.... pois, obviamente não serve da mesma maneira, mas aqui sim, é como esse choque de dizer esta é minha verdade e só minha verdade, e quando a gente abre os olhos e olha ao seu redor há muitas formas de vê-la (E3).

Assim, “*O chip posto pela universidade*”, conforme expresso pelos participantes, semeou neles o discurso etnocêntrico, com o qual tentaram fazer uma leitura inicial do contexto. Porém, ao perceber esse discurso insuficiente diante do universo de concepções e práticas de saúde dos usuários indígenas, alguns deles começaram a se questionar sobre suas próprias ‘verdades’ e ‘pressupostos’.

Os choques aparecem, nesse caso, como produto da tensão ao confrontar o saber biomédico com lógicas e racionalidades “*outras*” que partem da *diferença* e ultrapassam suas fronteiras. Lógicas “*outras*” que, conforme afirma Walsh (2012), não se referem a “modos alternativos” das formas de pensar, saber, ser e viver inscritas na razão moderno-ocidental-colonial, senão aquelas assentadas sobre histórias e experiências da *diferença*. Nesse

¹⁸ *Me põem a correr a mim*, é uma expressão coloquial para se referir a que “tem que trabalhar a mais”.

processo, como afirma Pereira (2012) “aparecem zonas obscuras nas quais os saberes dos profissionais são incapazes de alçar aos saberes indígenas” (PEREIRA, 2012, p. 522).

Contudo, revela-se que, mesmo sendo uma situação conflituosa, as fissuras ou zonas obscuras enquanto produtos desse confronto parecem ser espaços de abertura para que os profissionais comecem a interrogar seu próprio conhecimento e, portanto, os limites da biomedicina. Segundo Pereira (2012), os profissionais de saúde que trabalham em contextos indígenas vivenciam, em encontros imprevisíveis com uma alteridade radical, ocasiões em que a biomedicina já não é mais suficiente. Processos complexos de limitações, de equívocos, de necessidades e incompletas traduções (desde simples traduções linguísticas a zonas de incomensurabilidade), que os afetam.

Acrescenta o autor:

É certo que, nesses encontros, profissionais de saúde vêm produzindo sistematicamente traduções etnocêntricas, como muito já se alertou. Todavia, na experiência com a alteridade, não se pode controlar tudo; e as histórias dos profissionais apontam para essa instabilidade: algo afeta neles que se veem na presença de um Isto sem nome, sem precedentes no vocabulário e na sintaxe; um Isto que se impõe no momento da atuação (PEREIRA, 2012, p. 526).

Essa questão também pode ser analisada sob a categoria de *racionalidades médicas* proposta no campo da saúde coletiva como alternativa de construção de uma nova epistemologia em saúde. Segundo Nascimento (*et al.*, 2013), parte-se da premissa de que existem, nas sociedades, mais de uma racionalidade médica, contrariamente ao senso comum ocidental que admite somente a biomedicina como portadora, no sentido científico do termo.

Dessa forma, todos os sistemas médicos – incluindo o biomédico e o indígena – são portadores de uma cosmologia que qualifica as raízes filosóficas das racionalidades médicas, sendo a da biomedicina “sustentada na física clássica newtoniana e na metáfora cartesiana do corpo como máquina direcionada pela mente” (NASCIMENTO *et al.*, 2013, p. 3597). Segundo os autores, o reconhecimento da cosmologia como dimensão:

Permite a constatação de limites na racionalidade dos sistemas médicos, uma vez que a cosmologia, própria da cultura em que se insere, é enraizada em um universo simbólico de sentidos que incluem imagens, metáforas, representações e mesmo concepções que são parte de um imaginário social irreduzível ao plano de proposições teóricas e empíricas demonstráveis pelo método científico (NASCIMENTO *et al.*, 2013, p. 3597).

A partir do olhar de usuários e profissionais indígenas, a questão dos limites dos conhecimentos (ocidentais e tradicionais) também foi posta nos seus relatos, porém de maneira diferente. Ao longo de seus depoimentos, os participantes indígenas descreveram uma espécie de distinção entre dois tipos de classificação de doenças, com as quais definem os limites e alcances dos tratamentos: Por um lado, as doenças que alguns chamaram de “*postizas*” “*daños*” ou “*males*” - que aqui chamaremos de *doenças próprias* -; e, por outro, as doenças dos “*brancos*” ou “*comunes*” -que chamaremos de *doenças ocidentais*¹⁹ -.

As *doenças próprias* são diferenciadas das doenças ocidentais por apresentar sintomas característicos, como a descrição a seguir:

Camajay é uma doença natural sim, dá febre intensa, dor de cabeça, dor de estômago, diarreia, debilidade, perda de peso, tem uns seis sintomas. Sim, há [cura] para isso... *Palo Caribe*, esse lhe dá vômito com sangue porque está cortando o intestino, sim, senão sabe *contra*²⁰ isso é rapidinho, dura, se muito, um dia e até outro dia [morre], mas quando lhe coloca um pouquinho [da substância] assim para incomodá-lo lhe dá diarreia, *pinta con sangre*²¹, vomita pouquinho, você pode comer, ou pode andar ainda, mas se segue avançando, quando alguém se vê assim, se sabe que é *Palo Caribe*, se a gente consegue *contra* se calma rápido, isso sim, como tomar paracetamol para a dor de cabeça, mas quem sabe, quem não *lleva del bulto*²²” (MIC1. Curripaco).

Feitiçaria, vingança, animosidade (entre muitas outras), são as causas – visíveis ou invisíveis - que os indígenas outorgam às *doenças próprias*:

Há doenças que por exemplo, o médico [ocidental] não pode detectar, ou seja, aqui as pessoas usam mais que tudo a bruxaria, tudo isso... Essas são as coisas que o médico não pode tratar. Por exemplo fazem malefícios e por exemplo quando a gente leva ao hospital a uma pessoa e o médico não pode detectar é porque não é uma doença comum, e nessa parte obviamente a gente intervém com a medicina tradicional... ou seja, tudo o médico não vai detectar, porque nem tudo é uma doença comum... há povos indígenas que tem *mañas*²³ e há vezes que pela inveja somente por fazer o mau eles o fazem, então por isso é importante ter conhecimento sim (U14. Cubeo).

¹⁹ Conforme Novo (2008) os termos “medicina ocidental” e “biomedicina” podem ser considerados sinônimos ao referir-se “às práticas técnico-sanitárias desenvolvidas nas sociedades ocidentais, em contraposição às chamadas terapêuticas tradicionais” (NOVO, 2008, p. 13).

²⁰ *Contra* refere-se à cura adequada (contra) um malefício ou bruxaria.

²¹ *Pinta con sangre*, refere-se a ter urina ou defecações com sangue.

²² *llevar del bulto*, é uma expressão para dizer que vão ter problemas, que vai ter que “*carregar problemas*”.

²³ *Maña* refere-se ao artifício, artimanha ou habilidade para conseguir um determinado resultado, no contexto, o indígena usa o termo para descrever a capacidade que tem alguns indígenas para gerar doenças em outros.

Isto posto, essas doenças são difíceis de ser diagnosticadas pela medicina ocidental. Da mesma forma, algumas *doenças ocidentais* (como o resfriado) são complexas de ser tratadas com “medicina tradicional”.

A primeira coisa que eu fiz também com um filho que ficou doente na vez passada, meu filho maiorzinho que tem três anos, foi que eu acudi ao médico pelo resfriado, porque é um caso que talvez a medicina tradicional não pode curar, enquanto dores talvez assim como coisas musculares talvez sim, podem eles sim [curadores tradicionais] ou qualquer coisa estomacal que a gente toma, ingira... coisa que não lhe serve ao ventre isso sim talvez eles possam curar, mas quanto ao resfriado, eu acho que eu pela minha parte primeiramente ir ao médico, de uma vez ao médico (U11. Puinave).

Dessa maneira, na perspectiva dos participantes indígenas, as doenças que provêm de “seu ambiente”, ou seja, as *doenças próprias* precisam ser curadas com tratamentos derivados da “medicina tradicional”; as *doenças ocidentais* requerem ser com curas ocidentais.

Tal concepção, segundo Langdon (2014), tem sido adotada como ponto de partida para entender a lógica dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos dos povos indígenas nos primeiros estudos da antropologia médica. Sob essa visão o tratamento segue a lógica das causas: “doenças originadas por causas mágicas são tratadas com terapias mágicas; aquelas contraídas por causas naturais são tratadas com terapias naturais” (LANGDON, 2014, p. 1020).

Embora, como alerta a autora, a relação entre a causa e o tratamento não se reduza apenas às noções etiológicas, pois são vários os fatores que intervêm na escolha das terapias (LANGDON, 2014a), pode-se inferir que para compreender a distinção entre as doenças e seus tratamentos, os limites dos conhecimentos ocidentais e tradicionais são delineados pelos usuários indígenas:

Há coisas que são naturais que não são para o curandeiro, como uma cirurgia... e se requer pessoal de experiência dependendo da doença, porque todas as doenças não vão à botânica, nem ao curioso [curador tradicional], senão vão a um profissional [de medicina ocidental], ou a uma cirurgia (...) pelo menos o que se chama... há muitas coisas, *o pujo*²⁴, pelo menos, ou *o hielo*²⁵, não se vão curar com medicina ocidental, as pessoas que sofrem de *hielo* ficam como se fossem desnutridos, e aí se banham eles com plantas e se vai isso (U12. Piapoco).

²⁴ Doença própria.

²⁵ Doença própria, poderia ser traduzida como “gelo”.

No caso dos profissionais de saúde indígenas esses limites foram igualmente considerados durante sua formação. Como relata o participante a seguir, na universidade se adquirem conhecimentos acerca das noções e práticas da medicina ocidental, mas não sobre as doenças de ‘seu ambiente’:

Na universidade era como distinguir as coisas do ocidental, pois as doenças que a gente vê são mais que tudo, surtos, apendicites, coisas assim, que a gente dizia sim, isso acontece? Sim, mas isso não vamos curá-lo com uma *reza...* ou seja, lá [na universidade] a gente vê as doenças como tal, aqui há coisas que você vê que a pessoa está doente, mas as doenças são de outro ambiente” (E1. Puinave).

Sendo representantes das duas racionalidades (indígena e ocidental) os profissionais indígenas vivenciam os encontros com a alteridade de forma evidentemente diferente dos profissionais de saúde não-indígenas. Ao encontrar-se no ponto do meio da interseção entre *as diferenças*, os profissionais indígenas não percebem a medicina ocidental e a “tradicional” como duas visões opostas, mas complementares.

Assim, as questões trazidas pelos usuários e profissionais indígenas sugerem que o delineamento claro dos limites do conhecimento próprio e a necessidade de abertura a saberes “*outros*” (PEREIRA, 2012) vislumbrando igualmente seus limites, pode-se minimizar possíveis choques e, portanto, facilitar as convergências entre *as diferenças*.

5.2.3 *Procurando a cura: Práticas e fatores que influenciam a escolha de tratamentos*

O modo como os usuários indígenas fazem escolhas de maneira relativamente autônoma sobre as possíveis opções de prevenção, terapia e cura emerge como parte fundamental dos processos interculturais presentes no cotidiano da APS. Nesta tomada de decisões conflui um conjunto de fatores a serem considerados (Quadro 6), como a família, as distinções sobre a origem das doenças, as crenças religiosas, a disponibilidade de acesso, entre outros, que serão descritos a seguir.

QUADRO 6
Fatores que influenciam a escolha de tratamentos

Família	<ul style="list-style-type: none"> - Primeira instância de tomada decisões sobre o cuidado da saúde. Ajuda a determinar a gravidade da doença e definir a instância na busca de terapia (curadores tradicionais e/ou por serviços de saúde ocidentais, hospital, centro saúde etc.). - Fornece saberes e práticas “tradicionais” para cuidado da saúde, herdadas pelos membros mais velhos. - Impulsiona <i>práticas de autoatenção</i>: Integração de saberes provenientes de diferentes tradições médicas (tradicionais/indígenas e biomédicas) por meio de <i>remédios caseiros</i>.
Distinção entre as doenças e curas próprias e ocidentais	<ul style="list-style-type: none"> - Se a doença é identificada como ocidental preferivelmente requer tratamento ocidental e se a doença é própria requer tratamento “tradicional”.
Praticidade e efetividade dos tratamentos	<ul style="list-style-type: none"> - Em certas ocasiões recursos da medicina ocidental são preferidos por serem considerados mais práticos quando comparados às terapias tradicionais. - Reconhecimento do valor das provas diagnósticas e os medicamentos da medicina ocidental. Reivindicação do direito a seu acesso.
O acesso aos serviços de saúde ocidentais ou tradicionais	<ul style="list-style-type: none"> - A facilidade em termos de disponibilidade, transporte, e preço influenciam a escolha da instância na procura de terapia. - Serviços ocidentais são limitados em algumas aldeias afastadas. - A medicina tradicional, por meio de curadores tradicionais, é limitada em aldeias que não contam com curadores tradicionais.
Crenças religiosas	<ul style="list-style-type: none"> - Comunidades indígenas com crenças religiosas evangélicas evitam a atenção por meio de pajés.
A perda/transformação de saberes “tradicionais”	<ul style="list-style-type: none"> - Existe consenso sobre o comprometimento das formas de transmissão dos conhecimentos tradicionais em saúde, que tem afetado a preservação da “medicina tradicional”.

Fonte: Elaboração própria para fins deste estudo. Dados de pesquisa 2019.

A família foi destacada pelos participantes como a primeira instância de tomada decisões sobre o cuidado da saúde, sendo um espaço importante da prática cotidiana da “medicina tradicional”. Em concordância, vários autores já têm apontado a importância da família para compreender os processos de escolha dos itinerários terapêuticos, por constituir-se a primeira arena de assistência informal dos grupos sociais (LEITE; VASCONCELLOS,

2006; LANGDON, 2007; HELMAN, 2009; MENÉNDEZ, 2009, 2016, 2018; SCOPEL, 2013).

Muitos dos saberes e práticas “tradicionais” empregados no âmbito familiar são herdados e desenvolvidos pelos membros mais velhos como pais e avôs:

A medicina tradicional para nós [indígenas] são conhecimentos e saberes ancestrais, que são transmitidos pelos avôs, avós ou os pais. Eles o passam aos filhos ou aos netos, as medicinas tradicionais; eu por exemplo, eu conheço 30 peças de medicina tradicional que eu sei que são efetivas, são boas, e que as tenho ensaiado, então no povo Curripaco acredito que a maioria sabe medicina tradicional, há alguns que menos há uns que mais, assim... Eu com meu pai aprendi muita medicina tradicional, minha irmã maior também (U21. Curripaco).

Não, pois como minha mãe é a que mais ou menos sabe disso [medicina tradicional], então ela mesma a prepara, somente nos dá. Sim, ela o prepara e sim, digamos, nós dá. Hum... eu acredito que foi em março, o meu irmão que tinha, não sei, uma dor na cabeça, era intenso, ou seja, não passava com nada, então minha mãe lhe conseguiu [um remédio] e deu para ele e melhorou (U16. Curripaco).

Dessa maneira, como se pode notar nos relatos, a prática da “medicina tradicional” exercida nas famílias dos usuários é comumente realizada por seus próprios membros, sem precisar necessariamente da orientação ou supervisão de curadores tradicionais (*pajés*, parteiras, *sobanderos*²⁶ ou ervateros).

Neste ponto, chama atenção a descrição de certas práticas de cuidado empregadas no interior de algumas famílias, sobretudo no controle de doenças crônicas como diabetes e hipertensão:

Nós mesmos sim, ou seja, a gente mesmo prepara [o remédio]. Eu, de minha parte faço remédios às vezes... pra a diabetes, às vezes pra a tensão, pra os rins, pra úlcera... assim pra a úlcera gástrica. Eu tenho as plantas ali, veja [aponta a horta da casa], por aí estão semeadas. Fervendo a folha, se toma a água, a *cocinadura*,²⁷ se toma, e vêm vários [indígenas doentes] com gastrite e eu lhes tenho apresentado isso... tensão e princípios de diabetes me disseram a última vez que fui ao médico e me deram umas pílulas, mas já tenho me sentido bem, colesterol também tinha alto e já... já fiz o remédio eu mesma, com a folha de abóbora e também com as pílulas que me deram (U17. Cubeo).

Meu pai é que sabe [medicina tradicional], mas eu estou aprendendo. Minha irmã também está aprendendo com ele, nós estamos aprendendo com meu

²⁶ No Brasil poderia ser equivalente ao massoterapeuta.

²⁷ *Cocinadura*, no contexto, refere-se ao resultado obtido depois de ter fervido folhas em água.

pai, sim. E por exemplo, minha irmã é diabética e ela também toma remédio caseiro, e quando ela se sente mal, ela toma uma pílula das que lhe dão no hospital, mas ela não toma tanto, o tempo todo essas pílulas, então quando se sente mal é quando ela toma uma. Ela toma isso que lhe dizem folha de *raya*... há outro, não sei como se chama, outro *palo*²⁸, mas minha irmã é que sabe como se chama esse *palo*, e disse que ela tem se sentido bem sim (U18. Curripaco).

Além de incluir o uso de rituais e preparação de remédios provenientes do saber herdado pelos mais velhos, a “medicina tradicional” desenvolvida nas famílias indígenas acrescenta outra série de práticas que misturam alguns recursos provenientes do saber “tradicional” (sobretudo remédios de plantas) com recursos trazidos da medicina ocidental (incluindo medicamentos autoformulados ou formulados pelos médicos ocidentais). Assim, como resultado da integração de saberes provenientes de diferentes tradições médicas (tradicional/indígenas e biomédicas), os “*remédios caseiros*” constituem um dos principais recursos com os quais as famílias dos usuários indígenas resolvem os problemas de saúde ou de mal-estar de seus membros.

