

Processo de trabalho e produção do cuidado em um serviço de saúde indígena no Brasil

The work process and care production in a Brazilian indigenous health service

Proceso de trabajo y producción de la atención en una institución brasileña de salud indígena

Aridiane Alves Ribeiro¹

Giovanni Gurgel Aciole²

Cássia Irene Spinelli Arantes²

Jeff Reading³

Donna L.M. Kurtz⁴

Lídia Aparecida Rossi⁵

1. Universidade Federal de Goiás. Jataí, GO, Brasil.
2. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP, Brasil.
3. University of Toronto. Toronto, Canada.
4. University of British Columbia. Okanagan, Canada.
5. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Compreender os elementos constitutivos do processo de trabalho e a produção do cuidado em uma instituição de apoio à saúde indígena. **Métodos:** Estudo de caso. Procedeu-se observação sistemática e entrevistas semiestruturadas com 10 profissionais de enfermagem de fevereiro a janeiro de 2012 em uma Casa de Apoio à Saúde do Índio, Mato Grosso do Sul, Brasil. Realizou-se análise interpretativa, utilizando processo de trabalho como categoria conceitual e analítica. **Resultados:** Obteve-se três categorias. A produção do cuidado tem como foco procedimentos técnicos e normas institucionais rígidas. Há priorização de regras institucionais e procedimentos em detrimento do cuidado singularizado. **Conclusões:** O vínculo empregatício por contrato temporário e a organização burocrática geram um clima tenso de trabalho. Tais aspectos não potencializam os esforços dos trabalhadores em prestar o cuidado centrado na pessoa.

Palavras-chave: Força de Trabalho; Gestão em Saúde; Saúde de Populações Indígenas; Brasil.

ABSTRACT

Objective: To understand the constitutive elements of the work process and care production in an Indigenous Health Support Service. **Methods:** Case study. Systematic observation and semi-structured interviews were conducted in January and February of 2012. The participants were 10 nursing professionals of an Indigenous Health Support Center, located in Mato Grosso do Sul state, Brazil. The work process was used as a conceptual and analytical category. **Results:** Through interpretative analysis, the data were organized into three categories. The results showed that care production was focused on procedures and guided by rigid institutional rules and bureaucracy. The prioritization of institutional rules and procedures was detrimental to the provision of person-centered care. **Conclusion:** The temporary employment contracts and rigid bureaucratic organization generated a tense work environment. These aspects do not maximize the efforts of the nursing staff to provide person-centered care.

Keywords: Workforce; Health Management; Health of Indigenous Peoples; Brazil.

RESUMEN

Objetivo: Comprender los elementos constitutivos del proceso de trabajo y la producción de la atención en una institución de apoyo a la salud indígena. **Métodos:** Estudio de caso realizado en una casa de apoyo de salud indígena, en Mato Grosso do Sul, Brasil. Fueron realizadas entrevistas semiestruturadas y la observación sistemática con 10 profesionales de enfermería. Se realizó el análisis temático, utilizando el proceso de trabajo como referencial teórico. **Resultados:** Emergieron tres categorías: la atención se centra en procedimientos técnicos y es guiada por burocracia y normas institucionales; hay una priorización de las normas; y procedimientos institucionales a expensas de la atención centrada en el sujeto. **Conclusiones:** El contrato de trabajo temporal y la organización burocrática producen un ambiente tenso en el trabajo, lo que no potencializa los esfuerzos del personal de enfermería en prestar una atención centrada al indígena.

Palabras clave: Fuerza de Trabajo; Gestión en Salud; Salud de Poblaciones Indígenas; Brasil.

Corresponding author:

Aridiane Alves Ribeiro.

E-mail: aridianeribeiro@gmail.com

Recebido em 20/02/2017.

Aprovado em 19/07/2017.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0029

INTRODUÇÃO

O contato com a sociedade envolvente ao longo do tempo inseriu os indígenas em um contexto de vida permeado por impactos inter-relacionados, desde os ambientais, culturais até os epidemiológicos.¹⁻³ No Brasil, as sociedades indígenas ainda sofrem as consequências da intervenção histórica de marginalização social, particularmente em relação ao acesso aos aparelhos públicos de saúde.²⁻⁴

A assistência à saúde da população indígena é atravessada por fatores culturais, sociais, históricos, econômicas e políticos. Os trabalhadores de saúde envolvidos no cuidado ao indígena deparam-se constantemente com perspectivas distintas concernentes ao modelo biomédico clássico predominante nas sociedades ocidentais.⁵⁻⁸

Nas instituições de saúde, o cuidado é influenciado por aspectos da organização do processo de trabalho, tais como as tecnologias da saúde (equipamentos materiais e imateriais), tipo de vínculo de trabalho, educação permanente, flexibilização dos direitos trabalhistas e divisão técnica do trabalho.^{9,10}

Considerando que os aspectos da organização do trabalho influenciam sobremaneira a produção do cuidado,^{9,10} indaga-se: Como os aspectos da organização do trabalho influenciam a produção do cuidado de enfermagem em um serviço de saúde indígena, que também é determinado por elementos culturais, sociais e históricos?

O objetivo deste artigo é compreender os elementos constitutivos do processo de trabalho e a produção do cuidado em uma instituição de apoio à saúde indígena.

