



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM NO CONTEXTO AMAZÔNICO**

SUANNE COELHO PINHEIRO

**ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA VIVENCIANDO,
NA PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS, A INFLUÊNCIA CULTURAL AMAZÔNICA.**

Belém-Pa

2014

SUANNE COELHO PINHEIRO

**ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA VIVENCIANDO, NA
PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS, A INFLUÊNCIA CULTURAL AMAZÔNICA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – **Área de concentração:** Enfermagem no contexto amazônico.

Orientadora: Dr^a. Jacira Nunes Carvalho
Linha de pesquisa: Políticas de Saúde
no Cuidado de Enfermagem amazônico.

Belém-Pa

2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca do Instituto de Ciências da Saúde – UFPA

Pinheiro, Suanne Coelho.

Enfermeiros da estratégia de saúde da família vivenciando, na prestação dos cuidados, a influência cultural amazônica / Suanne Coelho Pinheiro ; orientadora, Jacira Nunes Carvalho. – 2014

102 p.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Belém, 2014,

1. Enfermagem em Saúde Comunitária. 2. Enfermagem em Saúde Pública. 3. Enfermeiros. 4. Cultura. 5. Amazônia. I. Título.

CDD. 22. ed.: 610.734

SUANNE COELHO PINHEIRO

**ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA VIVENCIANDO, NA
PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS, A INFLUÊNCIA CULTURAL AMAZÔNICA.**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada na sua versão final em 28.03.2014, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Pará, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - área de concentração: **Enfermagem no Contexto Amazônico.**

Dr^a. Marília de Oliveira
Coordenadora do Programa– UFPA

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr^a. Jacira Nunes Carvalho
Presidente – UFPA

Prof. Dr. Raymundo Heraldo Maués
Membro - UFPA

Prof.^a Dr^a. Lucia Hisako Takase Gonçalves
Membro – UFPA

À minha mãe, **Eliede Coelho Teixeira**, presença constante em minha vida, mesmo em meio à distância e à saudade, a quem devo muito do que sou como ser Humano e profissional.

Ao meu grande companheiro, amigo e eterno namorado, **Thiago Viana**. Aquela que se faz presente em todos os momentos de minha vida, com atitudes ímpares que fogem ao senso comum.

A minha mais que orientadora, uma amiga, Prof.^a e Dr.^a **Jacira Nunes de Carvalho**. Aquela com quem aprendi e confirmei que na vida tudo ganha um sentido maior quando tocamos o coração das pessoas.

AGRADECIMENTOS

Fundamentalmente ao meu criador, aquele que me deu fôlego na vida, permitindo minha existência para fazer diferença neste mundo, levando a única verdadeira mensagem, que é a de amor ao próximo com atitudes simples em meu dia-a-dia. O meu muito obrigada por sua presença constante, pelas vitórias a mim concedidas e por conhecer o meu coração como ninguém jamais conhecerá.

A todos aqueles que participaram e apoiaram para que eu pudesse realizar esta concretização de mais um sonho em minha vida:

- ✓ Minha mãe, amiga, companheira, Eliede Coelho Teixeira. Aquela que além de me dar a vida, deu-me grandes exemplos, os quais demonstraram que sempre vale à pena sonhar, acreditar e que nunca será tarde para recomeçar. Muito obrigada por sua vida em minha vida, por suas orações e por toda sua dedicação e amor. Minhas vitórias são suas, pois só nós duas sabemos o quanto lutamos para chegarmos aqui. Amo-te muito Mãe!
- ✓ Ao meu grande e eterno namorado, Thiago Viana. Aquele que lapidou, juntamente comigo, uma história sem igual, que foge aos convencionalismos sociais e nos faz ser felizes pelo simples fato de sermos livres para escolhermos viver a vida intensamente em sua essência de simplicidade. Muito obrigada, por tudo que você é para mim, um homem, companheiro, amigo e, principalmente, pela sua existência e por escolher a mim para compartilhá-la meu amor.
- ✓ Ao meu irmão André Luiz, amigo para qualquer hora. Mesmo em meio à distância por nós imposta pelo corre-corre do dia-a-dia, o amor que nos une é sincero e nutre nossos corações de alegria e incentivo. Obrigada mano!
- ✓ Aos meus avós, Helena Coelho e Luís Domingos, e demais familiares, por tudo que um dia fizeram por mim, minha mãe e irmão. Acolhendo-nos em seus lares e nos dando condições e oportunidade para realizarmos nossas conquistas. Meu eterno obrigado.