Nesse sentido, os elementos de diferentes formas de atenção disponíveis no território são adotados, (re)interpretados e usados pelas famílias segundo suas necessidades e prioridades, conforme Menéndez (2018) denomina como *práticas de autoatenção*, referindo-se a:

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. A autoatenção implica definir a autoprescrição e o uso de tratamentos de maneira total ou relativamente autônoma, inclusive já têm sido indicados por curadores das distintas formas de atenção (MENÉNDEZ, 2018, p. 106, tradução nossa).

Para o autor, as *práticas de autoatenção* desenvolvidas, sobretudo, no interior dos grupos familiares constituem um dos elementos decisivos em termos de interculturalidade ao nível microssocial. “É por meio dessas práticas que é possível observar os usos simultâneos de formas tradicionais e biomédicas de atenção e cura, para além das possíveis diferenças culturais e epistemológicas que possam existir entre elas” (MENÉNDEZ, 2016, p.114, tradução nossa).

²⁸ *Palo*, refere-se ao caule de uma planta.

Segundo o autor, a noção da *autoatenção* difere do *autocuidado*, pois muda o foco da ação do profissional de saúde para o grupo local. “Enquanto o autocuidado implica a adesão do paciente aos valores e às instruções biomédicas, a *autoatenção* enfatiza a autonomia do grupo doméstico do paciente na articulação dos recursos terapêuticos disponíveis, na criação de novas articulações” (MENÉNDEZ, 2016 *apud* LANGDON; GHIGGI JR, 2018, p. 116).

Tal proposta, de acordo com Langdon (2018), tem sido adotada para entender a dinâmica da pluralidade terapêutica na saúde indígena. Nesse sentido, estudos na área da antropologia da saúde têm se aprofundado na compreensão dos significados e dinâmicas das *práticas de autoatenção* desenvolvidas no interior de diferentes comunidades indígenas no Brasil e na Colômbia (PEREZ-GIL, 2010; SCOPEL, 2013; DIAS-SCOPEL, 2014; LANGDON, 2014b; NOGUEIRA; GARNELO, 2018; PONTES; REGO; GARNELO, 2018; PORTELA, 2018).

Algumas pesquisas têm verificado, por exemplo, que em experiências particulares como a gravidez e o parto no povo Munduruku, os saberes considerados “tradicionais” não se restringem aos especialistas e se compartilham com várias pessoas da família, em especial, as mulheres mais velhas (DIAS-SCOPEL; SCOPEL, 2018); ou que os indígenas Kaingang diagnosticados como hipertensos ou diabéticos têm desencadeando uma série de *práticas de autoatenção*, que incorporam elementos provenientes do saber médico “tradicional”, do conhecimento biomédico e de crenças religiosas da igreja pentecostal (PORTELA, 2018).

Da mesma forma, a família cumpre um papel importante em determinar a gravidade da doença e em definir a instância na busca de terapia, podendo optar por curadores tradicionais e/ou por serviços de saúde ocidentais (hospital, posto, centro de saúde ou farmácia):

Quando adoecemos aqui, primeiro que tudo, nós fazemos remédios aqui, remédio caseiro, medicina [tradicional] e quando adoecem os bebês assim, as crianças não as banhamos, somente as deixamos com uma toalhinha, limpá-lo, para que não se complique mais para frente porquê... se já vemos que já não podemos, aí sim, nós vamos pra onde está o enfermeiro, se o enfermeiro diz “não posso, que já está muito complicado” aí devemos ir pra lá, pra o hospital grande, porque mais que todo, são as crianças que adoecem aqui, agora quando está chovendo lhes da pneumonia... isso, mais que todo isso que é perigoso nos bebês (U15. Curripaco).

Sim, com a criança também, minha mãe é que lhe dá [remédio]... médico tradicional que tenhamos aqui? Não, isso não, são os papais da gente ou os avôs, que transmitem os saberes, são eles que nos dão os remédios. Mas então assim, quando a gente vai [ao curador tradicional], é quando a doença

está muito avançada ou coisas assim que a gente precisa de alguém que saiba. Pois de vez em quando, só quando a pessoa requer. Mas assim, que vamos por qualquer coisa? Não (U20. Curripaco).

Assim pode-se perceber a maneira com a qual as famílias dos usuários exercem sua autonomia quanto ao que fazer, onde e quando consultar durante o processo de adoecimento, busca de terapia e prevenção, independentemente do prescrito pelo sistema ou pelos profissionais de saúde. Essa afirmação é confirmada por alguns autores, que destacam o “*poder de agência*” das famílias indígenas e do hibridismo de suas práticas tradicionais em saúde, como mecanismo de resistência frente à hegemonia biomédica (LANGDON, 2007; SCOPEL, 2013; ANDRADE; SOUSA, 2016; GHIGGI JR, 2018; MENÉNDEZ, 2018; PORTELA, 2018).

Como mencionado anteriormente, um fator chave que pode influenciar a escolha de tratamentos por parte dos usuários é a distinção entre as doenças e curas próprias e ocidentais. Isto é, se a doença é identificada como *ocidental* preferivelmente requer tratamento ocidental e, se a doença é *própria*, requer tratamento “tradicional”, conforme relato:

Nós temos que conferir se é natural ou é algo... um *daño* ou é *posticho*, então isso é o que nós temos que fazer. Se nós vemos que não é uma doença natural vamos sim ao curioso [curador tradicional]. Vemos pelos sintomas ou, a menos que haja uma dor intensa e você beba algo e o medicamento não funcione... Há etnias que usam a questão do *Palo Caribe*. Porque o *Palo Caribe*, se o dão de beber ou [colocam] em qualquer bebida e começa uma diarreia e a pessoa começa a vomitar sangue e é uma febre como se tivesse pneumonia, a febre é altíssima... Então ao ir ao banheiro percebe que a pessoa tem essa doença ou que lhe deram isso, só ao ir ao banheiro se conhece (U12. Povo Piapoco).

Entretanto, o modo como os usuários indígenas resolvem seus problemas de saúde em seu cotidiano não se reduz estritamente a essa distinção entre as doenças e suas causas. Como aponta Langdon (2007) “os eventos de adoecimento podem ser tratados de várias formas, sendo influenciados por fatores sócio-econômico-políticos” (LANGDON, 2007, p. 114). Segundo a autora, na saúde indígena as causas atribuídas a certa condição de saúde não correspondem, necessariamente, ao que as pessoas fazem ou escolhem como opção terapêutica.

Tal alternativa encontra correspondência ao observar as práticas terapêuticas no âmbito das *racionalidades médicas*, pois:

Constata-se uma diferença existente entre racionalidades médicas e práticas terapêuticas. Embora, as práticas terapêuticas possam ser elementos de uma dimensão de uma racionalidade médica específica, são frequentemente utilizadas de forma isolada, deslocadas de seu contexto de significados para outro, obedecendo mais a uma lógica empírica de eficácia, que a uma coerência teórica dos sistemas. Propiciam assim o hibridismo e o sincretismo das práticas no cuidado à saúde (NASCIMENTO *et al.*, 2013, p. 3599).

Nesse sentido, foi possível identificar, que a tomada de decisões a respeito da cura ou prevenção de doenças é influenciada por outros fatores próprios dos grupos indígenas ou externos a eles, incluindo: a praticidade e efetividade dos tratamentos, o acesso aos serviços de saúde (ocidentais ou tradicionais), a perda/transformação de saberes “tradicionais” e as crenças religiosas.

Ao tratar-se dos tratamentos ocidentais os participantes referem:

(...) por exemplo uma mordida de serpente na cultura indígena, a grande maioria, tem medo da serpente, porque é muito difícil encontrar uma cura para aquilo. Em 90% dos casos, uma mordida de serpente se não for levado a um centro de saúde onde lhe apliquem o soro [antiofídico] falece... Digamos que uma porcentagem muito pequenininha dos sabedores podem ter a cura, então o que acontece? Houve um acidente ofídico lá na comunidade, chamamos o pajé, ele vai e *o reza* ou lhe traz suas bebidas e tudo isso e muitas vezes duram 5 dias dando e dando [bebida], tem que fazer a dieta, a família tem que fazer dieta também, não pode olhar ele, não pode tocar ele... muitas coisas... Há pessoas que dizem que sabem curar, mas como é mais fácil ir para um centro de saúde para que me coloquem o soro, pois vou correndo para lá e não esperar que passem 5 dias para poder chegar lá, quando a gente já está morrendo (BAC1. Puinave).

A medicina ocidental? Para nós [indígenas] é uma medicina que atua rápido, enquanto que a medicina tradicional é uma medicina que é lenta, mais lenta... ou seja, ela não vai reagir já, ela vai devagar, devagar enquanto a ocidental é rápida, uma injeção é rápida, ou seja, as reações são mais rápidas (U12. Povo Piapoco).

Assim, a medicina ocidental além de ser específica para curar doenças *de branco* é distinguida pelos usuários indígenas por sua praticidade e eficácia para o tratamento de algumas afecções. Dessa maneira, ainda que haja um reconhecimento por parte dos usuários sobre a existência de tratamentos “tradicionais” para certos eventos (como as mordidas de serpente), alguns preferem optar pelos recursos da medicina ocidental, por serem considerados mais práticos em um dado momento.

Corroborar-se com os resultados da pesquisa feita por Garnelo e Wright (2001) com os Baniwa no Brasil. Para este povo, o uso de tratamentos ocidentais representa uma comodidade quando comparado às terapias tradicionais, mesmo para o tratamento de doenças

reconhecidas como indígenas. Isto porque, entre outras questões, “o uso de remédios *de branco* gera a possibilidade de resolver a doença sem fazer os sacrifícios e restrições alimentares e sexuais inerentes às prescrições tradicionais” (GARNELO; WRIGHT, 2001, p. 283).

Também os testes diagnósticos foram valorizados pelos participantes indígenas como recursos importantes trazidos pela medicina ocidental.

É boa também [a medicina ocidental] porque a medicina do indígena às vezes pois cura sim de algumas doenças, mas não tudo, o médico lhe faz exames, toma à gente a pressão [arterial], ou seja, a [medicina] dos brancos pois é boa porque eles veem a gente pelos aparatos e tudo isso (U17. Cubeo).

De fato, esse recurso é empregado às vezes na confirmação de diagnósticos para posteriormente tratar a doença com “medicina tradicional”:

Eu acho que a gente tem que ir ao médico e tem que saber primeiro o que tem, a gente não pode, ou seja, depende da doença que lhe digam [os médicos] se consegue um remédio caseiro para isso (U19. Curripaco).

Pelo menos às vezes os médicos nos dizem “você tem tal doença”, então, quando sabem qual é a doença que a gente tem, ou que as pessoas que sabem sobre medicina tradicional já sabem qual é o diagnóstico que o médico te deu, então eles [os curadores tradicionais] podem encontrar essa medicina das plantas que serve ao diagnóstico que lhe deu os médicos, então isso é o que também se trabalha aí (U20. Curripaco).

Evidencia-se assim como as tecnologias biomédicas são demandadas e valorizadas pelos usuários indígenas, sendo parte das alternativas empregadas em suas práticas de saúde.

Conforme Diehl e Grassi (2010) as pesquisas que têm abordado este assunto confirmam a demanda destas tecnologias pelas populações indígenas, sobretudo no uso de medicamentos, quer seja por questões emergentes do contato entre os indígenas e os não-indígenas marcado pelas “trocas”, por observarem sua eficácia ou mesmo por estarem inseridas nos processos tradicionais de circulação e distribuição de recursos.

Portela (2018) vai ainda mais além afirmando que os indígenas fazem uso dos recursos biomédicos “como parte de uma reivindicação de seus direitos políticos, nesse caso ao acesso a medicamentos e à saúde indígena e pública” (PORTELA, 2018, p. 61).

A esse respeito Cardoso (2015) acrescenta:

Do ponto de vista indígena, o acesso ao atendimento biomédico parece significar não somente um recurso terapêutico necessário, mas também os serviços (principalmente os medicamentos) são compreendidos como “bens”, que tendem a ser incorporados e postos a circular de acordo com a dinâmica interna das relações sociais e políticas (CARDOSO, 2015, p. 102)

Contudo, o acesso aos serviços ocidentais é às vezes limitado em algumas aldeias dadas as condições do território (grandes distâncias e ausência de postos/centros de saúde em algumas comunidades), sendo este outro fator importante que determina e/ou restringe o leque de possibilidades para a escolha de tratamentos.

Caso haja dificuldade:

Quanto ao remédio tradicional também há remédios de paludismo, também há remédios para a diarreia, tudo isso há remédio também. No caso em que nós não temos remédio no posto de saúde ou não podemos ir para o hospital, há que procurar talvez ao pajé para que consiga para nós o remédio e se não funciona, o pajé tem seu direito de conseguir outro [remédio] (U11. Puinave).

A [medicina] tradicional pois *toca*²⁹ numa comunidade onde não há posto de saúde próximo, há que utilizar a medicina tradicional nas comunidades... Aqui [na cidade] não se precisa disso... mas pode se precisar quando não estamos, no sábado, no domingo quando não há serviço, sim, sim... Se continua utilizando isso [medicina tradicional], às vezes também quando a medicina ocidental não dá um resultado efetivo (G1. Puinave).

Assim, quando não contam com medicamentos no posto de saúde de sua comunidade ou existe dificuldade para mobilizar-se até o centro de saúde ou hospital os usuários procuram por tratamento “tradicional”. Do mesmo modo, apresentam necessidade de empregar estes recursos nos dias em que não há atendimento no posto de saúde.

Além disso, a dificuldade para o acesso aos serviços também é expressa em relação às terapias tradicionais, pois não são todas as comunidades que contam com curadores tradicionais. Conforme os dados reportados na avaliação do modelo, em 2017, onze dos 23 postos de saúde (44%) localizam-se em comunidades onde reside um médico tradicional, sem que isto signifique que eles façam parte do posto (COLOMBIA, 2017). Soma-se ainda que, em alguns casos, aqueles curadores que foram nomeados com o MIAS não são reconhecidos por todos os membros da comunidade.

²⁹ *Toca* é uma expressão que denota dever ou obrigação de fazer uma coisa em caso de necessidade.

O médico tradicional? Eu não sei onde ele está porque eu não tenho escutado nada, nomearam ele na *caseta*³⁰, mas ele nunca... não tem feito nada, pra dizer a verdade. Sim, há um senhor lá do *bairro Morichalito*, mas ele nunca dá remédio pra gente, ou não vão para lá, não sei como funciona isso, talvez aos outros, mas eu não tenho ido por lá (U17. Cubeo).

Em relação a isso, alguns usuários e profissionais indígenas apontaram a importância de reconhecer os curadores tradicionais com “*conhecimento verdadeiro*”, ou seja, aqueles que contam com o saber e a experiência necessárias para curar certas doenças, a fim de evitar colocar em risco sua saúde e incorrer em custos desnecessários:

Há umas pessoas [curadores tradicionais] que sabem mais que os outros, me entende? Há outros que são mais, assim, meio regulares³¹, claro que eles dizem que eles têm tratamento, mas há uns [curadores] tradicionais que não funcionam, ou seja, têm pouquinho, pouquinho de experiência me entende? Mas por parte dos avós eles sabem sim, mais do que os outros (U9. Puinave).

Há *payés* verdadeiros que conhecem medicina tradicional. Por que lhe digo isso? Porque eu tenho tentado vários... Se você pergunta a qualquer pessoa ‘você sabe um remédio para tal doença?’, sim... Então me dê 20 ou 50.000 pesos e te trago’ é pura mentira, aí é que eu percebi, o que interessa é ter o dinheirinho, ganhar o dinheiro assim... podem trazer coisa, qualquer erva. Mas há, possivelmente, os *pajés* que são verdadeiros, que sabem certamente a medicina tradicional para curar a doença, Há alguns, mas todos os que vem aqui e dizem que sabem, não são (MIC1. Curripaco).

Alguns curadores tradicionais cobram uma retribuição, na maioria das vezes econômica, pela prestação de seus serviços. Porém vários participantes coincidiram em afirmar que os curadores tradicionais com “*conhecimento verdadeiro*” não solicitam este tipo de retribuição.

Segundo Ferreira (2013) o sistema de *dádiva* tem estado presente nos serviços prestados pelos curadores tradicionais nas comunidades indígenas, sendo entendido como:

Um sistema de relações sociais estabelecidas entre pessoas que pode se materializar em qualquer prestação de bem ou serviço, sem garantia de retorno, com vistas a criar, ou recriar vínculos sociais (FERREIRA, 2013, p. 167).

Aparentemente, a forma como esse sistema configura-se atualmente na prestação de serviços tradicionais em Guainía influencia a escolha do curador tradicional e o tipo de serviço a demandar. Antigamente os curadores tradicionais solicitavam retribuição por meio

³⁰ Tipo de quiosque, é um ponto disposto nas aldeias para reuniões com toda a comunidade.

³¹ Nesse caso “regulares” refere-se aos curadores tradicionais que não têm desempenho ótimo.

de favores ou mediante a troca de objetos produzidos diretamente nas aldeias (produtos de caça, pesca, roupas etc.). Essa prática ainda é preservada pelos curadores mais velhos, enquanto os mais novos passaram a exigir uma retribuição financeira pela prestação dos seus serviços (NO. 27/03/18). Isto se deve, conforme Ferreira (2013), ao fato de que na sociedade moderna, o sistema de *dádiva* convive ao lado do sistema econômico - o de mercado.

Daí pode-se derivar a associação feita pelos participantes entre a bagagem de conhecimentos dos curadores tradicionais e o tipo de retribuição que estes solicitam: os curadores mais velhos, ou seja, os mais sábios, não cobram dinheiro, enquanto os mais novos, ainda aprendizes, o fazem.