REVISÃO DA LITERATURA

Saúde indígena no Brasil

As questões que envolviam a saúde indígena começaram a ser utilizadas, não meramente como reclamações por melhorias do perfil sanitário e epidemiológico, mas como ferramentas políticas para inserção dessas comunidades na esfera política nacional, com reivindicações por autonomia e autogestão de ações e recursos.^{3,9,11}

No Brasil, antes da década de 1960, não havia instituição governamental responsável pela atenção à saúde indígena. Mesmo com a criação, em 1967, da Fundação Nacional do Índio - FUNAI - ligada ao Ministério da Justiça, os problemas indígenas de saúde continuaram negligenciados no país. Em 1999, foi criada a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, que prevê no cuidado ao índio, o respeito e a integração dos saberes indígenas no sistema público de saúde brasileiro - Sistema Único de Saúde (SUS).¹¹ Em 2011, foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), dentro da estrutura do Ministério da Saúde, fruto de uma reivindicação antiga dos povos indígenas por uma instituição exclusiva para gestão dos serviços de saúde indígena no Brasil.

A organização da assistência à saúde indígena representa para as populações ameríndias: dignidade humana, direito à sua singularidade e reconhecimento da diversidade étnica como um

valor.^{3,6,11} Além disso, a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena preconiza a atenção diferenciada, que diz respeito à integração da medicina tradicional indígena na produção do cuidado em serviços de saúde ameríndios.⁸

Diferentes estudos mostram, entretanto, que os modos de viver a vida e as práticas tradicionais de saúde não são respeitadas e tampouco integradas no cuidado profissional prestado nas aldeias.^{4,5,8} Desde a criação da Política de Saúde Indígena no Brasil, não foi realizada avaliação geral sobre as variadas formas de cuidado em saúde indígena.^{11,12}

A partir da criação da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, o território indígena brasileiro foi organizado em Distritos Especiais de Saúde Indígena. Foram criados 34 distritos, segundo aspectos demográficos, culturais, sociais e econômicos dos povos indígenas.¹¹ Em cada distrito, o fluxo da assistência inicia-se nas unidades de saúde nas aldeias, onde são preconizadas ações de promoção da saúde. Uma mesma equipe de saúde planeja e implementa ações de saúde em unidades de saúde de diferentes aldeias de uma mesma região.

Quando o nível de complexidade é maior, o indígena enfermo é encaminhado para os serviços de saúde referenciados pelo SUS.¹¹ Nesses casos, o indígena em tratamento/recuperação e seus familiares/acompanhantes são assistidos pela uma Casa de Apoio à Saúde do Índio (CASAI).

Enquanto o indígena está fora do seu local de origem, a Casa de Apoio também é responsável em articular e organizar o atendimento ao indígena no DSEI e nos demais serviços públicos de saúde.¹¹

Tecnologias em saúde

Utilizamos o processo de trabalho como categoria conceitual e analítica para compreensão da produção do cuidado em um serviço de saúde indígena.^{9,10,13} Segundo a ótica do processo de trabalho, o cuidado/trabalho em saúde acontece durante o encontro entre profissionais de saúde e pacientes em um ambiente de trabalho.^{9,13}

No encontro do cuidado, trabalhadores e pacientes/usuários apresentam diferentes concepções e necessidades sobre o processo saúde-doença. Tais aspectos também são determinantes no tipo de atenção prestada nos serviços de saúde.^{10,13} De acordo com essa perspectiva, saúde e doença são entendidos como um processo sociocultural.^{10,13}

O cuidado em saúde é prestado por profissionais por meio de instrumentos materiais (equipamentos tecnológicos) e não materiais (conhecimento - saber tecnológico), bem como ferramentas relacionais.^{9,13} Tais elementos podem ser utilizados para estudar a organização da atenção à saúde indígena no Distrito Especial de Saúde Indígena. No cuidado em saúde, o uso de tecnologia ocorre no interior do processo de trabalho e abrange saberes e instrumentos, bem como a articulação desses elementos pelos atores envolvidos (trabalhadores e usuários).¹³

O rol tecnológico necessário ao trabalho/cuidado de enfermagem pode ser relacionado ao uso de valises, cujo conteúdo corresponde aos tipos de tecnologia proposto por Merhy:¹³

valises da cabeça, da mão e relacionais.¹³ A valise da mão do trabalhador de enfermagem contém ferramentas (estetoscópio, seringa e agulha, termômetro, material para registro, dentre outros) que expressam a tecnologia dura. Na maleta referente à cabeça são guardados, por exemplo, os saberes da clínica, da epidemiologia. Estes são os elementos referentes à tecnologia leve-dura. Na valise das relações, estão as ferramentas correspondentes à tecnologia leve, como, o diálogo, a responsabilização e o vínculo.^{9,13}

O processo de trabalho da atenção à saúde indígena é atravessado pelas concepções particulares dos indígenas sobre seu processo saúde-doença-cuidado que é condicionado além dos fatores biológicos, por determinantes históricos, sociais, econômicos e culturais peculiares.^{9,10,13} O trabalho em saúde também possui forças intrínsecas, destacando-se: as iniquidades sociais, condições de trabalho, segurança no vínculo trabalhista e saúde ocupacional, assim como os diferentes conceitos sobre o processo saúde-doença-cuidado compartilhado pelo profissionais e usuários indígenas.^{4,8,9,13}

A atenção à saúde indígena deve se respaldar em diferentes tipos de saberes, os da saúde coletiva e de outras áreas do conhecimento. Dentre os saberes da saúde coletiva estão a clínica, epidemiologia, planejamento e ciências sociais. E dentre os saberes de outras áreas pode-se citar a antropologia e psicanálise.¹⁴ Contraditoriamente, o contexto de saúde indígena assume delineamentos de um processo de trabalho que pode operar centrado nos recursos ofertados pela tecnologia dura burocrática.¹⁴ É nessa arena, que pode conter forças paradoxais, que o trabalho da enfermagem foi investigado.