As questões religiosas emergiram também como outro fator direcionador na escolha de alternativas terapêuticas para curar seus padecimentos. No seu relato um usuário do povo Piapoco referiu-se ao respeito:

O outro fator que nós temos é que aqui, já não existem os católicos, aqui pertence à igreja evangélica, então alguns pertencem à igreja evangélica... quando veio a Sofia Mulher que foi nos anos 1960, 1980, faz 30 anos supostamente ela lhes proibiu a medicina tradicional, os curiosos [pajés] porque, supostamente, na bíblia é proibido tratar ou curar com os curiosos. Esse é outro fator que tem aplacado a medicina tradicional, ou seja, tem diminuído a medicina tradicional... pelos evangélicos... Que nós não podemos fazer isso (...) a pessoa que sabe já não o traz à luz, já é na sua casa, já não era como antes... não se veem os xamãs vestidos, nem andando, não!... é por isso: pela igreja evangélica que começou a disser que tem que deixar isso, se você vai ao culto você tem que deixar isso, porque Deus não vai te perdoar, são coisas assim... são coisas que lhes inserem as pessoas (U12. Piapoco).

Cabe salientar que muitas das comunidades indígenas habitantes nas regiões amazônicas vivenciaram - e continuam vivenciando - o fenômeno da evangelização com a chegada de missionários de diferentes tradições religiosas. No caso de Guainía a ação da igreja evangélica tem adquirido um lugar importante nos últimos anos, causando uma forte influência nos saberes da “medicina tradicional” dos povos locais (GUAINÍA, 2009).

Não, quase não... (silêncio) ... não minha família não (silêncio)... Sim, eu conheço alguns que vão lá [ao pajé]. Eles vão quando têm uma dor aqui dentro do estômago [aponta para o estômago], pois não sei que é o que fazem aí... isso lhes faz uma *reza*, eles vão e se curam com isso. Mas como eu sou *Cristiano*³² quase não gosto disso, eu não vou pra lá, sim, é melhor aqui sim [posto de Saúde], é dizer o que Deus fez para todos (U3. Puinave).

³² *Cristiano* em alguns territórios da Colômbia é considerado sinônimo de *evangélico*, pelo que nesse caso o participante está dizendo que vai à igreja evangélica.

Dessa maneira, devido, direta ou indiretamente, à doutrina religiosa, muitos dos usuários indígenas pertencentes à igreja evangélica manifestaram preferir optar por serviços de saúde ocidentais, sobretudo nos casos específicos em que seria necessária a atenção de curadores profissionais. Infere-se que essa negativa em consultar com os serviços tradicionais tem a ver especialmente com a procura de curadores tradicionais, principalmente *pajés*, o que não necessariamente interfere na realização de *práticas de autoatenção* – como já foi exposto - ou na busca por outro tipo de curadores, seja parteiras ou ervateiros.

Aparentemente, ao se associar a figura do *pajé* à realização de rituais que incluem as *rezas*, a *bruxaria* ou a invocação de espíritos, os usuários *evangélicos* evitam acudir a estes especialistas (NO. 05/04/18). Conforme verificado por Ghiggi Jr. (2015) em sua pesquisa com o povo Kaingang, no Brasil, os indígenas que frequentam essas igrejas continuam valorizando, sobretudo, os remédios fitoterápicos e a manipulação de ervas como parte importante de seu conhecimento “tradicional”, independentemente do credo religioso.

Finalmente, outro fator influenciador na escolha de terapias é a “perda” sobre alguns saberes da “medicina tradicional”. Embora, muitos dos conhecimentos de “medicina tradicional” sejam herdados no transcurso das gerações, alguns dos usuários revelaram que já não contam com tal conhecimento:

Nós agora já não conhecemos a medicina tradicional, então para nós é melhor a [medicina] ocidental, atendam mal ou bem a gente está sempre com essa... Às vezes a [medicina] tradicional nós não sabemos como a preparar, porque essa se prepara, e toca às vezes é pagar aos que já sabem [como preparar] essas medicações, aí vendem caro, e por isso para nós é melhor às vezes a ocidental (U7. Sikuani).

Eu, de verdade, como eu sou indígena, alguns indígenas já não sabemos a medicina de nós [tradicional], por isso eu gosto tanto de vir à medicina dos brancos. Com isso, quando eu estou doente, eu sempre corro ao hospital. Assim, os outros [indígenas] sabem sim de medicina indígena, mas nós não (U2. Puinave).

Dessa forma, os usuários manifestam a necessidade de empregar os recursos oferecidos pela medicina ocidental. Infere-se que pelo fato de serem pessoas jovens e moradores da cidade não tiveram contato frequente com ambiente e os ensinamentos de seus pais e avós.

Em muitas das conversas informais com alguns usuários, lideranças e trabalhadores indígenas emergiu, frequentemente, a preocupação pela “perda” e resgate da “medicina tradicional”. A maioria relacionava essa perda com a chegada das missões religiosas ou com a forte influência do contato com os *brancos* e sua medicina ocidental (NO.

05, 24, 25, 30/04/18). Corrobora-se com o manifestado no *Plano de Vida*³³ do *resguardo* Paujíl:

Atualmente tem se perdido grande parte dos conhecimentos tradicionais ou não existe a confiança suficiente nos médicos tradicionais, por isso a medicina ocidental é usada (...). A perda dos conhecimentos tradicionais tem se dado também, porque aqueles que trabalhavam como médicos tradicionais têm falecido e em seu momento não transmitiram seus conhecimentos porque consideravam que não existiam pessoas que cumprissem os requisitos necessários (GUAINÍA, 2009. Tradução nossa).

Dessa forma, é evidente o consenso sobre o comprometimento das formas de transmissão dos conhecimentos “tradicionais” relacionados à saúde, que tem afetado a preservação da “medicina tradicional”. Entretanto, para além de uma visão indigenista assentada no resgate e revitalização desses saberes, essa questão conduz, conforme Moreira (2007), ao dilema entre a tradição e a mudança.

Vários autores têm questionado a maneira com a qual a “tradição” tem sido abordada essencialmente como algo universal – comum a todas as comunidades indígenas - e estática no tempo (LANGDON, 2007; MOREIRA, 2007; CARNEIRO, 2009; NOVO, 2011; DIAS-SCOPEL, 2014).

Segundo Langdon (2007) “as práticas tradicionais em saúde estão em uma transformação contínua devido às zonas de contato nas quais existem situações de intermedicalidade” (LANGDON, 2007, p. 113). Zonas aquelas em que coabitam diferentes tradições médicas, nas que podem existir conflitos, (re)apropriações, ressignificações e fusões de elementos e técnicas (GHIGGI JR, 2018).

Nessa perspectiva concorda-se com Novo (2011) ao referir que:

A multiplicação das alternativas terapêuticas e sua utilização de forma conjunta não conduzem, necessariamente, à “extinção” de culturas [indígenas] ou de suas determinadas práticas profiláticas. Percebe-se que os grupos indígenas procuram as terapias da medicina ocidental como uma alternativa frente a muitas outras possíveis, mantendo suas próprias formas de interpretação e de entendimento do processo de adoecimento (NOVO, 2011, p. 1368).

Os processos que influenciam a escolha de tratamentos nos usuários indígenas são bastante complexos, uma vez que envolvem questões para além do simples binarismo de

³³ O *plano de vida* é um documento desenhado pelas comunidades indígenas que contém as políticas e programas de desenvolvimento social para ser executados nas terras indígenas.

doença tradicional-cura tradicional/doença ocidental-cura ocidental: a família, o acesso aos serviços, a efetividade dos tratamentos, a religião e a perda/transformação de saberes.

Essa trajetória implica negociações e articulações entre os diferentes recursos terapêuticos disponíveis no meio, o que se traduz num diálogo de saberes, ou mais especificamente, em processos de interculturalidade materializados na diversidade de práticas que os usuários e suas famílias executam cotidianamente para resolver seus problemas de saúde, sem a mediação ou intervenção de instâncias oficiais.

5.2.4 Estratégias de “articulação de saberes”: o prescrito, o real e o esperado

Os relatos e observações de campo permitiram identificar diversas estratégias de “articulação de saberes” no âmbito da APS em Guainía que, por uma parte, são propostas pelo modelo de saúde MIAS e, de outra, resultam de construções desenvolvidas espontaneamente pelos indígenas e profissionais de saúde no cotidiano da prestação dos serviços de saúde.

Entendendo a “articulação de saberes” como o trabalho conjunto entre os serviços de atenção primária e as práticas de “medicina tradicional” indígena, essas estratégias serão abordadas aqui a partir de três olhares: *o prescrito*, *o real* e *o esperado*. *O prescrito*, descrevendo as estratégias trazidas pelo novo modelo de saúde MIAS à luz dos relatos de trabalhadores de saúde e usuários indígenas; *o real*, revelando as estratégias que foram identificadas operando no cotidiano da APS; e *o esperado* explicitando as propostas colocadas pelos indígenas e profissionais de saúde para impulsar objetivos interculturais na APS.

Inicialmente é necessário considerar, que tanto indígenas como profissionais de saúde salientam em seus discursos a importância da “articulação de saberes” no âmbito da prestação dos serviços de saúde, porém em um sentido diferente.

No caso dos usuários:

As medicinas (ocidental e tradicional) são muito importantes. Nós, na vez passada estivemos falando numa reunião... falamos que deveríamos utilizar 50 e 50, ou seja, 50 [%] de medicina tradicional e 50 [%] de medicina dos brancos. É muito importante porque a gente precisa de ambas, de ambas as coisas, ou seja, não vai se curar tudo com medicina tradicional nem vai se curar tudo com a medicina dos brancos, ou seja, precisamente a gente teria que utilizar de ambas coisas. Sim, com certeza [trabalhar em conjunto], inclusive pois nos pareceu interessante esse tema e pois a maioria [das pessoas] concordaram (U14. Cubeo).

Para os usuários indígenas a necessidade de “articulação dos saberes” biomédicos e indígenas é compreendida no sentido de *‘complementação’*, reconhecendo a importância de empregar os dois recursos em igual proporção, de acordo com o tipo de doença e terapia demandada.

De modo semelhante, a importância de conjugar estes conhecimentos é apreciada pelos profissionais de saúde indígenas:

Sim, é necessário que se unam, porque há algumas coisas que não se curam ou não se veem digamos com os [exames] de laboratório. Por exemplo, um *descuajo*³⁴, você vê a criança com diarreia, e lhe tomam laboratório e que flora normal, só aumentada, mas de resto normal, normal e a criança segue com diarreia e resulta que é uma criança que está assustada ou se assustou e se chama *descuajo* e que há que sovar-lhe o estômago pra que lhe deixe isso e não o levam em conta no hospital, então, quem o faz? o fazem os indígenas que sabem disso (E1. Puinave).

Em concordância, a pesquisa etnográfica de Andrade e Souza (2016) demonstrou que, para os Pitaguary, no Brasil, a associação de soluções distintas para doenças semelhantes não diminui nem faz sobressair suas práticas tradicionais de cura, em detrimento das ações convencionais da biomedicina. Pelo contrário, “para eles, a associação de seus saberes indígenas com os conhecimentos da biomedicina incrementa suas possibilidades de sanar certos malestares” (ANDRADE; SOUSA, 2016, p. 190).

Já do ponto de vista dos profissionais de saúde não-indígenas a relevância da “articulação de saberes” aparece relacionada com os benefícios em nível da aderência e acesso dos usuários aos serviços de saúde:

Definitivamente devem se articular sim a medicina tradicional com a ocidental, porque isso facilitaria que eles acessassem um pouco mais os serviços de saúde, que perdessem esse temor que lhe têm de ir a consultar com os brancos, porque eles nos têm pavor. Há comunidades que, de verdade, eles têm pavor de gente mestiça, de gente que não é indígena, então o fato de que haja uma pessoa aí [médico tradicional], de sua mesma comunidade, de sua mesma cultura, isso abriria as portas para a que eles, aí sim, que se consultasse mais gente do que vai [atualmente] à consulta (E3).

Dessa maneira, enquanto que para os indígenas a “articulação de saberes” é valorizada em um sentido bidirecional como uma maneira de potencializar as alternativas de cura, para os profissionais de saúde não-indígenas essa interseção se reduz a facilitar a geração de confiança nos usuários para com as instâncias biomédicas oficiais.

³⁴ Doença própria.

Segundo Follmann (2011) a presença de um membro da comunidade nos serviços de atenção é considerada pelos profissionais de saúde de grande relevância, já que para eles, este pode assumir um papel de facilitador, tradutor e interlocutor entre a equipe e a comunidade.

É preciso sublinhar, que o receio dos usuários por consultar os serviços médicos ocidentais, é manifestado pelos profissionais, sobretudo, em relação às pessoas provenientes *do rio* ou os mais velhos. De fato, durante o acompanhamento à comissão de saúde na zona rural, observei como algumas pessoas “fugiam” para o mato ao notar a chegada da equipe de vacinação (NO. 27/02/18).

Concorda-se com Pontes, Garnelo e Rego (2014) de que essa atitude dos usuários não se refere à recusa à atenção biomédica propriamente dita, como já exposto, mas às barreiras culturais nos serviços que impedem a interlocução e conduzem à imposição. Essa questão, responde ainda à longa história de contato colonial entre indígenas e *brancos*, marcada por dominações, conflitos e oposições, que continuam influenciando fortemente as relações entre usuários e profissionais de saúde em contextos interétnicos (FOLLÉR, 2004), como em Guainía.

Por tanto, a “articulação de saberes”, no âmbito da prática, foi frequentemente vinculada com algumas das estratégias trazidas pelo modelo de saúde MIAS, sendo este o olhar do *prescrito*. A incorporação e nomeação de curadores tradicionais nos serviços de atenção primária, constituiu a principal estratégia proposta pelo MIAS que foi destacada pelos participantes:

O MIAS contempla muitas coisas e o documento é bastante completo porque, inclusive, fala do que estou te dizendo: da interculturalidade, da adesão de um médico tradicional à atenção primária em saúde, e dos hospitais e postos (de saúde) contratado pelo mesmo hospital, pelo mesmo modelo e em busca pois da saúde do indivíduo em última instancia (DEN2).

O que tem se planejado sempre desde a área administrativa é que tenhamos um consultório de um médico tradicional e que se tenha no portfólio de serviços da instituição [hospital] o médico tradicional... Também que seja permitida a entrada do pajé e das parteiras na instituição (MED1).

Os profissionais de saúde não-indígenas ressaltaram exclusivamente aspectos positivos que essa vinculação de curadores, “na teoria”, poderia trazer para o benefício do atendimento aos usuários indígenas. Porém, os usuários e profissionais indígenas indicaram algumas dificuldades advindas da implementação dessa proposta:

Aqui [no resguardo] há um pajé que nomearam, mas neste momento quase não se vê, não age quase, não sei o que acontece, talvez não tenha ânimo porque tem um [pajé] que tem recebido capacitação, eu não sei o que acontece... O que eu tenho entendido é que esse senhor [o pajé] tinha que velar por nossa comunidade, visitando a comunidade para ver quem está doente, mas isso não funciona (U11. Puinave).

No projeto está estipulado isso, de colocar o pajé, por isso é que se logrou o novo modelo aqui, mas não está funcionando pelo momento, o quiosque³⁵ [aponta o quiosque do posto de saúde] era para estar o pajé, o médico tradicional aí, e onde está o médico tradicional? Já levamos dois anos, já vamos para três anos e ainda não tem mencionado nada disso (G1. Puinave).

Embora alguns curadores tradicionais terem sido nomeados com a implantação do MIAS, muitos deles ainda não atuavam nas aldeias nem nos postos ou centros de saúde. De fato, durante o trabalho de campo e até o momento da escrita do presente documento, nenhum posto ou centro de saúde conta com a presença de curadores tradicionais.

Uma questão frequentemente associada como causadora desse fenômeno, sobretudo, pelos profissionais de saúde indígenas, é a dificuldade administrativa para formalizar a contratação remunerada dos curadores tradicionais:

Eles [pajés e parteiras], com este novo modelo de saúde, eles querem trabalhar, mas também querem um incentivo, isso é o que lhes falta, não há forma de pagar-lhes, retribuir, porque você sabe que todos temos fome. Que tal um pajé sentado o dia todo mas sem salário? Eles também querem trabalhar, mas desde que o hospital lhe reconheça algo (AE6. Puinave).

A esse respeito, a ampla trajetória no desenvolvimento de projetos de articulação da medicina “tradicional” indígena com os serviços de APS como iniciativa própria do Estado no Brasil, no âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2002), representa um horizonte propício para discutir esses achados.

Autores como Langdon (2007) e Langdon e Garnelo (2017) sinalizam que, de forma similar ao modelo MIAS, uma vertente importante desses projetos tem se fundamentado principalmente na figura do curador tradicional como representante da “medicina tradicional” indígena, porém com alguns inconvenientes. De um lado, predomina neles uma essencialização das noções de “cultura” e “tradição”, ao serem concebidas como estáticas e universais (LANGDON, 2007), de outro, deixam de lado a extrema variedade de

³⁵ “O quiosque” é um espaço habilitado nos novos postos de saúde para que o pajé preste seus serviços. Apesar de que este espaço foi construído com o fim de ser uma maloca, o desenho arquitetônico desconhece as características das malocas dos povos locais, pelo qual não é reconhecido como tal.

sistemas indígenas de cuidado e cura desenvolvidos, por exemplo, por meio das *práticas de autoatenção* (LANGDON; GARNELO, 2017). Da mesma forma, Menéndez (2016) cita esses inconvenientes ao referir-se a alguns dos projetos interculturais impulsionados em comunidades indígenas no México, os quais igualmente centraram seus objetivos nos curadores tradicionais e suas cosmologias, ignorando totalmente os processos de *autoatenção* vivenciados no cotidiano dos microgrupos.

A contratação dos curadores tradicionais no âmbito desses projetos foi objeto de algumas dificuldades, tal como posto pelos participantes em Guainía. Embora, como aponta Ferreira (2013), a contratação remunerada dos curadores tradicionais faça parte da luta destes povos pelo reconhecimento da “medicina tradicional” frente ao Estado, ela está condicionada, necessariamente, à regulamentação de seus ofícios. Isto implica, segundo a autora, empreender profissionalização dos curadores tradicionais para conseguir integrá-los aos serviços de saúde. Porém, tal processo resulta complexo na Colômbia, ao não contar com legislação alguma que regulamente e formalize este tipo de ofício.

Além disso, a implantação da figura do *gestor comunitário* foi outra estratégia citada por pelos participantes:

Aí eles, no modelo, colocaram o gestor, ‘gestor comunitário’ o chamaram. Mas esse gestor comunitário pensava-se que era para isso, para mediar entre o ocidental e o tradicional, para orientar, mas agora ele está é coletando dados, coletando coisas, só estatística (BAC1. Puinave).

Salienta-se a dificuldade que este profissional tem para exercer sua função de “articulador de conhecimentos” conforme prescrito pelo modelo, limitando-se a realizar atividades administrativas. Ainda que, essa função de “articulador” seja mencionada como parte das tarefas a serem executadas pelo gestor comunitário (COLOMBIA, 2015b), a política do MIAS não deixa claro como esse papel deve ser efetivado no âmbito da prática.

Como mencionado em outra seção deste documento, a figura do *Gestor Comunitário* pode ser equiparável ao de Agente Indígena de Saúde (AIS), no Brasil. As experiências documentadas a esse respeito têm demonstrado que sua função como mediador é marcada por conflitos e ambiguidades. Ocupando o último lugar em uma equipe hierarquizada, suas atividades limitam-se ao preenchimento de formulários, distribuição de medicamentos e comunicados relativos às questões de saúde. Assim, embora o AIS considere-o um representante da comunidade, ele não representa os saberes indígenas, nem exerce o elo

entre a sociedade indígena e o sistema de saúde conforme o esperado (LANGDON; DIEHL, 2007; DIEHL; LANGDON; DIAS-SCOPEL, 2012).

O *encontro de pajés e parteiras*, por sua parte, foi considerado pelos profissionais de saúde indígenas e não-indígenas como outra estratégia importante para a troca de experiências e o intercâmbio de saberes entre profissionais de saúde e curadores tradicionais:

Tenho visto aqui que fazem muitas vezes encontros, no ano passado assisti. Tive a possibilidade de assistir ao encontro de pajés e parteiras, que é quando eles se reúnem. Obviamente é articulado, acredito que, pela Secretária de Saúde Departamental e eles vêm intercambiar saberes, a secretaria [de saúde] vem e os capacita e lhes dá capacitação, ou induções de coisas básicas que eles deveriam saber, em dado caso de que algo aconteça nas comunidades (DEN3).

No mês de setembro fazem uma integração com os pajés e parteiras, então, aí também nos levam, os técnicos de enfermagem e os microscopistas, para estar com eles, para trabalhar em conjunto a medicina tradicional com a medicina ocidental, isso tem que saber-se... porque isso é o modelo de saúde (AE6. Puinave).

Esse encontro é um evento organizado anualmente pela SDS, em que participam curadores tradicionais (*pajés* e *parteiras*) e profissionais de saúde (médicos, técnicos de enfermagem, *gestores comunitários*, entre outros). O principal objetivo segundo a SDS é promover o intercâmbio de conhecimentos e estratégias de vigilância comunitária em saúde e interculturalidade. Embora esse evento ter sido implementado há anos pelo governo do estado é destacado pelos participantes como parte importante dos projetos fortalecidos com a implantação do MIAS, porém reafirma o enfoque centrado, exclusivamente, nos curadores tradicionais.

Além dessas propostas estabelecidas pelos discursos oficiais na tentativa de “articular” os saberes e práticas indígenas e biomédicas no âmbito da APS, os dados permitiram identificar outras estratégias que encontram-se operando espontaneamente no dia-dia da prestação dos serviços de saúde, passando nosso olhar do *prescrito* ao *real*.

O assunto está presente nos discursos dos profissionais não-indígenas segundo uma visão compreensiva da *diferença*:

A gente tem que respeitar as crenças e a cultura deles [dos indígenas]. Para não chocar, tem que fazer isso, de entrada você não impor que você é a enfermeira e você é que sabe, e ‘aqui vai se usar somente a medicina que eu lhes trago’, ‘a injeção é o único que serve’, não! assim não funciona, primeiro tem que respeitar as crenças (AE9).

Ao assumir uma posição de respeito e tolerância para com as crenças e práticas de saúde dos usuários indígenas, os profissionais de saúde desenvolvem diferentes estratégias de “articulação de saberes” no seu cotidiano de trabalho.

Algumas das estratégias identificadas são realizadas por meio do estabelecimento de “concessões” para o emprego de certas práticas de “medicina tradicional”, seja dentro das unidades de atenção (postos/centros de saúde ou hospital) ou fora delas.

Eu, por exemplo, na medida do possível, lhes permito ter sua prática de saúde dentro do posto [de saúde]. Então, lhes deixo sim fazer certas coisas, mas certas coisas não. Se querem aplicar [sobre a pele] água ou ao alguma coisa que levem porque consideram que isso vai curar o paciente, eu não vejo impedimento, mas se querem dar-lhe algo para tomar, aí sim eu já desconfio, porque não sei que tipo de substância é e que efeitos tem (MED3).

No hospital eles também [curadores tradicionais] podem entrar, porque eles entram a orar, fazem umas *rezas* e a gente permite, o que não podemos permitir é que quando o doutor diz: ‘nada via oral’, é nada via oral, porque isso sim nos comprometeria a todos (AE9).

Eu permitia às grávidas que estivessem acompanhadas de suas parceiras e deixava elas intervirem até certo ponto, mas se eu via que a parceira ia se subir em cima da paciente, aí eu dizia, já! Porque elas queriam como que tirar o bebê como se fosse pela força. Elas utilizam os lençóis, lhe apertam o abdômen e penduram as grávidas, então isso não, mas ademais, eu lhes permitia sim que estivessem, porque elas iam ser meu ponto de comunicação (MED3).

Porém, essas estratégias partem do estabelecimento de limites segundo parâmetros biomédicos:

“Então, sou de mente aberta com a medicina tradicional quando posso, mas devo restringir quando considero que pode pôr em risco a saúde do paciente ou gerar um efeito adverso (DEN4).

Dessa maneira, aquelas práticas “tradicionais” consideradas como “prejudiciais” para a saúde do usuário – geralmente as que incluem a ingestão de bebidas (garrafadas) -, ou que possam alterar o curso normal das atividades de trabalho, não são permitidas pelos profissionais.

Embora, a postura empática frente às crenças e práticas dos usuários indígenas prevalece na prática assistencial de alguns profissionais, há ainda a presença de uma atitude impositiva que responde à formação cientificista da biomedicina. O desconhecimento do mecanismo de ação e do princípio ativo dos recursos terapêuticos dos usuários faz com que os

profissionais vejam as práticas dos sistemas tradicionais indígenas como elementos do contexto a serem tolerados, ou no máximo incorporados de maneira parcial ou acessória, mas não exatamente articulados (LORENZO, 2011).

Outras das estratégias desenvolvidas pelos profissionais não-indígenas executam-se por meio de uma negociação de responsabilidades, efetuada em alguns casos junto com o usuário e, em outros, de maneira mais impositiva:

Eu lhes falo: ‘bom, eu respeito o que você está me dizendo [uso de medicina tradicional], mas parece-me que deveríamos também fazer isto’ ‘porque não tenta isto... Deveríamos fazê-lo... Não o *heche em saco roto*³⁶’ ‘tente somente e me fala’ eu lhes digo assim [aos usuários], e então eles às vezes começam e vêm depois, e dizem para a gente: ‘sim, você tinha razão’ (E4).

Eu fazia minha parte e lhes dizia ‘você faça sua parte, seu remédio, sua *agüita*³⁷ que lhe vai dar, o que lhe vai untar no estomago, ou vai *rezar* e eu faço a minha parte, vamos compartilhar (AE9).

É muito frequente nos pacientes diabéticos que usem a erva de insulina, então lhes digo: ‘vamos misturar seu tratamento tradicional e vamos experimentar também o tratamento ocidental’, respeitando absolutamente tudo o que eles recebem por parte do médico tradicional (MED1).

As posturas impositivas assumidas por alguns profissionais não-indígenas dificultam, portanto, que o reconhecimento de saberes “outros” sejam postos como legítimos. Nesse sentido, só uma parte das práticas da “medicina tradicional” indígena é aceita pelos profissionais para ser integrada ao âmbito da prestação de serviços, em quanto a outra é negada.

Conforme Dias Silva (2010):

Ainda que se admita a existência legítima de outra forma de compreender, explicar e tratar doenças e infortúnios, a perspectiva hierárquica assumida pelos profissionais do campo da biomedicina em relação ao “paciente” decorre de um longo histórico de luta política pela construção da autoridade médica (no sentido amplo). Essa forma de autoridade historicamente construída como um poder-saber (Foucault, 1994) deve ser criticamente analisada em face de um contexto de desmembramento das atribuições sobre a gestão da saúde dos povos indígenas (DIAS SILVA, 2010, p. 6).

Como sugere a autora, essa atitude dos profissionais deve ser entendida não somente com base em suas reações impositivas e/ou restritivas, senão diante uma *situação histórica* que pressupõe uma análise das relações de poder em contexto (DIAS SILVA, 2010).

³⁶ *Heche em saco roto* é uma expressão para se referir a não esquecer algo, nesse caso refere-se a não levar em conta ou ignorar a recomendação da enfermeira.

³⁷ Remédio caseiro a base de água.

É importante ressaltar, entretanto, os esforços feitos por alguns profissionais para propor processos de negociação em termos de respeito e igualdade, apesar da interlocução estar sujeita a hierarquias e exercício de poderes. Estes profissionais reconhecem a capacidade de decisão e autonomia do usuário e sua família no modo em que vivenciam sua trajetória de cuidado frente ao processo saúde-doença, abrindo espaços propositivos para o compartilhamento de saberes e condutas terapêuticas articuladoras.

Essa abordagem poderia se relacionar com o que alguns autores chamam de *competência cultural* (CAMPINHA-BACOTE, 2002; PAPADOPOULOS; LEES, 2002; LÓPEZ, 2016a; PURNELL, 2019) sendo entendida como:

O processo no qual os profissionais de saúde se esforçam continuamente por conseguir a habilidade e disponibilidade para trabalhar efetivamente dentro do contexto cultural do usuário (família, indivíduo ou comunidade) (CAMPINHA-BACOTE, 2002, p. 181. Tradução nossa).

A esse respeito, Orozco e López (2019) observaram, em seu estudo sobre como as enfermeiras não-indígenas da área de saúde pública que cuidam da população indígena Emberá-Chamí na Colômbia, conseguem desenvolver uma prática culturalmente competente interagindo e compreendendo as peculiaridades intraculturais e de contexto dos usuários, que leva a particularizar a atenção e mediar com a cultura hegemônica dominante do sistema de atenção e com a prática profissional.

Foi possível identificar outras estratégias realizadas, particularmente, por profissionais de saúde indígenas:

Um senhor que trabalha aqui no hospital [auxiliar de enfermagem], ele sempre, quando está grave [um paciente], ele sempre também *reza* (U8. Sikvani).

Como faz meu companheiro, sempre vêm [pacientes] quando há *descuaje*³⁸, então ele, na hora, começa a trabalhar sua medicina tradicional, ele sabe *sovar*³⁹ e tudo isso, sabe até algumas *rezas*, ou seja, quando não termina [a doença] nós fazemos qualquer coisa, mesmo no posto [de saúde] (AE6. Puinave).

Empregando algumas práticas de “medicina tradicional” dentro das próprias unidades de prestação dos serviços, esses profissionais realizam a “articulação de saberes” no seu trabalho cotidiano.

³⁸ Doença própria que atinge, sobretudo, às crianças provocando sintomas de diarreia e dor de estômago.

³⁹ Fazer massagem. Nesse caso é a terapia indicada para curar o *descuaje*.

Uma situação ao respeito foi presenciada por mim na pesquisa de campo. Durante as observações em um posto de saúde, um profissional indígena foi procurado por uma mulher com uma criança de mais ou menos 18 meses de idade. Esta relatou que a criança apresentava sintomas estomacais nos últimos dias, depois de ter caído da cama, pelo que suspeitava de um “*descuajo*”. Ele olhou para a criança, realizou uma massagem no estomago e depois lhe deu três tapas nos pés. Confirmou o diagnóstico com a mãe e recomendou voltar caso a criança continuasse com os sintomas. O procedimento não demorou mais de 5 minutos (NO. 04/04/18).

Dessa maneira, enquanto os profissionais de saúde indígenas desempenham as funções competentes à sua formação biomédica, tentam responder a outras demandas dos usuários, seja exercendo práticas de “medicina tradicional”, atuando como intermediários com outros profissionais de saúde (geralmente médicos) ou simplesmente transgredindo os limites impostos:

Um dia um senhor chegou do rio que uma serpente o mordeu e minha mamãe nesse dia estava aí também [no hospital] e eu escutava que gritava esse senhor, passou dois dias gritando e eu perguntei à enfermeira que é indígena: ‘moça o que tem esse senhor’, então me disse ‘é que foi mordido por uma serpente’... eu contei à minha irmã, que esse dia estava também cuidando da minha mãe, ‘salvemos ao senhor, ou seja, com a nossa coisa’, lhe disse ‘fale com a enfermeira que é indígena e diga-lhe que deixe entrar [o remédio] que nós sabemos preparar’ então minha irmã escondeu [o remédio], o trouxe aqui [debaixo da axila] para poder entrar [no hospital], uma garrafinha, e então falou com ela [a enfermeira indígena]. Às duas horas da tarde a enfermeira disse ‘claro, senhora vamos aplicar [o remédio], mas sem que a médica saiba porque vão me culpar’, então a enfermeira deixou que minha irmã fosse levar esse remédio, e deu ele para o senhor, então tinha um primo ao irmão que estava cuidando dele, então minha irmã lhe disse que a cada momento aplicasse ali onde estava a ferida. Bom, lhe deu, lhe deu o remédio e veja que às três da tarde esse senhor ficou calado, deixou de gritar de dor, então o senhor se acalmou (U18. Curripaco).

A narrativa desta usuária mostra o dinamismo interno presente no cotidiano da atenção dos serviços, manifestado a partir de formas criativas que tanto usuários como profissionais indígenas empregam para deslocar as fronteiras postas pelas unidades de atenção. Essas construções partem de um conhecimento empírico, de um *senso comum* (MAFFESOLI, 2010), que ultrapassa lógicas racionalizadoras.

Para Maffesoli (2009) a “*centralidade subterrânea*” da vida social manifesta-se nas pequenas coisas, nos detalhes simples, às vezes, invisíveis na banalidade da vida cotidiana, mas que constituem o núcleo central onde se encontram organizadas as coisas humanas. A

“*centralidade subterrânea*”, como sinaliza o autor, é expressa por meio de situações anódinas, que têm significado em si mesmas e no presente (MAFFESOLI, 2010). São essas situações, às vezes clandestinas, por meio das quais se concretiza a “articulação de saberes”, que, de alguma forma, poderiam se traduzir em mecanismos de resistência frente ao saber e a prática hegemônicos.

Finalmente, os dados revelaram que tanto usuários como profissionais indígenas e não-indígenas apresentam expectativas sobre uma perspectiva “ideal” da “articulação de saberes”, sugerindo possíveis caminhos para operacionalizá-la na prática.

Algumas propostas em relação à maneira de orientar o usuário para a utilização dos recursos indígenas e biomédicos foram postas pelos profissionais de saúde indígenas:

Para mim o jeito seria por meio de um intermediário, alguém aqui [no ponto central] que avalie as duas coisas e por isso deve ter os dois conhecimentos [indígena e biomédico]. Porque simplesmente pode avaliar o paciente e pode dizer ‘olhe, é melhor que consulte por este lado [curador tradicional ou medico ocidental]’. Eu acho que pode ser o gestor comunitário, que tem que saber algo de enfermagem necessariamente, mas tem que ser membro da comunidade e que conheça de medicina tradicional também, desse jeito pode orientar (BAC1. Puinave).

Os médicos antes diziam que primeiro [os usuários] fizeram suas *rezas* e aí sim foram [ao hospital]. Eu lhes digo que não, para mim é o contrário, para mim é melhor que eles venham aqui [primeiro ao hospital], se virmos que a solução é a medicina ocidental, legal porque serviu, mas se virmos que lhe fizemos [os exames de laboratórios], lhe aplicamos os medicamentos e não se curaram, isso não é nosso, isso deve curar o médico tradicional (E1. Puinave).

A forma como o usuário se mobiliza entre uma ou outra opção terapêutica foi uma preocupação frequentemente manifestada pelos profissionais indígenas e não-indígenas. Essa questão, que emergiu não somente em seus depoimentos, mas em conversas informais, apontava sobretudo à maneira de evitar complicações pela consulta tardia dos serviços (ocidentais ou tradicionais). Alguns comentavam que ao não contar com orientação adequada os usuários fazem tratamentos desnecessários, que não resultam em melhorias da situação e retardam a consulta e, conseqüentemente, um tratamento indicado, comprometendo em alguns casos a vida (NO 20/02/18; 24/28/03/18).

Dessa forma, esperam que seja possível a implantação de uma espécie de “rotas” padronizadas para orientar a conduta do usuário, seja por meio da figura do *gestor comunitário* em seu papel de mediador ou determinando como início do ponto de consulta os serviços médicos ocidentais.

A concretização dessas propostas poderia resultar na adaptação das chamadas *Rotas Integrais de Atenção* (RIAS) contempladas pelo MIAS, cujo propósito é garantir o atendimento integral do usuário a partir de diferentes intervenções de detecção precoce, proteção específica, diagnóstico, tratamento, reabilitação, palição e educação (COLOMBIA, 2016a). Entretanto, até o momento, não se tem contemplado a incorporação dos recursos terapêuticos tradicionais na operação dessas rotas.