MÉTODO

Tipo do estudo e Cenário de Pesquisa

Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, realizado em uma Casa de Apoio à Saúde do Índio, tendo como referencial teórico o processo de trabalho em saúde do campo da Saúde Coletiva.^{9,10,13,14} O cenário da pesquisa foi o Distrito Especial Mato Grosso do Sul.

O mapa a seguir (Figura 1) mostra a localização dos distritos de saúde indígena no Brasil. Como indicado, a área número 19 refere-se ao distrito do Mato Grosso do Sul.¹⁵

Esse distrito tem alta densidade demográfica indígena, lá residem 68.309 distribuídos em 202 aldeias e dez etnias, sendo elas: Atikum, Bororo, Cinta Larga, Guarani, Guarani Kaiowá, Guató, Kadwéu, Kinikinawa, Ofaié, Xavante e Terena.¹⁵

A Casa de Apoio estudada atende diariamente cerca de 40 indígenas e acompanhantes provenientes das dez etnias do DSEI. A equipe de trabalhadores de enfermagem é composta por uma enfermeira e nove técnicos de enfermagem. Todos foram considerados elegíveis para participação na pesquisa.

A assistência de enfermagem é dividida funcionalmente e espacialmente em dois setores: agendamento e posto de enfermagem. A CASAI é responsável por fornecer cuidados assistências ao indígena e apoio com relação ao transporte

Figura 1. Mapa da Distribuição dos Distritos Especiais de Saúde Indígena no Brasil "Adaptado da Secretaria Especial de Saúde Indígena¹⁵".



dos doentes e agendamento de consultas e exames. No setor agendamento, atuam o enfermeiro e o técnico de enfermagem, cuja função é desenvolver as atividades pertinentes ao agendamento de consultas, exames e demais procedimentos. Ambos possuem jornada de trabalho de 40 horas semanais, com folgas aos sábados e domingos. O agendamento funciona somente oito horas diárias, de segunda à sexta-feira.

No posto de enfermagem, trabalham os demais técnicos, responsáveis por prestar assistência direta aos usuários e por direcionar os indígenas dentro da complexa organização dos serviços de saúde referenciados da cidade, bem como o próprio fluxo dentro da CASAI. Eles trabalham em regime de plantão de 12 horas de trabalho por 36 horas de descanso, nos períodos diurno e noturno.

Trabalho de campo

A coleta de dados ocorreu de janeiro a fevereiro de 2012. Procedeu-se observação, entrevistas e análise documental. Realizou-se observação sistemática orientada pelo Fluxograma-Analisador de Merhy,¹³ que é elaborado de maneira usuário-centrada com a finalidade de captar os aspectos do processo de trabalho em saúde e da produção do cuidado.⁹

A pesquisadora principal acompanhou o funcionamento da CASAI nos turnos diurnos e noturnos em diferentes dias da semana, inclusive aos finais de semana e feriados. Empregou diário de campo para o registro das observações dos gestos, hábitos e atitudes dos profissionais. Essas observações foram utilizadas para confirmar ou contrastar informações coletadas nas entrevistas formais.

O roteiro das entrevistas semiestruturadas incluiu as seguintes questões:

O que significa para você trabalhar na CASAI?

Por favor, fale-me sobre sua relação com as pessoas atendidas por você na CASAI?

Você poderia me dizer quais habilidades, conhecimentos e equipamentos são necessários para trabalhar aqui na prestação do cuidado ao indígena?

Por favor, fale-me como é sua relação com seus colegas de trabalho?

Você poderia me descrever a sua rotina de trabalho em um dia comum aqui na CASAI?

Para assegurar o anonimato dos participantes, na identificação das entrevistas optou-se pela adoção da letra inicial da palavra "entrevista" acrescida do numeral ordinal em que as entrevistas ocorreram (E.1, E.2...E.10). O gênero de cada entrevistado também está sinalizado nos depoimentos, usando M para masculino e F para feminino. Devido aos preceitos éticos, não há distinção entre os entrevistados com relação à profissão exercida, enfermeiro ou técnico de enfermagem.

Realizou-se análise documental de registros institucionais pertinentes às normas e regimentos disponíveis na CASAI para colher dados e entender o funcionamento local. Os principais documentos analisados foram: Política de Saúde Indígena e os Relatórios de Gestão do Distrito Especial de Saúde Indígena do Mato Grosso do Sul dos anos de 2009 a 2011.¹⁶⁻¹⁸

Os dados obtidos a partir da análise documental foram utilizados para complementar, confirmar e contrastar as informações no processo de análise dos dados.

Análise dos dados

A análise dos dados foi feita segundo os passos descritos por Thorne:¹⁹

- i) Leitura do material (registros das observações, entrevistas transcritas e documentos institucionais);
- ii) Extração de informações relacionadas ao estudo;
- iii) Definição de pré-categorias de acordo com os objetivos da pesquisa e referencial teórico;
- iv) Inferência, após identificação dos principais significados, a pré-categorias foram transformadas em categorias temáticas.

Para garantir o rigor metodológico em pesquisas com populações indígenas, é importante que o pesquisador tenha uma postura de reflexividade durante todas etapas do estudo. Há diferentes conceitos para reflexividade. O que adotamos neste estudo é um conceito antropológico, que se refere ao impacto/influência que o processo da pesquisa tem no pesquisador e vice-versa.²⁰

Ao longo do trabalho de campo, a pesquisadora principal, seguindo o conceito de reflexividade, teve a possibilidade de refletir sobre ela mesma. Mais do que assumir seus preconceitos, ela pôde reconstruir criticamente várias perspectivas com relação à vida, especialmente, referente à população com quem estava estudando. Essa postura autorreflexiva possibilitou à

pesquisadora limpar suas lentes interpretativas considerando os objetivos do estudo e as questões culturais inerentes ao contexto em estudo.²⁰ A partir desse processo de autorreflexão, a observação do amplo cenário de estudo se tornou mais alinhada aos objetivos do estudo. Esse aspecto também contribuiu para o rigor metodológico.²⁰

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos sob o protocolo N^o 384/2010. Todos entrevistados falavam a língua portuguesa e foram capazes de entender e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Os resultados estão agrupados em três categorias temáticas segundo elementos determinantes do processo de trabalho e do cuidado na CASAI estudada: 1. Vínculos empregatícios; 2. Objetos e ferramentas do processo de trabalho; 3. Produção do cuidado e relações de trabalho.

Antes de apresentar as categorias temáticas, é importante caracterizar os participantes e seus vínculos de trabalho. Todos os dez trabalhadores da equipe de enfermagem participaram do estudo, sendo um enfermeiro e nove técnicos de enfermagem. Os participantes tinham entre 25 e 56 anos de idade. Seis deles eram do sexo feminino, sete eram casados e nove possuíam residência e automóvel próprios. Todos respondentes não eram indígenas.

Somente dois trabalhadores entrevistados receberam alguma informação sobre saúde indígena em seu curso de formação, de enfermagem ou técnico de enfermagem. Somente dois trabalhadores atuaram previamente em outros serviços de assistência ao índio, especificamente em aldeias. Os demais tiveram a primeira experiência em cuidar do indígena na própria CASAI.

Não observamos, entretanto, qualquer programa de capacitação disponível pela instituição aos profissionais. Essa observação é ratificada pela afirmação de todos os participantes que não receberam atividade educativa sobre as populações indígenas e atenção à saúde destes povos desde quando entraram para o quadro de recursos humanos da CASAI.

Os trabalhadores de enfermagem e os indígenas atendidos na CASAI vivenciam estranhamento cultural em alguns momentos do cuidado, como evidenciado nos depoimentos e no trecho do diário de campo:

[...] Tem situações que você entra em atrito com a cultura dos indígenas. Então, tem certo momentos que você não tem o que fazer [...] (E.6, F).

[...] o preconceito a gente já vem com ele, a gente muda com o tempo, com a convivência você muda de ideia [...] (E.7, F).

[...] Em conversa com uma das técnicas, ele disse que os indígenas são diferentes das pessoas não indígenas. Ele disse também que alguns indígenas são limpos e outros são bem sujos, vem com a própria roupa do corpo para a CASAI. Então, nós, não indígenas, precisamos entendê-los e gostar deles, caso contrário não tem como ajudá-los [...] (Diário de Campo).

A baixa capacitação dos profissionais está diretamente ligada às dificuldades em se estabelecer um cuidado comprometido com as necessidades dos indígenas. A importância da educação permanente é reconhecida pelos entrevistados na CASAI.

[...] cada etnia tem a sua forma de vida. É um ritual diferente, é uma religião diferente. Eu acredito que se a gente soubesse mais sobre tais questões, seria bem mais fácil lidar com as diferenças [...] eu acho que, nós, brancos deveríamos sempre estudar sobre as tradições indígenas [...] (E. 10, F)

Os vínculos empregatícios

Outro aspecto determinante do processo de trabalho na instituição é o tipo de vínculo dos trabalhadores. No Brasil, os trabalhadores podem ser contratados por empresas privadas ou instituições públicas, como escolas, universidades e hospitais públicos. O vínculo de trabalho nas instituições públicas, via concurso, oferecem mais estabilidade aos trabalhadores com garantia aos direitos trabalhistas, valorização salarial e segurança no trabalho até a aposentadoria.

Para obter um cargo público, as pessoas precisam passar por competitivos processos seletivos, chamados de concurso. Já os cargos em empresas privadas estão mais suscetíveis às variações do mercado. O trabalhador não possui a mesma estabilidade dos cargos públicos. O empregado pode ser demitido da indústria onde trabalha, por exemplo, devido à uma crise financeira e necessidade de redução gastos.

Embora a CASAI seja uma instituição pertencente a órgão público federal, nove trabalhadores entrevistados possuem vinculação via Organização não governamental, na forma de contrato. Somente um trabalhador é concursado e é justamente o que atua há mais tempo na área de enfermagem da CASAI.

O vínculo de trabalho dos profissionais via instituição não governamental não transmite as mesmas garantias que o vínculo permanente do concursado. Isto torna o ambiente de trabalho inseguro, frente ao "temor" em ser demitido do emprego. O seguinte depoimento e o trecho do diário de campo demonstram tal questão:

[...] Nós, trabalhadores, fazemos tudo em função de regras que colocaram aqui. E a gente não pode fazer muitas coisas diferentes. Eu fico receoso, porque somos contratados [...] (E.9, F).

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

Objetos e ferramentas do processo de trabalho

Os trabalhadores de enfermagem da CASAI consideram como objetos de trabalho os procedimentos pautados nas normas e em procedimentos, como pode ser evidenciado nos seguintes depoimentos:

[...] A primeira coisa que a gente começa a fazer é preparar a medicação das sete da manhã. Administramos a medicação e aferimos os sinais vitais. Após o curativo, começamos a preparar os materiais para poder fazer os próximos curativos [...] (E.2, M).

[...] A partir do momento que eu assumo o plantão verifico se os pacientes estão mesmo dentro da CASAI, vou quarto por quarto, cumprimento, converso com eles. Então começo a preparar medicação e relatórios [...] (E. 10, F).

Outro aspecto do processo de trabalho refere-se às ferramentas utilizadas e à organização do trabalho. Há uma rotina regulada pelo agendamento. Isto é, as atividades dos trabalhadores do posto de enfermagem são parcial e previamente estabelecidas pelo pessoal do agendamento por meio da Agenda do Dia. Esta é uma ferramenta que os trabalhadores do posto de enfermagem utilizam na orientação de suas ações durante o seu plantão, observe os trechos a seguir.