Submeter à aprovação das comunidades e das lideranças indígenas (incluindo os pastores das igrejas) os curadores tradicionais que atuam nas aldeias e postos de saúde, também foi outro fato considerado de grande relevância pelos usuários e profissionais indígenas:

Há que se avaliar os pajés verdadeiros com a comunidade. Porque eles devem conhecer, saber quem é a pessoa e se concordam que essa pessoa seja o pajé. Essa é outra coisa, porque há pastor na igreja, há capitães, há que se levar em conta se eles concordam, porque há pajés que sabem soprar e a esses [aos pajés] a religião evangélica não permite, por isso é bom consultar com os pastores se concordam em encontrar um pajé, ou se não, se utiliza só um *hierbatero*⁴⁰ (MIC1. Curripaco).

Ainda que a questão do reconhecimento dos curadores tradicionais pela comunidade tenha sido contemplada desde o início da implantação do modelo, foi possível identificar que alguns usuários não reconhecem os curadores escolhidos para trabalhar na sua comunidade. Infere-se que isto se deve, em parte, ao fato do modelo contemplar a inclusão exclusivamente de *pajés* e *parteiras*, deixando de lado outro tipo de curadores como os *benzedeiros* ou *ervateiros*.

Como dito anteriormente, a religião constitui um fator influenciador das escolhas terapêuticas feitas pelos usuários *crentes* em Guainía. Configura-se importante consultar o representante da igreja, nesse caso o *pastor* e ter a inclusão do “tipo” de curador tradicional no posto de saúde, para evitar possíveis conflitos.

Langdon (2007) alerta sobre a importância de evitar incorrer no estabelecimento de um papel genérico ou reducionista dos detentores dos saberes indígenas, pois muitos dos projetos de “articulação de saberes” têm focado especificamente na figura do *pajé* como o “médico dos indígenas”. Acrescenta a autora:

Um problema com vários destes projetos é que eles estabelecem um papel genérico e reducionista do pajé, ignorando que a própria palavra pajé é um estereótipo de certos tipos de especialistas rituais que atuam como

⁴⁰ Curador tradicional que usa ervas.

mediadores entre o mundo visível e o invisível. Frequentemente, estes projetos reduzem os vários papéis de especialistas em cura e em rituais a um só. Várias práticas e detentores de saberes acabam sendo simplificados a um único papel: ao do pajé. E o pajé acaba representando uma caricatura do que seria a medicina tradicional (LANGDON, 2007, p. 112).

Os profissionais de saúde não-indígenas, de sua parte, expressaram igualmente expectativas sobre possíveis formas de concretizar a “articulação de saberes” na prestação dos serviços de APS:

Me parece interessante que se pudesse fazer articulação com a medicina tradicional, ou seja, é um trabalho que eu acho que é longo, é árduo, mas que é enriquecedor, porque... não sei se é pela escola de onde venho, mas minha fundamentação para qualquer procedimento deve ter um suporte científico, então é procurar isso, que se faça uma pesquisa em conjunto... se [os indígenas] utilizam uma erva que clareia os dentes ou impede as cáries, é interessante, porque não pesquisar, tomar uma população significativa, testá-lo e ver os resultados? e no médio a longo prazo já ter a sustentação a partir da parte científica, então acredito que por esse lado seria interessante (DEN4).

Para estes profissionais a “articulação de saberes” implica, necessariamente, na validação científica das práticas de “medicina tradicional”, por meio de pesquisas voltadas a comprovar sua eficácia, segurança e qualidade.

Nessa perspectiva, corresponde à ciência - como “única fonte legítima” - o papel de identificar a eficácia das terapias tradicionais a serem incorporadas nos serviços de saúde. Entretanto, como aponta Ferreira (2007), esse processo implica a depuração dos aspectos culturais, das crenças e dos valores que impregnam estas medicinas. “Ao contrário da medicina alopática, que detém um enfoque científico estando livre de valores e de influências culturais” (FERREIRA, 2007, p. 167).

Cabe salientar que uma profissional de saúde não-indígena expressou a possibilidade de materializar a inclusão dos saberes indígenas nas atividades de promoção e prevenção:

Se a oportunidade fosse propiciada, eu trabalharia com medicina tradicional. Eu acredito que primeiro seria [necessária] muita observação e ficar ao lado do médico tradicional, ou as pessoas que encaminhasssem da comunidade para fazer sua parte de medicina tradicional, e de algum jeito procurar trocar [conhecimentos]. Por exemplo, agora é muito difícil fazer o curso psicoprofilático, aqui quase não se faz pela barreira do idioma, por muitas coisas... Se houvesse essa outra parte da medicina tradicional no hospital, imagina!, a gente criando um curso psicoprofilático junto com o médico tradicional, que lhe ensine, não sei, algumas dicas, algumas coisas, seria muito legal (E3).

Ressalta-se a motivação pelo trabalho em conjunto e a disposição pela abertura de espaços que realmente permitam a incorporação dos saberes tradicionais ainda que no meio das barreiras burocráticas.

6 (RE)PENSANDO A INTERCULTURALIDADE NA APS

A análise da interculturalidade, no cotidiano de usuários indígenas e profissionais de saúde, permitiu vislumbrar diferentes elementos imersos no processo de interação cultural, tanto no âmbito da atenção à saúde como fora de este. Considera-se relevante, portanto, expandir esta análise no presente capítulo, para assim localizar a maneira em que esta noção tem tomado forma no decorrer do processo de construção da APS em Guainía.

Os achados desta pesquisa permitem afirmar que a interculturalidade tem-se configurado na APS em Guainía conforme três perspectivas distintas, seguindo a proposta de Walsh (2012): uma relacional, outra funcional e outra crítica, esta última ainda em construção como proposta contra-hegemónica (Figura 16).



FIGURA 16 - A interculturalidade na APS em Guainía

Fonte: Elaboração própria para fins deste estudo

Cabe sublinhar que, a interculturalidade, além de ser um processo permanente de negociações e articulações presentes no cotidiano de indígenas e profissionais de saúde – como demonstrado neste estudo -, tem sido ainda instrumentalizada como enfoque da APS no MIAS. Acredita-se que essa consideração foi proposta no modelo, não apenas, em resposta às demandas próprias do território, mas em cumprimento a uma das diretrizes estabelecidas pela

OMS/WHO, que contempla o reconhecimento das práticas culturais dos povos como estratégia para atingir a meta de “saúde para todos” (FERTONANI et al., 2015).

Nessa perspectiva, a noção de interculturalidade assume dois sentidos: 1) como elemento predominante na vida cotidiana e na interação entre usuários indígenas e profissionais de saúde; e 2) como estratégia de incorporação dos saberes tradicionais indígenas (mais especificamente da “medicina tradicional”) no âmbito da atenção. Ressaltar essa distinção permite compreender a base dos três enfoques de interculturalidade presentes no processo de construção da APS na região, sendo o primeiro deles o relacional.

Segundo Walsh (2012) a perspectiva relacional da interculturalidade se refere, de forma mais básica e geral, ao contato *entre* culturas, ou seja, entre pessoas, práticas, saberes, valores e tradições culturais distintas. Portanto, como ressaltado na Figura 16, este enfoque se concentra, principalmente, no *intercâmbio* como característica fundamental da interculturalidade.

Nos discursos dos profissionais foi evidente seu esforço em relatar uma perspectiva “ideal” em um cenário bidirecional e harmonioso de intercâmbio entre seus saberes e os saberes indígenas, porém sem reconhecer as relações de poder ou de hegemonia/subalternidade que permeiam o encontro entre estes atores. Nesse sentido, concorda-se com Walsh (2012) ao afirmar que esta perspectiva, limitada apenas à relação, acaba ignorando “as estruturas da sociedade (sociais, políticas, económicas) e também epistêmicas que posicionam a *diferença* em termos de superioridade e inferioridade” (WALSH, 2012, P.90. Tradução nossa).

Além disso, foi possível corroborar, que a visão “ideal” da interculturalidade, pensada a partir de “relações paralelas”, não encontra correspondência na prática. As questões advindas no encontro com a *diferença*, colocam em evidência as dinâmicas estabelecidas pela estrutura hegemônica e as assimetrias presentes nas relações. A tensão constante que vivenciam os profissionais não-indígenas na interação com os conhecimentos e práticas em saúde dos usuários indígenas é reflexo da impotência e desconforto ao perceber o conhecimento biomédico, situado em posição hegemônica, insuficiente. Nessa dinâmica aparece a inquietude de questionar os limites do conhecimento próprio, sem, no entanto, deixar de ser uma situação conflituosa.

Consequentemente permanece no processo de construção da APS em Guainia uma perspectiva funcional da interculturalidade, que, conforme mostra a Figura 16, se

posiciona mais próxima à relacional, pois as duas tomam como ponto de partida a diversidade e a *diferença* sem examinar sua origem.

De acordo com Walsh (2012) essa visão da interculturalidade se concentra no reconhecimento da diversidade, promovendo o diálogo, a convivência e a tolerância entre os grupos, com metas para a sua inclusão dentro da estrutura social estabelecida. Nesse sentido, a interculturalidade é funcional ao sistema existente, pois:

Instrumentaliza o reconhecimento e respeito à diversidade cultural convertendo-o em uma estratégia de dominação, que aponta não à criação de sociedades mais equitativas e igualitárias, mas ao controle do conflito étnico e da conservação da estabilidade social com o fim de impulsionar os imperativos econômicos do modelo (neoliberal) de acumulação capitalista, incluindo aos grupos historicamente excluídos no seu interior (WALSH, 2012, p. 193. Tradução nossa).

Considera-se que o modo com o qual o MIAS tem incorporado a noção de interculturalidade na APS, corresponde, em parte, a esta perspectiva. Embora a política não especifique a maneira em que concebe interculturalidade, enquanto enfoque estratégico do modelo, foi possível identificar algumas diretrizes desenvolvidas na operacionalização que apontam a concretizar o chamado “*diálogo de saberes*”, principalmente, na articulação dos serviços (ocidentais) com a “medicina tradicional” dos povos indígenas.

Entretanto, tais estratégias, nesse caso as geradas a partir do âmbito do *prescrito*, estão, eventualmente, replicando uma visão etnocêntrica na organização dos serviços de saúde (PEDRANA et al., 2018). A maneira como tem sido planejada a inclusão dos curadores tradicionais no sistema de saúde público em Guainía, os médicos tradicionais (*pajés*) e parteiras, principalmente, reflete esta visão, dado que se fundamenta em uma compressão essencialista das noções de *cultura* e *tradição*. Assim, pressupõe-se desde esta política que os povos indígenas da região compartilham a “mesma” cultura -“a cultura indígena”- além da concepção de que sua “medicina tradicional” permanece estática e imutável no tempo sem possibilidade de transformação.

Destarte, ao invés de promover o diálogo intercultural, o desenvolvimento dessa estratégia definida em bases de pressupostos etnocêntricos, parece estar incorrendo, de um lado, na homogeneizando dos grupos indígenas e suas culturas, e de outro, no estabelecimento de um papel genérico do curador tradicional (LANGDON, 2007). Isto ao contemplar, exclusivamente, a inclusão de *pajés* e parteiras, deixando de lado outros curadores também reconhecidos pelas comunidades, como os *benzedeiros* ou *ervateiros*, ou, inclusive,

esquecendo que alguns dos usuários indígenas rejeitam os serviços prestados por estes especialistas, por causa de suas crenças religiosas. Assim mesmo, o fato de concentrar-se nas figuras dos curadores como os “únicos” detentores do saber indígena (principalmente *o pajé*), pode estar levando a excluir, ou diminuindo a importância, das outras formas de cuidado dos usuários indígenas realizadas, por exemplo, no âmbito familiar.

Ora, esta estratégia de incorporação de curadores nos serviços de atenção implica, para sua efetivação, a regulamentação e reconhecimento profissional de seus ofícios, que só pode advir da “validação” científica das práticas e do saber tradicionais. Nessa lógica:

A regulação das medicinas tradicionais pelas políticas públicas de saúde não apenas possibilita sua incorporação aos sistemas nacionais de saúde, mas também autoriza que os conhecimentos, as práticas e os praticantes, assim como os recursos terapêuticos tradicionais se tornem produtos a serem mercantilizados (FERREIRA, 2010, p. 79).

Cabe problematizar, então, as implicações que estas medidas podem acarretar na instrumentalização dos saberes tradicionais e de sua função de cura. Por um lado, na possibilidade de que o Estado comece a exercer controle e regulamentação dessas práticas, algo até então não feito; e por outra, que, sob a lógica do capital, se abra espaço para que estes saberes e práticas possam ser comercializados. Ou seja, as dimensões do *mundo da vida* destes povos (FERREIRA, 2010), de alguma forma, postos para serem transformados em mercadoria.

Por fim, os achados deste estudo permitem afirmar que uma terceira perspectiva de interculturalidade, a crítica, também está presente na APS em Guainía, no entanto, ainda em construção como proposta contra-hegemônica.

Consoante Walsh (2010) a interculturalidade compreendida a partir deste ângulo não parte da diversidade cultural ou diferença em si, mas do reconhecimento de que a diferença se constrói dentro de uma estrutura colonial de poder radicalizado e hierarquizado, com os brancos acima e os povos indígenas e afrodescendentes nas escadas inferiores, quer dizer, de um problema estrutural-colonial-racial. Por isso, conforme desenhado na Figura 16, esta forma de conceber a interculturalidade se distancia, e inclusive, faz uma ruptura das outras por ser:

Uma estratégia e um processo permanentes de negociação *entre*, que afirma a necessidade de mudar não apenas as relações – para que sejam em condições de respeito e equidade - senão as estruturas e dispositivos de poder que mantém a desigualdade, interiorização, racialização e discriminação (WALSH, 2010, p. 79. Tradução nossa).

Como argumenta a autora, a interculturalidade crítica se constrói a partir dos povos – e como demanda da subalternidade - em contraste com a funcional que se exerce a partir de cima. Acredita-se assim, que esta perspectiva de interculturalidade está se tecendo, ou encontrando seu ponto de partida, nas construções presentes no cotidiano de usuários indígenas e profissionais de saúde, isto é, nos detalhes postos na *centralidade subterrânea do cotidiano* (MAFFESOLI, 2010) que permitem concretizar formas “outras” de dialogar *entre* saberes, às vezes manifestadas por meio de situações anódinas.

Uma mostra disso é a maneira com a qual participantes indígenas definem os limites e alcances dos tratamentos e fazem diferentes transações com os recursos terapêuticos disponíveis para tratar seus padecimentos, sem a supervisão de estâncias oficiais. Nesse processo, formas heterogêneas de pensar-saber - nesse caso, provenientes do saber ocidental e tradicional - são (re)apropriadas e articuladas para criar novas interpretações e reinvenções de conhecimentos.

Desta forma, esses conhecimentos que particularmente os usuários indígenas compartilham e constroem, por exemplo, por meio das chamadas *práticas de autoatenção* (MENÉNDEZ, 2018), não podem ser caracterizados a partir de uma visão essencialista da *tradição* ou da “medicina tradicional”, pois não estão congelados em um passado “utópico-ideal” mas sendo constantemente reformulados no presente (WALSH, 2012), no *aqui-e-agora* (MAFFESOLI, 2010).

Assim, no cotidiano dos serviços de APS foi possível observar diferentes estratégias de “*articulação de saberes*”, que tanto usuários como profissionais de saúde desenvolvem espontaneamente no âmbito das unidades de atenção. Muitas dessas estratégias, nesse caso registradas a partir do âmbito *do real*, se constituem em construções criativas que partem de um conhecimento empírico, de um *senso comum* que ultrapassa lógicas racionalizadoras. Articulações e negociações que, como já posto, ao implicar um encontro entre culturas, e portanto, entre epistemologias diferentes, não estão desprovidas de conflitos, ambiguidades e contradições (WALSH, 2012).

Considera-se, portanto, fundamental repensar a interculturalidade a partir desta perspectiva crítica, ao querer concretizar um verdadeiro diálogo de saberes no âmbito da APS. É importante notar que esse diálogo não implica, necessariamente, como aponta Walsh (2012), em uma mescla ou hibridação das formas de conhecimento, nem em uma forma de invenção de um cuidado que junte “o melhor dos dois mundos”. Acarreta melhor um esforço por materializar uma atenção que incorpore e negocie os conhecimentos indígenas e

ocidentais, cada um com suas singularidades e variabilidades, sem perder de vista as relações de poder e a diferença colonial da qual vêm sendo sujeitos, ou seja, as causas que tem levado a que as desigualdades e assimetrias culturais e epistêmicas existam e ainda permaneçam vigentes.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao buscar concluir esse estudo, considero necessário trazer reflexões que emergiram no processo de compreensão do objeto, bem como apontar recomendações enquanto possibilidades de estratégias para reafirmar a importância da APS em contextos interétnicos e de complexidades geográficas como o guainiano, ou mesmo para outras realidades.

A aproximação com o cotidiano dos atores sociais envolvidos diretamente nos serviços de APS em Guainía permitiu detalhar a maneira como esta vem sendo configurada, enquanto estratégia de atenção em saúde. Como o processo de construção dessa estratégia perpassa pelo conjunto de ações desenvolvidas no trabalho cotidiano dos profissionais de saúde junto aos usuários indígenas, ressalta-se que elas vêm sendo delineadas por construções e aprendizagens prévias ao novo modelo de saúde. Dessa forma, a APS na região vem-se construindo na socialidade entre usuários indígenas e profissionais de saúde, que estão executando um papel integrador e participativo, consolidando no diálogo e nas trocas cotidianas esse processo, mesmo que, por vezes, contraditório e complexo.

O objeto de estudo foi a construção cotidiana de um novo modelo de saúde na Colômbia. O MIAS surgiu como proposta do Estado, enquanto projeto do MSPS, para superar os problemas decorrentes do modelo biomédico que, até então, tinha predominado na prestação dos serviços de saúde no país. A proposta fundamenta-se na APS centrada na família e a comunidade como principal eixo estruturante do processo de reorganização da atenção à saúde. Projeto que, em Guainía, território piloto para a implantação, foi ainda mais longe ao considerar o desafio de desenvolver estratégias inovadoras de gestão do cuidado que atendessem, além das particularidades geográficas e populacionais, as demandas próprias da diversidade étnica e cultural.