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

[...] O pessoal da enfermagem depois registrar tudo que acontece com o paciente, precisa relatar todos os detalhes novamente em papel para o Setor agendamento [...] (E. 10, F).

O cuidado perde sua potencialidade de atender às necessidades do indígena, pois as determinações das regras e da Agenda do dia engessam o agir dos trabalhadores na interação com os indígenas. Há uma rotina que é previamente estabelecida por outros trabalhadores de enfermagem e que influencia a autogovernabilidade dos atores do cuidado.

Produção do cuidado e relações de trabalho

É importante destacar qual finalidade que os trabalhadores logram ao seu trabalho. Apesar das regras que a equipe de enfermagem precisa seguir, pôde-se depreender nas entrevistas uma finalidade distinta. Para eles, o principal objetivo do seu trabalho é assistir o indígena na CASAI, como pode ser observado nos depoimentos a seguir:

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

[...] O cuidado é um apoio, uma ajuda para o paciente no geral. Eu procuro fazer o melhor pra ajudar os indígenas, a finalidade é ajudar [...] (E.9, F).

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

No tocante, às relações entre os trabalhadores da instituição, conforme os mesmos, a interação é de forma geral positiva, mas com alguns conflitos.

[...] Tem que ser uma aproximação mais de amizade mesmo. Sem cobrar nada. Sem cobrar que ele tá sujando o quarto. E sem muita pressão [...] (E.5, M).

[...] Eu acho que as relações entre a equipe são boas. As dificuldades e problemas existem. Mas, procuramos ter o paciente como foco. Resolver o problema dele [...] (E.7, F).

[...] Mesmo que os trabalhadores tenham que preencher muitos formulários, assim que um indígena os chamam, algum profissional de enfermagem para o que está fazendo e vai auxiliar o indígena [...] (Diário de Campo).

DISCUSSÃO

A atenção à saúde indígena demanda atenção diferenciada dos profissionais de saúde a fim, de prevenir silenciamento e negligência dos problemas de saúde ameríndios.^{5-8,21} As peculiaridades que a atenção à saúde indígena demanda foi tema pouco valorizado no processo de ensino e aprendizagem dos entrevistados.

A CASAI estudada não ofertou algum programa de educação permanente aos seus trabalhadores durante o período de coleta de dados. Esse contexto está na contramão das ideias defendidas por pesquisadores da área,^{5-8,21} e do que é preconizado pela Política Nacional de Saúde Indígena, cujo pressuposto estabelece que o cuidado ao indígena prestado por profissionais deve incorporar as práticas da medicina tradicional nativa.^{8,11}

A operacionalização dos preceitos previstos na Política de Saúde Indígena está vinculada à postura e à prática dos profissionais. Se eles desconhecem a cultura do outro, não saberão como proceder diante da perspectiva multicultural indígena.^{7,8,11,21} Sem conhecimento sobre as diversidades indígenas, o processo de trabalho/cuidado será arena de "choque" de cultura, de estranhamento cultural entre os atores do cuidado - usuários e profissionais.^{2,7,8,11,14}

Os dados evidenciam uma inexistência de aproximação da cultura ameríndia por parte dos trabalhadores não indígenas. Os dados revelam uma sutil construção de conhecimento recíproco,

elaborada nas relações sociais do cotidiano entre os sujeitos envolvidos (trabalhadores e indígenas) no processo de trabalho e do cuidado. Esse aspecto reflete a necessidade dos profissionais não indígenas terem mais familiaridade como a medicina tradicional indígena por meio da educação permanente.

Os participantes deste estudo referiram a necessidade da educação permanente para minimizar seu pouco conhecimento sobre a cultura e a medicina tradicional indígena. Os profissionais de saúde que trabalham no contexto indígena tendem a entender mais facilmente o modo de vida nativo depois de certo tempo atuando nas aldeias.⁷

Todavia, os profissionais que atuam na CASAI não residem em aldeias. Esse fato é um obstáculo para eles conhecerem e compreenderem melhor a realidade, valores e práticas de saúde dos indígenas atendidos na Casa de Apoio. Além disso, indígenas de diferentes etnias são atendidos na instituição, o que dificulta ainda mais aos trabalhadores conhecer e se aproximar da realidade dos indígenas que assistem. Mais iniciativas são necessárias para viabilizar oportunidades de a equipe de enfermagem da CASAI estar em contato os saberes e valores indígenas. Profissionais de diferentes partes do Brasil também mencionaram a falta de educação permanente como um problema na atenção à saúde indígena.^{4,8,11}

Muitos profissionais de saúde que atuam em áreas indígenas de diferentes países são despreparados para perceber a necessidade de uma atuação específica junto a essa população.^{2,11,21,22} Devido à prevalência do modelo biomédico na formação profissional em saúde, muitos trabalhadores não mantêm uma postura aberta para entender e aceitar as estratégias terapêuticas utilizadas pelos indígenas, bem como suas interpretações a respeito do processo de adoecimento e de cura.^{7,21,22} Nesse cenário, a integração das práticas de saúde indígena ao processo de trabalho em saúde se torna um desafio.