Considera-se assim que esta pesquisa localizou-se em um momento privilegiado de transição a novas formas de organização das práticas de saúde, posto que a proposta de reorientação do modelo apresentou, ao mesmo tempo, o desafio de transformar o paradigma sob o qual fundamenta-se o processo de saúde-doença.

Nesse contexto, foi possível corroborar, tal como contemplado no início deste estudo, que por ser um processo situado nas primeiras fases de construção continua preservando e sendo ainda muito permeável às práticas desenvolvidas no modelo anterior. Verificou-se, nesse sentido, a persistência de certas práticas provenientes do modelo de

assistência centrado na doença e baseado na lógica curativista, que ainda orientam a organização dos serviços de APS, tanto no contexto rural quanto no urbano.

O delineamento da trajetória da prestação dos serviços de saúde em Guainía permitiu compreender as bases que deram origem à APS e o contexto no qual surgiu a proposta do novo modelo de atenção. Os primeiros esboços da APS deram-se no âmbito do anterior SNS, a partir da formulação de ações concentradas na estruturação da rede de serviços, na conformação e capacitação do talento humano e no planejamento de estratégias para atenção direta nas aldeias, muitas delas trazidas de experiências implementadas em outras regiões, como as *CMS*, ainda vigentes. Porém vários desses esforços, com tendência a concretizar os atributos da APS, foram extintos com a inclusão do SGSSS que, por seu caráter inicial, terminou reforçando um atendimento assistencialista individual e medico-centrado nos serviços.

Nessa conjuntura, o MIAS estabeleceu-se, a princípio, como espécie de “carta de salvação” para resolver a crise nos serviços de saúde na região, sendo contemplada sua implementação em Guainía, enquanto um projeto piloto, antes de se estabelecer como estratégia operativa da política nacional.

A respeito dessa tentativa de inserção do modelo, chamou a atenção nos discursos dos participantes as diferentes concepções sobre o MIAS, as quais, ainda que divergentes, concordavam em afirmar a importância do “resgate” da APS, como prioridade na promoção da saúde e prevenção de agravos. De mesma forma, opiniões antagônicas apareceram em relação à concretização da proposta na prática apontando mudanças, para alguns positivas e para outros, ainda insuficientes, em seu potencial de transformar as práticas assistenciais e em causar impactos “tangíveis” na melhoria da prestação dos serviços de saúde.

Um olhar atento ao cotidiano de usuários e profissionais de saúde facilitou, entretanto, examinar mais de perto a maneira como está se configurando atualmente a estratégia de APS na região, encontrando contrastes entre o cenário rural e o urbano. Foi evidente a maneira com a qual o trabalho cotidiano nos postos de saúde, como primeira instância de atendimento na área rural, se mostrou permeado pela própria dinâmica cotidiana das aldeias, sendo caracterizado pela demanda espontânea de usuários, a resolução de requerimentos específicos (assistenciais e logísticos) e o exercício do trabalho em equipe.

O fato dos auxiliares de enfermagem residirem no posto aparentemente tem implicações para além da disponibilidade permanente de atendimento, no estreitamento da relação com os moradores das aldeias. Todavia, pela distribuição de funções estabelecidas no

passado e dadas as condições geográficas da região, estes trabalhadores continuam sendo os principais responsáveis pela resolução de demandas e encaminhamentos de usuários, assumindo funções para além de suas competências. Dai “o imprevisto” apareça como característica inerente ao cotidiano com o qual acabam-se resolvendo muitas das demandas do dia-dia neste nível de atenção.

A inserção do *gestor comunitário* como proposta do novo modelo de atenção, embora considerada de grande importância para constituir um elo com a comunidade, suscitou algumas inconformidades durante a época da pesquisa em campo, especialmente, em relação ao cumprimento das funções designadas. Essa questão permitiu evidenciar os desafios relativos à cobertura territorial e ao acesso aos serviços de saúde que permanecem na área rural, como as grandes distâncias geográficas e a dispersão populacional, assim como a dependência de fatores logísticos, incluindo a disponibilidade de embarcação e combustível para deslocamentos às comunidades da área de abrangência, o que acabam limitando a oferta regular da APS.

Esse “vazio” de assistência, no entanto, parece estar sendo assumido pelo trabalho desenvolvido nas *CMS*, cujas equipes se veem na obrigação de enfrentar a grande demanda de usuários voltada, principalmente, para o atendimento de doenças e para o requerimento de medicamentos, em detrimento das ações individuais e coletivas de promoção à saúde e prevenção de agravos, apesar dessas últimas constituírem o principal objetivo da presença direta destas equipes nas comunidades.

Mesmo assim, a irregularidade no cumprimento do calendário previamente elaborado para visitas às aldeias e a alta rotatividade dos profissionais que compõem a *CMS* acrescentam entraves para suprir, efetivamente, as lacunas na cobertura e no acesso aos serviços de saúde dos usuários indígenas habitantes da zona rural. Fato que conseqüentemente, pode estar acentuando inequidades na garantia do direito aos cuidados primários destas populações.

Conseguiu-se corroborar ademais que, no cenário urbano, ainda que o acesso geográfico aos serviços não constitua um fator limitador, por ser o epicentro de referência para toda a região, continuam existindo questões burocráticas que adicionam barreiras de acesso de tipo organizacional e dificultam a prestação da assistência aos usuários. Além disso, foi evidente como o modo de organização dos serviços encontra-se voltado principalmente para o atendimento à demanda espontânea com prioridade na assistência individual e médico-

centrada, deixando de lado o planejamento e desenvolvimento de ações de cunho educativo e comunitário, realizadas, por exemplo, por meio de visitas domiciliares.

A análise do cotidiano de usuários e profissionais de saúde na APS, para além do descrito, ressaltou a interculturalidade como um componente fundamental do processo de construção da APS em Guainía. Verificou-se que é por meio de articulações e negociações presentes permanentemente no cotidiano dos atores sociais envolvidos na atenção à saúde, que os processos interculturais se constroem e concretizam, sem serem, no entanto, desprovidos de conflitos, ambiguidades e contradições. Nesse processo de construção da APS em Guainía, se mostrou evidente como a interculturalidade tem se configurado a partir de uma perspectiva funcional, relacional e crítica. Esta última enraizada nas construções cotidianas dos usuários indígenas e profissionais de saúde.

Reitera-se que, para consolidar avanços no objetivo de oferecer serviços de saúde culturalmente apropriados, é preciso continuar pesquisando o cotidiano da APS na região, pois certamente é neste âmbito que estão se tecendo alternativas que podem alcançar maior valor, significação e impacto na hora de concretizar propostas com perspectiva intercultural. Da mesma maneira, o fortalecimento dos mecanismos de participação das comunidades indígenas nas políticas de saúde e as iniciativas de formação em competência cultural dos profissionais de saúde podem constituir outras alternativas a serem exploradas.

O percurso de implementação de um modelo de saúde é um processo paulatino e complexo que envolve múltiplos esforços. Para continuar avançando na consolidação do MIAS em Guainía, e em outras regiões com características similares, faz-se necessário fortalecer a infraestrutura física e tecnológica, bem como o capital humano da rede de serviços. Como apontado ao longo da tese, a construção de postos e centros de saúde na área rural, sua adequação e dotação com equipamentos, e a contratação e permanência de funcionários, são tarefas primordiais que não têm sido atendidas integralmente. Até que estes mínimos não se cumpram, é difícil avançar na consolidação do novo modelo de saúde com enfoque intercultural que melhore a qualidade de vida e garanta, efetivamente, o direito à saúde das populações indígenas.

Por fim é possível afirmar que a tese proposta inicialmente e defendida no percurso deste estudo foi alcançada. Os resultados confirmam que a APS em Guainía tem sido construída cotidianamente com base em aprendizagens acumuladas previamente à implantação do novo modelo de saúde, sendo fortemente influenciada pela interculturalidade como processo permanente na relação entre os sujeitos sociais envolvidos.

O desenvolvimento desta pesquisa significou, além de tudo, um autoquestionamento e reflexão constante em meu papel como pesquisadora e enfermeira. O convívio cotidiano com profissionais da saúde e indígenas em Guainia ensinou-me que se desejamos avançar na construção de uma sociedade mais justa, na qual o direito a saúde, entre outros, seja uma realidade, nós como acadêmicos devemos aprender a escutar e a trabalhar *junto com* as próprias pessoas e comunidades envolvidas. Nesse sentido, a colaboração, o comprometimento e a procura de objetivos comuns foi o caminho que tentei percorrer nesta tese, e que tentarei continuar percorrendo no futuro.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, N.; GIOVANELLA, L.; VEGA, R.; TEJEIRA, H.; FIDELIS DE ALMEIDA, P.; RÍOS, G.; GOEDE, H.; OLIVEIRA, S. Mapping primary health care renewal in South America. **Family Practice**, v. 33, n. 3, p. 261–267, 2016.

AGUDELO, C. A.; BOTERO, J. C.; BOLAÑOS, J. O.; MARTÍNEZ, R. R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2817–2828, 2011.

ANDRADE, J.; SOUSA, C. Práticas indígenas de cura no Nordeste brasileiro: discutindo políticas públicas e intermedicalidade. **Anuario antropológico**, v. 41, n. 2, p. 179–202, 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BERNAL, O.; DUQUE, C.; SARMIENTO, R.; HIDE, S.; BARBOSA, S.; GUZMÁN, M. **Modelo piloto de prestación de servicios de salud en el departamento del Guainía**: Proyecto coordinado y financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Universidad de los Andes. 2014.

BONIN, G. **O Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS)**: reformas, organização, avanços e principais desafios da experiência colombiana. 2016. (Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento Econômico) - Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016.

BRANDÃO, C. R. Reflexões sobre como fazer trabalho de campo. **Sociedade e Cultura**, v. 10, n. 1, p. 11–27, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. 2002.

CAMPINHA-BACOTE, J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 13, n. 3, p. 181–184, 2002.

CAMPOS, G. Prefácio. In: MENDONÇA, M. *et al.* (Org.). **Atenção primária à saúde no Brasil**: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L.; GAMA, C. A. P. da; CAMPOS, G. W. de S.; TRAPÉ, T. L.; DANTAS, D. V. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, p. 252–264, 2014.

CARDONA, J.; RIVERA, Y.; CARMONA, J. Expresión de la interculturalidad en salud en

un pueblo emberá-chamí de Colombia. **Revista Cubana de Salud Pública**, v. 41, n. 1, p. 77–93, 2015.

CARDOSO, M. Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. In: LANGDON, E.; _____. (Org.). **Saúde Indígena: Políticas Comparadas na América Latina**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. p. 83–106.

CARLOS, S.; GUTIERREZ, F.; FRANCO, M. **Guainía en sus asentamientos humanos**. Bogotá: Instituto Amazónico de Investigaciones científicas - SINCHI, 2006.

CARNEIRO, M. **Cultura com aspas**. Sao Paulo: Cosac Naify, 2009.

CEVALLOS, R.; AMORES, A. **Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas: recomendaciones para el desarrollo de un sistema de licenciamiento y acreditación de servicios interculturales de salud en el marco de la renovación de la atención primaria de la salud**. Quito: OPS/OMS, 2009.

COHEN-CARNEIRO, F.; SOUZA-SANTOS, R.; PONTES, D. G.; SALINO, A. V.; REBELO, M. A. B. Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: Estudo de caso em população ribeirinha do município de Coari. **Cadernos de Saude Publica**, v. 25, n. 8, p. 1827–1838, 2009.

COLOMBIA. Decreto 056 del 15 enero de 1975. Por el cual se sustituye el Decreto-ley número 654 de 1974 y se dictan otras disposiciones. **República de Colombia - Gobierno Nacional**. Bogotá, Colombia, 1975.

_____. Decreto 1891 del 6 agosto de 1990. Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 10 de 1990, en lo referente a la prestación de servicios de salud para las comunidades indígenas. **República de Colombia - Gobierno Nacional**. Bogotá, Colombia, 1990.

_____. Constitución Política de Colombia. **República de Colombia - Gobierno Nacional**. Bogotá, Colombia, 1991.

_____. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 008430 del 04 octubre de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. **República de Colombia - Ministerio de Salud**. Bogotá, Colombia, 1993.

_____. Congreso de la República. Ley 691 del 18 septiembre de 2001, mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia. **República de Colombia - Gobierno Nacional**. Bogotá, Colombia, 2001.

_____. Consejo Nacional de Seguridad Social en salud. Acuerdo 326 del 05 diciembre de

2005. Por medio del cual se adoptan algunos lineamientos para la organización y funcionamiento del Régimen Subsidiado de los pueblos indígenas. **República de Colombia - Ministerio de la Protección Social**. Bogotá, Colombia, 2005.

_____. Congreso de la República. Ley 1438 del 19 enero de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. **República de Colombia - Congreso de Colombia**, Bogotá, Colombia. 2011.

_____. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto No. 2561 del 12 diciembre de 2014, por el cual se definen los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud a la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS y fortalecer el aseguramiento. **Ministerio de Salud y Protección Social**. Bogotá, Colombia, 2014.

_____. Ley n° 100 del 23 diciembre de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. **República de Colombia - Gobierno Nacional**. Bogotá, Colombia, 1993.

_____. Ley Estatutaria No. 1751 del 16 febrero de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. **República de Colombia - Congreso de Colombia**, Bogotá, Colombia. 2015a.

_____. Ministerio de Salud y Protección Social. Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Piloto de implementación en los departamentos con poblaciones dispersas. Departamento de Guainía. 2015b.

_____. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. **República de Colombia** - Departamento de Guainía, Colombia. 2016a.

_____. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 00429 del 17 febrero de 2016. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. **Ministerio de Salud y Protección Social**. Bogotá, Colombia, 2016b.

_____. Ministerio de Salud y Protección Social. Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud. **Ministerio de Salud y Protección Social**. Bogotá, Colombia, 2016c.

_____. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 00002626 del 27 septiembre 2019. Por medio de la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE. **Ministerio de Salud y Protección Social**. Bogotá, Colombia, 2019.

_____. Departamento Nacional de Planeación. Evaluación de procesos y resultados de la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) en el Guainía.

Departamento Nacional de Planeación - Bogotá, Colombia, 2017.

_____. Ministerio del Interior. Decreto 632 del 10 abril de 2018. Por el cual se dictan las normas fiscales y demás necesarias para poner en funcionamiento los territorios indígenas ubicados en áreas no municipalizadas de los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés. **República de Colombia** - Ministerio del Interior, Bogotá, Colombia 2018.

COSTA, G.; COTTA, R.; FERREIRA, M. de L.; REIS, J. R.; FRANCESCHINI, S. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 113–118, 2009.

DANE. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. **Pobreza Monetaria y Multidimensional en Colombia**. 2017.

_____. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. **Senso nacional de población y vivienda**. Resultados preliminares. 2018.

DE LA CUESTA, C. Investigación Cualitativa y Enfermería. **Index de Enfermería**, v. 28–29, p. 7–8, 2000.

DIAS-SCOPEL, R. **A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatensão e processo de medicalização entre os índios Munduruku**. 2014. 211 f. Tese (Doutorado em Antropologia) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas – Universidade de Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

_____, R.; SCOPEL, D. ¿Quiénes son las parteras Munduruku? Pluralismo médico y autoatención en el parto domiciliario entre indígenas en Amazonas, Brasil. **Desacatos**, n. 58, p. 16–33, 2018.

DIAS SILVA, C. **Cotidiano, saúde e política: uma etnografia dos profissionais da saúde indígena**. 2010. 276 f. Tese (Doutorado em Antropologia social) – Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

DIEHL, E. E.; FOLLMANN, H. B. C. Indígenas como trabalhadores de enfermagem: a participação de técnicos e auxiliares nos serviços de atenção à saúde indígena. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 451–459, 2014.

_____.; GRASSI, F. Uso de medicamentos em uma aldeia Guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 8, p. 1549–1560, 2010.

_____.; LANGDON, E. J.; DIAS-SCOPEL, R. P. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 5, p. 819–831, 2012.

ESMERALDO, G. R. de O.; OLIVEIRA, L. C.; FILHO, C. E.; QUEIROZ, D. M. Tensão entre o modelo biomédico e a estratégia saúde da família: a visão dos trabalhadores de saúde. **Revista de APS**, v. 20, n. 1, p. 98–106, 2017.

FEO ISTURIZ, O. Avanzando hacia la nueva APS: Cuidado integral de la salud con la participación de todas y todos. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Atención primaria de salud en Suramérica**. Rio de Janeiro: Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde, 2015. p. 15–22.

FERREIRA, A. C. S.; SUÁREZ-MUTIS, M. C.; CAMPOS, M. R.; DE CASTRO, C. G. S. O. Atenção primária à saúde em municípios de alto risco para malária. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 6, p. 1281–1288, 2011.

FERREIRA, L. Limites e possibilidades da articulação entre as medicinas tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde. In: **Medicina tradicional indígena em contextos. Anais da I reunião de monitoramento**. Ministério da saúde, Fundação Nacional de Saúde, Projeto Vigisus II-Saúde Indígena. Brasília: Tiragem, 2007. p. 166–174.

_____. **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 f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

_____. **Medicinas indígenas e as políticas da tradição: entre discursos oficiais e vozes indígenas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Saúde dos povos Indígenas collection. 2013.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D.; SCHERER, M. D. dos A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869–1878, 2015.

FLEURY, S. Cobertura Universal da Saúde e Direito Universal à Saúde. In: **Contribuição da Fiocruz para os debates de temas da agenda da Global Conference on Primary Health Care, Astana, 2018**.

FOLLÉR, M.-L. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E.; GARNELO, L. (Org.). **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre a antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa/Associação Brasileira de Antropologia, 2004. p. 129–148.

FOLLMANN, H. B. **Indígenas como trabalhadores da enfermagem: o papel de técnicos e auxiliares no modelo de atenção à saúde indígena**. 2011. 139 f. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina,

Florianópolis, 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17–27, 2008.