A educação permanente nas equipes de saúde é importante na definição dos papéis de cada sujeito nos processos produtivos em saúde, pois favorece aperfeiçoamento das relações sociais do cotidiano de um serviço de saúde.²³ Assim, o cuidado em saúde será produzido e pautado pelos atributos da cultura ameríndia no contexto de trabalho, que é, também, histórico, cultural e sociopolítico.²¹

A produção do cuidado voltado para populações indígenas que reflete as necessidades desses povos deve considerar suas práticas tradicionais de saúde, bem como sua cultura, saberes, rituais e tradições. O apoio institucional é importante nesse sentido, pois pode promover a capacitação para superação do desconhecimento e estranhamento por parte dos profissionais de saúde não indígenas em relação à medicina tradicional ameríndia.^{7,23-25}

O vínculo institucional por contrato temporário interfere no processo de trabalho. A organização burocrática rígida e o contrato temporário geram um clima tenso no ambiente de trabalho da CASAI. Esse contexto é comum à conjuntura de trabalho da Casa de Apoio de São Paulo-SP, Brasil, onde a equipe de saúde se sente insegura e sem poder exercer plenamente suas funções.²⁴ Os profissionais da CASAI trabalham na iminência

de uma possível demissão.²⁴ Por isso, trabalham segundo as regras e conforme é predeterminado pelo setor agendamento, com redução do seu tempo de trabalho para conversar e construir relações de confiança com os usuários.

O temor e a tensão presentes nos depoimentos dos entrevistados refletem sensações de estar impotentes na situação vivenciada. O vínculo frágil dos trabalhadores contribui para alta rotatividade, que é um problema para a garantia da qualidade na assistência à saúde,^{26,27} especialmente a indígena.^{5,11} O sentimento de instabilidade do profissional é uma maneira e/ou consequência de desagregação da proteção social ao trabalho, o que expressa a desregulamentação e precarização do trabalho.^{26,27} O processo de trabalho na CASAI estudada reflete a flexibilização do trabalho maximizada pela forma de contratualização adotada e pelas condições de produção do cuidado.

A imposição de uma lógica mercantil nos serviços de saúde desvaloriza o trabalho por intermédio da maximização do uso da força de trabalho e desproteção social.^{26,28} A partir da transferência da responsabilidade pela atenção em saúde da esfera federal para a municipal em 1993, os municípios se tornaram os principais responsáveis pela contratação de pessoal.²⁷ No entanto, a Lei de Responsabilidade Fiscal brasileira, sancionada em 2000 e balizada pelo ideário neoliberal, parece restringir a autonomia municipal no recrutamento de pessoal.²⁹

Tais elementos associados à desorientação de alguns gestores municipais e a interesses políticos e econômicos influenciaram positivamente o surgimento de contratações vias parcerias com organização não-governamentais e cooperativas.²⁸ Os efeitos desse tipo de contratação são maiores no contexto dos serviços de saúde indígenas, onde as atividades de assistência e gestão são transferidas para o setor privado com pouco ou nenhum controle do Estado.⁴

Tais resultados indicam que, para os serviços de saúde indígena, estatal não é sinônimo de público; o setor privado e sua lógica podem ser predominantes nestes aparelhos estatais.²⁹ A incorporação da lógica da lucratividade do mercado e a desresponsabilização do Estado contribuem para a tecnificação do agir em saúde,²⁷ com pouca valorização das necessidades atores do cuidado (profissionais e indígenas).

Somam-se a esse contexto a burocratização da gestão da assistência e a rigidez da atuação governamental, que culminaram no fracasso de muitas organizações não governamentais.⁴ Tais circunstâncias influenciam diretamente na forma de organização do trabalho em saúde,²⁷ especialmente na CASAI. Por conseguinte, o espaço do cuidado na instituição é permeado por tais forças, que são antagônicas às subjetividades dos sujeitos e ao cuidado holístico.

A imposição à equipe de normas administrativas e padronizações técnicas apontam para a existência de esquemas verticais de poder fundamentada no taylorismo.²⁶⁻²⁹ Pensado por Fred Taylor, esse sistema de organização do trabalho tem como ideia central a otimização do agir do trabalhador, que será mais produtivo se seguir uma linha de produção doutrinada com o mínimo de distração.³⁰

Merhy^{9,13} utiliza o ideário taylorista como exemplo para explicar como o controle intenso do trabalho de uma indústria pode também ser reproduzido em serviços de saúde. Assim como no trabalho taylorista, dependendo de certas regras e políticas burocráticas, o profissional de saúde pode ser conduzido a prestar assistência puramente técnica e biomédica. Dessa forma, há poucas possibilidades para o trabalhador de enfermagem promover cuidado pautado pelas necessidade e valores indígenas.^{9,13}

Os depoimentos apontam uma priorização pelo procedimento técnico, seguido do normativo. Nesses casos, o objeto de trabalho não é o homem. A atenção em saúde da CASAI conforma, sobretudo, relações de intercessão objetual.¹³

A produção do cuidado ocorre nos encontros entre trabalhador e usuário, nessa interação podem ser produzidos dois tipos de cuidado, o partilhado ou o objetual. O primeiro tipo diz respeito ao cuidado em que profissionais e usuários partilham sobre seus desejos e necessidades. O cuidado objetual acontece quando as necessidades do usuário ficam externos ao cuidado,¹³ o cuidado é direcionado somente ao corpo biológico, a patologia do indivíduo. A relação objetual estabelecida na produção do cuidado na CASAI está relacionada à noção de que o objeto de intervenção é composto pela realização de procedimentos técnicos direcionados pelas normas institucionais.⁹

Os atos mecânicos, repetitivos e racionalizados dos trabalhadores de enfermagem configuram o agir em saúde engessado por um processo de trabalho que valoriza normas e procedimentos.^{9,23} A capacidade criativa e a potencialidade do trabalhador não resistem ao desgaste que se é trabalhar em serviços de saúde estruturados que exigem um agir fragmentado.^{23,28}

Concernente às tecnologias em saúde, o trabalhador de enfermagem na CASAI utiliza predominantemente a valise das mãos e da cabeça na produção do cuidado.¹³ O seu objeto de trabalho, os procedimentos, exige saberes estruturados (da técnica, da anatomia), que estão presentes na maleta da cabeça. Ainda na caixa de ferramentas da cabeça dos profissionais, há o saber técnico-organizacional,¹³ que é construído no cotidiano no processo de trabalho. Há também certo conhecimento adquirido sobre a realidade indígena no cotidiano do cuidado na CASAI.⁷

As ferramentas da valise das mãos dos profissionais de enfermagem na CASAI são representadas pelo termômetro, estetoscópio, esfigmomanômetro, material para curativo, material para registro.^{9,13}

Tecnologias leves também são utilizadas no processo de trabalho na CASAI, a valise das tecnologias relacionais. A questão é que o arranjo predominante entre a tecnologia leve-dura e dura existente acarreta, na maioria das vezes, a redução dos trabalhadores à realizadores de procedimentos técnicos.^{9,13}

De acordo com as entrevistas e observações, o principal objetivo do cuidado na CASAI era de ajudar e apoiar os indígenas. No entanto, a burocracia do processo de trabalho sobrepõe os desejos e subjetividades dos trabalhadores. A equipe de enfermagem vislumbra estabelecer uma relação de cuidado para e com os indígenas. Contudo, a potencialidade criativa e a autogovernabilidade dos trabalhadores são limitadas devido à organização institucional burocrática.

Evidenciamos um paradoxo na produção do cuidado na CASAI, a Política Nacional de Saúde Indígena preconiza uma atenção diferenciada. Entretanto, a Casa de Apoio, um órgão diretamente vinculado ao Estado e representante dessa Política, propicia um processo de trabalho que valoriza procedimentos técnicos ao invés das necessidades e valores indígenas.

É preciso buscar modificar a hegemonia centrada em regras e em procedimentos técnicos. A CASAI necessita prover apoio institucional e educação permanente aos trabalhadores de modo a favorecer a habilidade de olhar e ouvir os outros no cuidado, bem como considerar os aspectos culturais, experienciais e sociais que determinam as necessidades de saúde e o processo de adoecimento indígenas.

Limitações

O fato de os indígenas assistidos pela CASAI não serem participantes do estudo por questões éticas consiste em uma limitação deste estudo. A compreensão da produção do cuidado em serviços de saúde indígena também é atravessada pelos indivíduos que recebem o cuidado.

Os achados deste estudo não podem ser generalizados devido à natureza qualitativa da investigação e ao número pequeno de participantes. Entretanto, a credibilidade e validade das categorias encontradas são asseguradas pelo rigor metodológico e interpretativo empregado em todas as fases da pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA

A organização do processo de trabalho impacta a qualidade do cuidado prestado pela equipe de enfermagem no serviço de saúde indígena. Os resultados deste estudo reiteram a noção que vínculos de trabalhos temporários e feitos por meio de organizações não governamentais não garantem a mesma estabilidade que os vínculos de trabalho via concurso no Brasil.

Os contratos de trabalho temporários, via organização não governamental, podem reduzir custos, mas torna o ambiente de trabalho tenso, devido ao medo dos profissionais em serem demitidos. Dessa forma, esse tipo de processo de trabalho não contribui para a produção do cuidado pautado pelas necessidades dos indígenas.

Os achados deste estudo contribuem para a reflexão a respeito da lógica de gestão do processo de trabalho nos serviços de saúde indígena a fim de promover o cuidado holístico e atenção diferenciada. Os achados também contribuem para a literatura da área e discussão sobre políticas públicas e serviços de saúde indígenas com implicações individuais e coletivas para os povos indígenas. Reiteramos a necessidade de mais pesquisas a respeito de processo de trabalho nas Casas de Apoio de contextos de saúde indígena envolvendo a comunidade indígena, trabalhadores e gestores.

AGRADECIMENTOS

À equipe de enfermagem pela atenção, participação e colaboração no desenvolvimento deste estudo e a todos trabalhadores da Casa de Saúde Indígena, que receberam a pesquisadora durante o período de coleta de dados.

REFERÊNCIAS

1. Elias B, Mignone J, Hall M, Hong SP, Hart L, Sareen J. Trauma and suicide behaviour histories among a Canadian indigenous population: An empirical exploration of the potential role of Canada's residential school system. *Soc Sci Med* [Internet]. 2012; [cited 2016 Jul 10]; 74(10):1560-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.01.026>
2. Montenegro RA, Stephens C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *Lancet* [Internet]. 2006 [cited 2016 Jun 10]; 367(9525):1859-69. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16753489>. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)68808-9
3. Babis D. The role of civil society organizations in the institutionalization of indigenous medicine in Bolivia. *Soc Sci Med* [Internet]. 2014; [cited 2016 Jun 10]; 123:287-94. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25043560>. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.07.034
4. Pontes AM, Garnelo L, Rego S. Reflection on moral issues in the relation between Indigenous people and health services. *Rev Bioet*. 2014; 22(2):337-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222015>
5. Ribeiro AA, Fortuna CM, Arantes CIS. Nursing work in an indigenous support institution. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 Jan-Mar; [cited 2016 Nov 14]; 24(1):138-45. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100138. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015002480013>
6. Brant-Castellano M, Reading J. Policy Writing as Dialogue: Drafting and Aboriginal chapter for Canada's Tri-council Policy Statement: Ethical Conduct for Research Involving Humans. *Int Indig Policy J* [Internet]. 2010; [cited 2016 Nov 14]; 1(2):[about 20 screens]. Available from: <http://ir.lib.uwo.ca/iipj/vol1/iss2/1>. DOI: 10.18584/iipj.2010.1.2.1
7. Pereira PPG. Limites, traduções e afetos: profissionais de saúde em contextos indígenas. *Mana* [Internet]. 2012; [cited 2017 Mar 25]; 18(3):[about 20 screens]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132012000300004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-93132012000300004>
8. Pontes ALM, Rego S, Garnelo L. The differentiated care model in the Special Indigenous Health Districts: reflections based on Alto Rio Negro in Amazonia State, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015; [cited 2017 Mar 25]; 20(10):[about 12 screens]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003199. DOI: 10.1590/1413-812320152010.18292014
9. Franco TB, Merhy EE. Cartographies of Work and Healthcare. *Tempus (Brasília)*. [Internet] 2012; [cited 2016 Jul 10]; 6(2):151-63. Available from: <http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1120/1034>
10. Marx K. *O Capital: Crítica da Economia Política: Livro I: o Processo de Produção do Capital*. Tradução de Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo; 2013. 574 p.
11. Diehl EE, Langdon EJ, Dias-Scopel RP. The contribution of indigenous community health workers to special healthcare for Brazilian indigenous peoples. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2012; [cited 2016 Jul 10]; 28(5):819-31. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500002. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500002>