FURTADO, B.; LOPES NETO, D.; SCOPEL, D.; DIAS-SCOPEL, R. Percepção de indígenas Munduruku e equipe multidisciplinar de saúde indígena sobre resolutividade na atenção à saúde. **Enfermagem em Foco**, v. 7, p. 71–74, 2016.

GARNELO, L.; LIMA, J. G.; ROCHA, E. S. C.; HERKRATH, F. J. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 81–99, 2018.

_____.; MACEDO, G.; BRANDAO, L. C. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Brasília: OPAS, 2003.

_____.; VIERA, J. M. R.; SOUZA, M.; ROCHA, E. S. C.; GONÇALVES, M. J. F. Avaliação externa do PMAQ no Amazonas: experiência e narrativas sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Básica. In: FAUSTO, M.C.R.; FONSECA, H. M. S., (Org.). **Rotas da Atenção Básica no Brasil: Experiências do Trabalho de Campo PMAQ-AB**. Rio de Janeiro: Saberes, 2014.

GARNELO, L.; WRIGHT, R. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 2, p. 273–284, 2001.

GHIGGI JR, A. **Uma abordagem relacional da atenção à saúde a partir da terra indígena Xapécó**. 2015. 378 f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade de Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

_____. Trayectorias y articulaciones de una sanadora kaingang en Santa Catarina, Sur de Brasil. **Desacatos**, n. 58, p. 34–49, 2018.

GIOVANELLA, L. (Org). **Atención primaria de salud en suramérica**. Rio de Janeiro: Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde, 2015.

_____.; VEGA, R.; SILVA, H. T.; ALMEIDA, P. F. de; FERREIRA, G. R.; GOEDE, H.; RAMÍREZ, N. A.; OLIVEIRA, S. Atención primaria de salud en Suramérica: ¿Reorientación hacia el cuidado integral? In: _____. (Org.). **Atención primaria de salud en Suramérica**. Rio de Janeiro: Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde, 2015. p. 23–58.

_____.; ALMEIDA, P. F. De. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. supl.2, p. 1–21, 2017.

GISI. Grupo de interés en salud indígena. Universidad de Antioquia. Iniciativas por la Salud Pública. Cartilla no. 3. **Avances y Retos en los Sistemas de Salud Interculturales**. Medellín: L. Vieco S.A.S, 2013.

GUAINÍA. **Plan integral de vida indígena resguardo indígena El Paujil**. 2009.

GUBER, R. **El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo**. 1. ed. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2009.

GUEVARA GARZÓN, J. V. **El seguimiento y asesoría al plan de atención básica (PAB) intercultural en el departamento del Vaupés**. Mitú: Departamento Administrativo de Salud del Vaupés, 2003.

GUHL, J. F. **Los meandros de la salud en la Amazonía colombiana**. 2018. 433 f. Tesis (Doctorado en Antropología) – Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá., 2018.

GUTIÉRREZ, M. L. **Las familias en Bogotá**. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2008.

HELMAN, Cecil. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HERNÁNDEZ, A.; VEGA, R. El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión. **Gerencia y Políticas de Salud**, v. 1, n. 1, p. 1–14, 2001.

HERNÁNDEZ, M. El Derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos estructurales para su realización. **Revista de Salud Pública**, v. 2, n. 2, p. 121–144, 2000.

_____. **La Organización Panamericana de la Salud y el Estado Colombiano Cien Años de História: 1902-2002**. In: Bogotá: OPS, 2002.

IZQUIERDO, B. **Políticas públicas en salud para pueblos indígenas en Colombia con enfoque intercultural**. 2007. Tesis (Maestría en administración pública) – Escuela Superior de Administración Pública, Bogotá D.C, 2007.

JIMENO, M. Reforma constitucional na Colômbia e povos indígenas. In: RAMOS, Alcida Rita (Org.). **Constituições nacionais e povos indígenas**. Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 2012. p. 53–76.

LANGDON, E. J. Problematizando os projetos de medicina tradicional indígena. In: **Medicina tradicional indígena em contextos. Anais da I reunião de monitoramento**. Ministério da saúde, Fundação Nacional de Saúde, Projeto Vigisus II-Saúde Indígena. Brasília: Tiragem, 2007. p. 110–119.

_____. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1019–1030, 2014a.

_____. **La negociación de lo oculto: chamanismo, medicina y familia entre los Siona del bajo Putumayo**. Popayán: Editorial Universidad del Cauca, 2014b.

_____. Salud indígena en Brasil: pluralismo médico y autoatención. **Desacatos**, n. 58, p. 8–15, 2018.

_____.; CARDOSO, M. Introdução. In: _____.; _____. (Org.). **Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015.

_____.; DIEHL, E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saúde e sociedade**, v. 16, n. 2, p. 19–36, 2007.

_____.; GARNELO, L. Articulación entre servicios de salud y “medicina indígena”: reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil. **Salud Colectiva**, v. 13, n. 3, p. 457–470, 2017.

_____.; GHIGGI JR, A. Engajamento antropológico e políticas públicas: a formação de redes interdisciplinares em saúde indígena. In: CASTRO, R; ENGEL, C; MARTINS, R. (Org.). **Antropologias, saúde e contextos de crise**. Brasília: Sobrescrita, 2018. p. 198.

LARAIA, R. D. E. B. **Cultura: um conceito antropológico**. 14. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

LEITE, N.; VASCONCELLOS, C. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 13, n. 1, 2006.

LÓPEZ, L. La competencia cultural, una clave para mejores resultados en salud. **Med UNAB**, v. 18, n. 3, p. 163–165, 2016a.

LÓPEZ, W. **Relações público-privadas no sistema de saúde da Colômbia**. 2016b. 289 f. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca– Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), Rio de Janeiro, 2016.

_____.; PEREIRA, A.; MACHADO, C. Trajetória das relações público-privadas no sistema de saúde da Colômbia de 1991 a 2015. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. Sup 2:e00114016, p. 1–16, 2017.

LORENZO, C. Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. **Revista Bioética**, v. 19, n. 2, p. 329–342, 2011.

MAFFESOLI, M. **O ritmo da vida: variações sobre o imaginário pós-moderno**. Tradução de Clóvis Marques. Rio de Janeiro: Record, 2007.

_____. **El reencantamiento del mundo**. 1. ed. Buenos Aires: Dedalus, 2009.

_____. **O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva**. Tradução de Aluizio Ramos. Porto Alegre: Sulina, 2010.

MARTÍNEZ, P. C. El método de estudio de caso: Estrategia metodológica de la investigación científica. **Pensamiento y gestión**, n. 20, p. 165–193, 2006.

MARTINS, J. **O trabalho do enfermeiro na saúde indígena: desenvolvendo competências para a atuação no contexto intercultural**. 2017. 174 f. Dissertação (Mestrado em ciências) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

MENDES, A. M.; LEITE, M. S.; LANGDON, E. J.; GRISOTTI, M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. 1–6, 2018.

MENDES, E. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

MENDONÇA, M.; GONDIM, R.; MATTA, G.; GIOVANELLA, L. Os desafios urgentes e atuais da Atenção primária à saúde no Brasil. In: _____. *et al.* (Org.). **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018a.

_____.; _____.; _____.; _____. **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018b.

MENÉNDEZ, E. L. **Sujeitos, saberes e estruturas**. Tradução de Damian Kraus e Mariel Zasso. São Paulo: Editora Hucitec, 2009.

_____. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 109–118, 2016.

_____. Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. **Desacatos**, n. 58, p. 104–113, 2018.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

_____. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1–12, 2017.

MOREIRA, E. Considerações sobre a construção do projeto de medicina tradicional indígena em Roraima: Convênio CIR - Saúde. In: **Medicina tradicional indígena em contextos. Anais da I reunião de monitoramento**. Ministério da saúde, Fundação Nacional de Saúde, Projeto Vigisus II-Saúde Indígena. Brasília: Tiragem, 2007.

MORENO, G. A. El nuevo modelo de Atención Integral en Salud – MIAS- para Colombia ¿La solución a los problemas del sistema? **Revista médica Risaralda**, v. 22, n. 2, p. 73–74, 2016.

NASCIMENTO, M. C.; BARROS, N. F.; NOGUEIRA, M. I.; LUZ, T. M. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 18, n. 12, p. 3595–3604, 2013.

NEVES, R. Saúde indígena no nordeste: compreensões e perspectivas sobre mediação e dilemas da interculturalidade. In: TEXEIRA, C.; VALLE, C.; _____. (Org.). **Saúde, mediação e mediadores**. Brasília: ABA Publicações; Natal: EDUFRN, 2017. p. 309–340.

NIETO, H. M. **Uma historia de luta indígena contra a mineração: a criação do Parque Nacional Natural Yaigojé-Apaporis na Amazônia colombiana**. 2018. 154 f. (Dissertação de Mestrado em Antropologia) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

NÓBREGA, J. F.; NITSCHKE, R. G.; SOUZA, A. I. J.; SANTOS, E. A sociologia compreensiva de Michel Maffesoli: implicações para a pesquisa em enfermagem. **Cogitare enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 373–376, 2012.

NOGUEIRA, D.; GARNELO, L. (Con)viviendo con malaria: salud, enfermedad y autoatención en una comunidad rural en la Amazonia brasileña. **Desacatos**, n. 58, p. 66–83, 2018.

NOVO, M. P. **Os agentes indígenas de saúde do Alto Xingu**. Brasília: Paralelo 15, 2010.

_____. Política e intermedicalidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 7, p. 1362–1370, 2011.

OLIVEIRA, A. R. **O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde rural no Brasil**. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; CONSEJO INTERNACIONAL DE LAS CIENCIAS MÉDICAS. **Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, cuarta edición**. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), 2016.

OROZCO, L.; LÓPEZ, L. Competencia cultural de enfermeras en salud pública con población indígena. **Avances en Enfermería**, v. 37, n. 1, p. 9–18, 2019.

PALHONI, A. R. G.; PENNA, C. M. D. M. Atenção à saúde na constituição de necessidades em saúde para usuários da estratégia saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 16, n. 4, p. 1–8, 2017.

PAPADOPOULOS, I.; LEES, S. Developing culturally competent researchers. **Journal of advanced nursing**, v. 37, n. 3, 2002.

PATIÑO, A. E.; SADÍN, M. Diálogo y respeto: bases para la construcción de un sistema de salud intercultural para las comunidades indígenas de Puerto Nariño, Amazonas, Colombia. **Salud Colectiva**, v. 10, n. 3, p. 379–396, 2014.

PEDRANA, L.; TRAD, L. A. B.; PEREIRA, M. L. G.; DE TORRENTÉ, M. de O. N.; MOTA, S. E. de C. Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. 1–5, 2018.

PEREIRA, P. Limites, traduções e afetos: profissionais de saúde em contextos indígenas. **MANA**, v. 18, n. 3, p. 511–538, 2012.

PEREZ-GIL, L. P. Cuerpos en transformación: sobre la noción de persona y el control alimentar entre los Yaminawa. **Tellus**, n. 19, p. 53–82, 2010.

PITILIN, É. de B.; LENTSCK, M. H. Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 49, n. 5, p. 726–732, 2015.

PONTES, A. L.; GARNELO, L.; REGO, S. Reflexões sobre questões morais na relação de indígenas com os serviços de saúde. **Revista Bioética**, v. 22, n. 2, p. 337–346, 2014.

_____.; _____.; _____. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3199–3210, 2015.

_____.; _____.; _____. La actuación de agentes indígenas de salud en la región de Alto Rio Negro, Brasil: relaciones entre autoatención y biomedicina. **Desacatos**, n. 58, p. 84–103, 2018.

PORTELA, S. Por una perspectiva kaingang sobre diabetes e hipertensión arterial: prácticas de autoatención, articulaciones y conflictos. **Desacatos**, n. 58, p. 50–65, 2018.

PRADA, C. A. **Política de saúde na Colômbia: agenda e formulação nos anos 90**. 2012. 88 f. Dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

PURNELL, L. Update: The Purnell Theory and Model for Culturally Competent Health Care. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 30, n. 2, 2019.

ROCHA-BUELVAS, A. Pueblos indígenas y salud colectiva: hacia una ecología de saberes. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1147–1161, 2017.

SCOPEL, D. **Uma etnografia sobre a pluralidade de modelos de atenção à saúde entre os índios munduruku na terra indígena Kwatá Laranjal, Borba, Amazonas: práticas de autoatenção, xamanismo e biomedicina**. 2013. 262 f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade de Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL GUAINÍA. **Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales 2017 (ASIS)**. Dirección de Epidemiología y Demografía Bogotá, mayo de 2018.

SHIMIZU, H. E.; ROSALES, C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 3, p. 424–429, 2009.

SILVA, C. Profissionais de saúde em contexto indígena: Os desafios para uma atuação intercultural e dialógica. **Antropos Revista de antropologia**, v. 5, n. 6, p. 3–36, 2013.

SILVA, T. A produção social da identidade e da diferença. In: STUART, H.; WOODWARD, K.; _____. (Org.). **Identidade e diferença: A perspectiva dos estudos culturais**. 15. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. p. 73–102.

SILVEIRA, N. *Políticas públicas de saúde e indigenismo na América Latina*. Resenha de: LANGDON, Esther Jean; CARDOSO, Marina Denise (Org.). **Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. 310 p. **Estudos Ibero-Americanos**, v. 43, n. 1, p. 135–138, 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SUÁREZ, M. Una propuesta de modelo en salud para los pueblos indígenas de la Amazonia. In: **Imani mundo: Estudios en la Amazonia colombiana**. Leticia, Amazonas: Universidad Nacional de Colombia - Sede Amazonia, 1998. p. 173–196.

_____. Servicios de Salud, Pueblos Indígenas y Prácticas Médicas. **Rev. salud pública**, v. 3, n. 1, p. 71–84, 2001.

TOSIN, C.; THEODORO DOS SANTOS, M.; OLIVEIRA, V. B. C.; VISENTIN, A. A transição do modelo tradicional para estratégia saúde da família: a percepção do usuário. **Cadernos da Escola de Saúde**, v. 1, n. 13, p. 146–166, 2015.

TUBINO, F. Del interculturalismo funcional al interculturalismo crítico. In: SAMANIEGO, M.; GARBARINI, C. (Org.). **Rostros y fronteras de la identidad**. Temuco: UCT, 2004. p. 151–164.

VASQUES, T.; PENNA, C. M. D. M. Demandas Cotidianas na Atenção Primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 1, p. 149–156, 2013.

VEGA, R.; ACOSTA, N. **Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de américa del sur: mapeo de la APS en Colombia**. Rio de Janeiro: Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde, 2014.

_____.; _____. La atención primaria en sistemas de salud basados en el aseguramiento: el caso de Chile, Colombia y Perú. In: GIOVANELLA, L (Org). **Atención primaria de salud en Suramérica**. Rio de Janeiro: Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde, 2015. p. 195–254.

_____.; ACOSTA, N.; MOSQUERA, P.; RESTREPO, O. **Atención primaria integral de salud: estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud**. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, Pontificia Universidad Javeriana, 2009.

VEGA, R.; HERNÁNDEZ, J.; MOSQUERA, P. A. Una explicación desde el contexto y contenido de las políticas de salud al modelo híbrido y segmentado de atención primaria en salud en Bogotá. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 94, p. 392–401, 2012.

VICTORIO FILHO, A. Pesquisar o cotidiano é criar metodologias. **Educação & Sociedade**, v. 28, n. 98, p. 97–110, 2007.

VIEGAS, S. M. da F.; PENNA, C. M. D. M. O Vínculo Como Diretriz Para a Construção Da Integralidade Na Estratégia Saúde Da Família. **Rev Rene**, v. 13, n. 2, p. 375–385, 2012.

_____.; _____. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 133–141, 2013.

WALSH, C. Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias político-epistémicas de refundar el estado. **Tabula Rasa**, n. 9, p. 131–152, 2008.

_____. Interculturalidad crítica y educación intercultural. In: VIAÑA, J.; TAPIA, L.; _____. **Construyendo Interculturalidad Crítica**. La Paz: Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello, 2010.

_____. **Interculturalidad crítica y (de)colonialidad: ensayos desde Abya Yala**. 1. ed. Quito: Ediciones Abya-Yala, 2012.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

_____. **Pesquisa qualitativa, do início ao fim**. tradução: Daniel Bueno; revisão técnica: Dirceu da Silva. Portoalegre: Penso, 2016.

ZAMBRANO, F.; MÉNDEZ, C. La Atención Primaria de Salud: un Programa viable para las comunidades indígenas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 1, p. 104–114, 1991.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais de saúde

Me dirijo a usted para invitarlo a participar en la investigación titulada: “**Construcción cotidiana de la atención primaria en salud en un municipio de la Amazonía Colombiana: Vivencias de indígenas y profesionales de salud**”, que consiste en la tesis de doctorado de la Enfermera Magíster Saily Eliana Arias Murcia, bajo responsabilidad de la DRA. Cláudia Maria de Mattos Penna profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Federal de Minas Gerais (EEUFMG), Brasil. La investigación tiene por objetivo **comprender el proceso de construcción cotidiana de la atención primaria en salud (APS) desde la perspectiva de los indígenas y los profesionales de salud en Guainía – Colombia.**

Consiste en un estudio de tipo cualitativo cuya recolección de datos será realizada por medio de observación directa y entrevistas semiestructuradas con profesionales de APS y usuarios indígenas. Como profesional de salud usted tendrá que responder algunas preguntas relacionadas con su trabajo cotidiano en la APS, la relación que usted establece con los usuarios indígenas y sus percepciones sobre las diferencias culturales durante el ejercicio de la atención. Si usted así lo permite, sus respuestas serán grabadas con el fin de ser transcritas lo más fielmente posible y podrá escuchar su grabación en caso así lo considere. También solicito su autorización para acompañarlo(a) en algunas de sus actividades de trabajo y poder realizar anotaciones durante las mismas. Así mismo, si usted lo permite haré algunas observaciones durante el momento de la entrevista las cuales serán consignadas en un cuaderno, llamado “diario de campo”, que usted podrá leer después para autorizar su utilización.

Esta investigación representa riesgos mínimos para usted, por tanto su colaboración es voluntaria y su identidad y confidencialidad serán protegidas. Los datos recolectados por medio de la grabación de las entrevistas serán utilizados exclusivamente para fines de esta investigación y los artículos que puedan ser publicados, las grabaciones o el diario de campo estarán bajo mi responsabilidad por un periodo de 5 años, tiempo después del cual serán destruidos.

Se espera con los resultados de este estudio contribuyan a la identificación de potencialidades y dificultades en la implementación de la APS de acuerdo los parámetros del nuevo modelo de salud, con el fin de apoyar en la implementación de la propuesta en Guainía y otros territorios dispersos del país con características geográficas, sociales y culturales similares.

En caso de dudas usted podrá hacer preguntas en cualquier momento de la investigación o si lo considera retirar su consentimiento, además de no permitir la utilización posterior de sus datos sin ningún daño ni perjuicio. Adicionalmente, podrá contactar al comité de ética a los teléfonos indicados abajo para cuestiones éticas relacionadas con la investigación. Aclaro también que no habrá ninguna retribución monetaria o de otra naturaleza por las informaciones proporcionadas.

Si usted está de acuerdo con lo anterior por favor firmar el presente documento dando su consentimiento para su participación en la investigación.

Msc. Saily Eliana Arias Murcia
Estudiante de Doctorado Universidad Federal de Minas Gerais

Declaro haber recibido las informaciones suficientes y estar de acuerdo en participar de esta investigación

Firma: _____

Fecha _____

En caso de dudas con respecto a los aspectos éticos de este estudio, consultar a los investigadores responsables

COEP- Comité de ética en investigación – UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627 –Edificio de rectoría- 7º andar - Sala 7018 - Barrio Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil - CEP: 31.270-901- E-mail: coep@prpq.ufmg.br Telefax: (31) 3409-4592.

Profª Drª Cláudia Maria de Mattos Penna
Tel: (31) 3409-9867 ó 3409-9836. Facultad de enfermería – UFMG
Estudiante Saily Eliana Arias
Cel: (31) 998894324 (Brasil) - (57) 3146153105 (Colombia)
E-mail: seam-04@hotmail.com

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Usuários indígenas

Me dirijo a usted para invitarlo a participar en la investigación titulada: **“Construcción cotidiana de la atención primaria en salud en un municipio de la Amazonia Colombiana: Vivencias de indígenas y profesionales de salud”**, que consiste en la tesis de doctorado de la Enfermera Magíster Saidy Eliana Arias Murcia, bajo responsabilidad de la DRA. Cláudia Maria de Mattos Penna profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Federal de Minas Gerais (EEUFMG), Brasil. La investigación tiene por objetivo **comprender el proceso de construcción cotidiana de la atención primaria en salud (APS) desde la perspectiva de los indígenas y los profesionales de salud en Guainía – Colombia.**

Consiste en un estudio de tipo cualitativo cuya recolección de datos será realizada por medio de observación directa y entrevistas semiestructuradas con profesionales de APS y usuarios indígenas. Para hablar sobre eso, usted deberá responder algunas preguntas sobre como se siente atendido por los profesionales de la salud, lo que usted piensa de la actuación de los profesionales en la atención y de la medicina occidental proporcionada por ellos, en cuáles ocasiones usted toma la decisión de buscar atención en la medicina occidental, cómo usted relaciona sus conocimientos provenientes de la medicina tradicional con los conocimientos de la medicina occidental y cómo usted percibe la relación de su cultura con la cultura de los profesionales de salud que lo atienden.

Si usted así lo permite, sus respuestas serán gravadas con el fin de ser transcritas lo más fielmente posible y podrá escuchar su grabación en caso así lo considere. También solicito su autorización hacer algunas observaciones durante el momento de la entrevista las cuales serán consignadas en un cuaderno, llamado “diario de campo”, que usted podrá leer después para autorizar su utilización.

Esta investigación representa riesgos mínimos para usted, por tanto su colaboración es voluntaria y su identidad y confidencialidad serán protegidas. Los datos recolectados por medio de la grabación de las entrevistas serán utilizados exclusivamente para fines de esta investigación y los artículos que puedan ser publicados, las grabaciones o el diario de campo estarán bajo mi responsabilidad por un periodo de 5 años, tiempo después del cual serán destruidos.

Se espera con los resultados de este estudio, contribuyan a la identificación de potencialidades y dificultades en la implementación de la APS de acuerdo a los parámetros del nuevo modelo de salud, con el fin de apoyar en la implementación de la propuesta en Guainía y otros territorios dispersos del país con características geográficas, sociales y culturales similares.

En caso de dudas usted podrá hacer preguntas en cualquier momento de la investigación o si lo considera retirar su consentimiento, además de no permitir la utilización posterior de sus datos sin ningún daño ni perjuicio. Adicionalmente, podrá contactar al comité de ética a los teléfonos indicados abajo para cuestiones éticas relacionadas con la investigación. Aclaro también que no habrá ninguna retribución monetaria o de otra naturaleza por las informaciones proporcionadas.

Si usted está de acuerdo con lo anterior por favor firmar el presente documento dando su consentimiento para su participación en la investigación.

Msc. Saidy Eliana Arias Murcia
Estudiante de Doctorado Universidad Federal de Minas Gerais

Declaro haber recibido las informaciones suficientes y estar de acuerdo en participar de esta investigación

Firma: _____

Fecha _____

En caso de dudas con respecto a los aspectos éticos de este estudio, consultar a los investigadores responsables

COEP- Comité de ética en investigación – UFMG - Av.
Antônio Carlos, 6627 –Edifício de rectoría- 7º andar - Sala 7018 -
Barrio Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil - CEP: 31.270-
901- E-mail: coep@prpq.ufmg.br Telefax: (31) 3409-4592.

Profª Drª Cláudia Maria de Mattos Penna
Tel: (31) 3409-9867 ó 3409-9836. Facultad de enfermería –
UFMG
Estudiante Saidy Eliana Arias
Cel: (31) 998894324 (Brasil) - (57) 3146153105 (Colombia)
E-mail: seam-04@hotmail.com

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista – Profissionais de saúde

Fecha: _____ Hora de inicio: _____ Lugar: _____ (centro/puesto de salud/comisión)
 Edad: _____ sexo _____ Profesión: _____ Programa/área a la que pertenece: _____

PRESENTACIÓN – TRAYECTORIA PROFESIONAL

1. Presentación personal: por favor, cuénteme un poco sobre su trayectoria, estudios, trabajo, cargo y funciones.

PANORAMA GENERAL Y TRABAJO COTIDIANO

Bloque 1

1. ¿A qué equipo de trabajo / área pertenece actualmente?
2. ¿Cómo está conformado el equipo al que usted pertenece? Cuáles son los cargos y funciones?
3. ¿Cómo ha sido su experiencia en su cargo?
4. ¿Cómo es un día de trabajo suyo?
5. ¿Cómo fue el día de ayer? (por ejemplo)
6. ¿Cómo es la experiencia en su trabajo cotidiano con comunidades indígenas?

Bloque 2

1. ¿Ustedes (el equipo) tienen alguna relación con las acciones o actividades ejecutadas por el hospital/secretaría de salud departamental? Cómo se articulan esas actividades?
2. ¿Cómo funciona el tema de las remisiones? (preguntar si ha tenido paciente remitido por médico tradicional – según aplique)
3. ¿Cómo hacen la canalización/ seguimiento de los pacientes?
4. ¿Cómo es el registro de información que ustedes trabajan?
5. ¿Qué factores externos tienen impacto o influyen en la salud de los habitantes de la región? (Profundizar) ¿Qué acciones usted conoce que hayan hecho algunos organismos - entidades para mitigar estos factores?
6. ¿Ha escuchado alguna vez participación de la comunidad en salud? ¿Qué mecanismos de participación comunitaria conoce?

PERCEPCIÓN DEL NUEVO MODELO DE SALUD

1. ¿Conoce el MIAS? ¿Qué conoce?
2. ¿Sus actividades diarias han cambiado con el MIAS vs el antiguo modelo de salud?

SALUD INTERCULTURAL

1. ¿Qué entiende usted por interculturalidad?
2. ¿Qué piensa usted de la medicina tradicional empleada por las comunidades indígenas?
3. ¿Que significa para usted profesional de salud con una formación occidental tener que orientarse a trabajar en articulación con la medicina tradicional por causa del modelo?

4. ¿Qué significó para usted profesional de salud formarse en lo occidental, habiendo crecido en este ambiente donde la medicina tradicional es conocida? (para profesionales indígenas)
5. ¿Como relaciona los conocimientos que usted tiene de la medicina occidental con los conocimientos tradicionales de las comunidades indígenas? Cómo hace esa articulación?

APÉNDICE D - Roteiro de entrevista – Usuários indígenas

Fecha: _____ Etnia: _____ Comunidad: _____ Edad: _____ sexo _____ Escolaridad: _____

PRESENTACIÓN

1. por favor, cuéntame un poco sobre usted, su nombre, su etnia, comunidad a la que pertenece, cuántos años usted tiene y si sabe leer o escribir

EXPERIENCIA COTIDIANA CON LOS SERVICIOS DE SALUD

1. Cómo ha sido su experiencia (cómo le ha ido) con los servicios de salud en Guainía?
2. Por favor, cuénteme sobre el o los últimos contactos que haya tenido con los servicios de salud? Cómo fue? por qué motivo? Dónde lo atendieron? Qué atención le prestaron? (profundizar)
3. ¿Usted ha sentido algún cambio en la prestación de servicios de salud en los últimos años? (Profundizar)
4. ¿En su casa o comunidad ha recibido alguna visita de trabajadores de la salud? ¿cómo ha sido esa experiencia?


SALUD INTERCULTURAL

1. ¿Cuando usted o su familia se enferma, qué hacen? ¿A dónde van primero? (médico tradicional/hospital)
2. ¿Usted tiene hijos? Dónde los tuvo? (casa/hospital) ¿quién le ayudó en el parto?
3. ¿Qué piensa usted de la medicina occidental (medicina de los blancos)?
4. ¿Qué piensa usted de la medicina tradicional, la de ustedes los indígenas?
5. ¿Usted considera que la medicina tradicional y occidental pueden trabajar juntas? ¿Cómo?

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

1. ¿Usted sabe si su comunidad ha participado en los procesos de salud? ¿usted ha participado?

ANEXO I – Aprobación proyecto de pesquisa - Hospital Departamental

	ADMINISTRADORA HOSPITALARIA DE SAN JOSE SAS NIT 900.714.155-2	NUEVO HOSPITAL MANUEL ELKIN PATARROYO DIRECCION GENERAL
---	---	--

DIR-GENERAL-NHMEP./ _____ /

Inirida – Guainía 19 de octubre de 2017

Doctora:

CLAUDIA MARÍA MATTOS PENNA

Profesora de posgrado de la escuela de enfermería

Universidad federal de minas Gerais

Brasil

Asunto: Aprobación proyecto "construcción cotidiana de la atención primaria en salud en Guainía – Colombia: vivencias de indígenas y profesionales de salud".

Cordial saludo, Doctora Penna

Teniendo en cuenta su comunicación del 06 de junio de 2017, relacionado con el proyecto de investigación "construcción cotidiana de la atención primaria en salud en Guainía – Colombia: vivencias de indígenas y profesionales de salud". Estudio que será realizado por la enfermera y magister colombiana SAIDY ELIANA ARIAS MURCIA. Le comunico que autorizamos su realización, siempre y cuando se cumpla con los parámetros establecidos en su comunicación.

También le informamos que el modelo de atención integral y prestación de servicios de salud para el Departamento del Guainía, establecido en el decreto 2561 de 2014, inicio su operación el 01 de mayo de 2016 y estamos en el proceso de su implementación.

Como lo manifiesta en su comunicación, le agradeceríamos que los resultados del proyecto producto de investigación, sean entregados al Nuevo Hospital Manuel Elkin Patarroyo – Administradora Hospitalaria de san José SAS que nos servirán como insumo, para aplicarlos en el proceso de implementación del Modelo en nuestro Departamento.

Cordialmente,


CESAR AUGUSTO JARAMILLO MARTINEZ

Director General

Nuevo Hospital Manuel Elkin Patarroyo

Administradora hospitalaria san José

Elaboro: Jessica G. – Asistente.

Reviso: Cesar J. – Director General.

Aprobo: Cesar J. – Director General.

CR 52 NO. 67 A 71 Oficina Bogotá D.C. Teléfono 4377540 fax 4377553
CR 9 NO. 16-14 BARRIO COMUNEROS INIRIDA- GUANIA
Teléfono 0*85656132 Email: direccigeneral.nhmp@gmail.com



ALIANZA POR LA SALUD
de la gente del
Guainía

ANEXO II - Aprobación proyecto de pesquisa - Secretaria Departamental de Saúde



República de Colombia
 Gobernación del Guainía
 Secretaría de Salud Departamental
 DESPACHO

SSG/No 1054

Inirida, 12 de junio de 2017

Doctora
CLAUDIA MARIA DE MATTOS PENNA
 Profesora de Posgrado de la Escuela de Enfermería
 Universidad Federal de Minas Gerais
 Brasil

Asunto. Aprobación Proyecto "Construcción cotidiana de la atención primaria en salud en Guainía-Colombia: Vivencias de indígenas y profesionales de salud"

Cordial saludo, Doctora Penna

Teniendo en cuenta su comunicación del 06 de junio de 2017, relacionada con el proyecto de investigación "Construcción cotidiana de la atención primaria en salud en Guainía-Colombia: Vivencias de indígenas y profesionales de salud". Estudio que será realizado por la Enfermera y Magister Colombiana SAIDY ELIANA ARIAS MURCIA. Le comunico que autorizamos su realización, siempre y cuando se cumpla con los parámetros establecidos en su comunicación.

También le informamos que el Modelo de Atención Integral y Prestación de Servicios de Salud para el Departamento de Guainía, establecido en el Decreto 2561 de 2014, inicio se operación el 01 de mayo de 2016 y estamos en el proceso de su implementación.

Como lo manifiesta en su comunicación, le agradeceríamos que los resultados del proyecto producto de la investigación, sean entregados a la Secretaria de Salud, que nos servirán como insumo, para aplicarlos en el proceso de implementación del Modelo de Salud en nuestro Departamento.

Cordialmente

NELSON EVELIO PALOMAR HERNANDEZ

Secretario de Salud Departamental
 C.C Enfermera Magister Saidy Eliana Arias Murcia
 Proyecto. Bazín de Jesús Piñeros Méndez - Asesor SSD

Edificio de la Gobernación - Av. Los Fundadores Calle 16 N° 8 - 35
 Secretaría de Salud Distal - Av. Los Fundadores Calle 16 N° 10 - 45
 Teléfono (058) 5652073
 Página web: www.guainia.gov.co

GOBIERNO DEPARTAMENTAL
GUAINÍA



"Un Guainío Expresión, Incentivo y Modelo de Desarrollo Integral"

ANEXO III - Aprovação projeto de pesquisa - Associação indígena



ASOCIACION DEL CONSEJO REGIONAL INDIGENA DEL GUAINIA (ASOCRIGUA)
NIT. 900004757-1

SOMOS FILIALES DE:



Inírida, 30 de junio de 2017

Doctora
CLAUDIA MARIA DE MATTOS PENNA
Profesora de Posgrado de la Escuela de Enfermería
Universidad Federal de Minas Gerais
Brasil

Asunto. Aprobación Proyecto "Construcción cotidiana de la atención primaria en salud en Guainía-Colombia: Vivencias de indígenas y profesionales de salud"

Cordial saludo

Teniendo en cuenta su comunicación del 28 de junio de 2017, relacionada con el proyecto de investigación "Construcción cotidiana de la atención primaria en salud en Guainía-Colombia: Vivencias de indígenas y profesionales de salud". Estudio que será realizado por la Enfermera y Magister Colombiana SAIDY ELIANA ARIAS MURCIA. Le informamos que autorizo su realización, siempre y cuando se cumpla con los compromisos asumidos en su comunicación.

Para nuestra organización indígena es necesario que estos procesos investigativos, se efectúen de una forma concertada y participativa. Por tal motivo le solicitamos que los resultados del proyecto, sean socializados con nuestras comunidades. Y el resultado final nos quede una copia para la organización.

Cordialmente



ALEXANDER PIRA VARE

Presidente Asociación Regional Indígena de Guainía ASOCRIGUA I
C.C Enfermera Magister Saidy Eliana Arias Murcia


"UNA APUESTA A LA CONSOLIDACION DE LOS PUEBLOS INDIGENAS DEL GUAINIA"

DIRECCION: Calle 20 N° 9-17-23 MZ D SC 10 Comuneros.

CL. 3162666413

EMAIL: Pira. 32 @hotmail.com

ANEXO IV – Parecer ético

	ADMINISTRADORA HOSPITALARIA DE SAN JOSÉ S.A.S NIT 900.714.133-2	NUEVO HOSPITAL MANUEL ELKIN PATARROYO DIRECCION GENERAL CODIGO DE PRESTADOR: 940010005501
---	---	---

Infrida – Guainía 07 de junio de 2018

DECLARACIÓN

Declaramos para los fines pertinentes que el proyecto de doctorado titulado "*construcción cotidiana de la atención primaria en salud en Guainía – Colombia: vivencias de indígenas y profesionales de salud*" desarrollado por la Enfermera-Magíster SAIDY ELIANA ARIAS MURCIA bajo la asesoría de la Profesora Dra. Claudia María de Mattos Penna de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Minas Gerais, siguió los aspectos éticos para la investigación en salud en Colombia establecidos por la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de salud. Contando con el aval para la realización del mismo por parte de nuestra institución, el uso adecuado del consentimiento libre, informado y por escrito de los participantes y la preservación de la integridad y confidencialidad de los mismos.

Atentamente,


 Luis Eduardo manotas solano
 DIRECTOR GENERAL