12. Langdon EJ. The dialogues between anthropology and health: contributions to public policies. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2014; [cited 2017 Mar 22]; 19(4):[about 11 screens]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401019. DOI: 10.1590/1413-81232014194.22302013
13. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, orgs. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 1997. p. 71-112.
14. Franco TB. Modelo assistencial para a saúde indígena: DSEI-MG/ES. 2004. [cited 2016 Dec 12]. Available from: <http://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub42.pdf>
15. Ministério da Saúde (BR). Conheça o DSEI. 2011. [cited 2017 Aug 17]. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/70-sesai/9540-conheca-o-dsei>
16. Fundação Nacional da Saúde. Annual Management Report 2008: Special Indigenous Health Districts-Mato Grosso do Sul District. Brazil. Campo Grande: Coordenação Regional de Mato Grosso do Sul; 2009. 20 p.
17. Fundação Nacional da Saúde. Annual Management Report 2009: Special Indigenous Health Districts-Mato Grosso do Sul District. Brazil. Campo Grande: Coordenação Regional de Mato Grosso do Sul; 2010. 25 p.
18. Fundação Nacional da Saúde. Annual Management Report of CASAI (Mato Grosso do Sul District): 2010. Campo Grande: Ministério da Saúde, Secretária Especial de Saúde Indígena; 2011. 22 p.
19. Thorne S. *Interpretative Description*. 2nd ed. New York: Routledge; 2016. 320 p.
20. Emmerich N. For an Ethnomethodology of Healthcare Ethics. *Health Care Anal* [Internet]. 2013; [cited 2016 Oct 27]; 21(4):372-89. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10728-012-0202-7>. DOI: 10.1007/s10728-012-0202-7
21. Kurtz DLM, Turner D, Nyberg J, Moar D. Social Justice and Health Equity: Urban Aboriginal Women's Action for Health Reform. *Int J Health Wellness Soc* [Internet]. 2014; [cited 2016 Oct 27]; 3(4):13-26. Available from: <http://ijw.cgpublisher.com/product/pub.198/prod.155/m.2>
22. Rohatinsky NK, Jahner S. Supporting nurses' transition to rural healthcare environments through mentorship. *Rural Remote Health* [Internet]. 2016; [cited 2016 Oct 27]; 16:3637. Available from: <http://www.rh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=3637>
23. Ceccin RB, Merhy EE. Intense micropolitical and pedagogical action: humanization between ties and perspectives. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2009 [cited 2016 Jun 10]; 13(Suppl 1):531-42. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500006>
24. Gonçalves LJM. Na fronteira das relações de cuidado em saúde indígena. São Paulo: Annablume; 2011. 123 p.
25. Waterworth P, Rosenberg M, Brahan R, Pescud M, Dimmock J. The effect of social support on the health of Indigenous Australians in a metropolitan community. *Soc Sci Med* [Internet]. 2014; [cited 2016 Oct 27]; 119:139-46. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953614005619>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.035>
26. Melo CMM, Carvalho CA, Silva LA, Leal JAL, Santos TA, Santos HS. Nurse workforce in state services with direct management: Revealing precarization. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 Jul-Set; [cited 2016 Jan 15]; 20(3):e20160067. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/en_1414-8145-ean-20-03-20160067.pdf. DOI: 10.5935/1414-8145.20160067
27. Morosini MVGC. Precariousness in the labor market: particularities in the Brazilian health sector. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2016; [cited 2017 Jan 16]; 14(Suppl 1):5-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000400005&lng=en&nr m=iso. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00131>
28. Faria HX, Dalbello-Araujo M. Precariousness of work and care productive process. *Mediações*. 2011;16(1):142-56. DOI: 10.5433/2176-6665.2011v16n1p142
29. Aciole GG. As desventuras de público no país dos privadas. In: Ferla AA, Ramos AS, Leal MSC, orgs. *VER-SUS Brasil: caderno de textos do VER-SUS/Brasil*. Porto Alegre (RS): Rede Unida; 2013. p. 72-84.
30. Mishra A, Agnihotri V, Mahindru DV. Application of Maynard Operation Sequence Technique (M.O.S.T) at Tata Motors and Adithya Automotive Application Pvt Ltd. Lucknow for Enhancement of Productivity - A Case Study. *Global J Res Eng B Automotive Eng* [Internet]. 2014; [cited 2016 Oct 20]; 14(2):[about 8 screens]. Available from: <http://www.engineeringresearch.org/index.php/GJRE/article/viewFile/1058/990>