- ✓ A minha amada professora e muito mais do que uma orientadora, Prof.^a Jacira Nunes de Carvalho. Você faz parte de uma história que tenho orgulho de contar. De professora na graduação à orientadora no mestrado, é exemplo de ser humano elevado. Títulos para você são apenas uma forma de lembrar que existem pessoas que vão além deles. Mulher humilde, inteligente, sábia. Aquela que realmente sabe que dessa vida não levaremos nada, somente deixaremos (um espelho no qual me vejo). Suas sementes são valiosas e cada vez mais raras em nossa sociedade. Muito obrigada por compartilhar um pedacinho de sua vida e sabedoria comigo.
- ✓ À Sra. Darciléa Batista Viana (e família), uma segunda mãe. Aquela que me acolheu e recebeu no seio de seu lar mostrando que para amar não existem limitações. Muito obrigada pelo seu amor, carinho, confiança e apoio indescritíveis nas horas em que mais precisei. Você é um exemplo de amor sublime.
- ✓ À Sra. Dóris Batista, uma grande amiga. A quem devo minha gratidão pelo carinho verdadeiro e desprezioso. Muito obrigada por seu carinho e orações.
- ✓ À Luana Viana, uma amiga e irmã do coração, minha gratidão pelas dicas valiosas, orientações e exemplo.
- ✓ A minha linda criaturinha do criador princesa (minha cachorrinha), um serzinho a mim enviado para trazer alegria e modificar radicalmente o meu dia-a-dia. Obrigada a você por nos trazer lições que nem mesmo o ser homem, com toda sua sabedoria, por vezes consegue nos ensinar.
- ✓ Aos pacientes e amigos da clínica oncológica (in memoriam), Rosângela Peck, Mário Antunes e Álvaro. Vocês estavam aqui no início de minha jornada e torceram por mim. Gostaria de tê-los aqui para agradecer-los, mas tenham a minha gratidão em tudo o que tentei ainda em vida fazer por vocês. Grandes exemplos de que cada dia é único e que vale a pena vivê-los de forma intensa. Muito obrigada pela passagem de vocês em minha vida!

- ✓ À grande amiga e inspiradora, Prof.^a e Dr^a Rosineide Tavares. Aquela que foi minha orientadora na graduação e grande incentivadora para minha vida profissional! Muito obrigada pelo carinho e incentivos dispensados a mim, obrigada pelo ombro e mão amiga. Esta vitória também devo a você.
- ✓ A Juliene, grande amiga, mesmo que agora na distância, pelo seu carinho, amizade e sinceridade em todos os momentos que precisei. Mais um grande exemplo de um ser evoluído, que nos marca com seu caráter por onde passa, com exemplos cada vez mais raros em nossa sociedade. A você, o meu muito obrigada!
- ✓ À Prof.^a e Dr^a Marília (Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem). Sem o seu incentivo, carinho e grande compreensão teria sido muito difícil continuar a jornada. A você minha eterna gratidão.
- ✓ À Prof.^a e Dr^a Mary Elizabeth, por seu incentivo, apoio e carinho. Você foi uma excelente surpresa e um achado. Muito mais que professora, amiga. Gostaria que soubesse disso. Sou grata a você também, pela simplicidade e sinceridade de seu carinho.
- ✓ À Prof.^a e Dr^a Lucia Takase, por seu grande incentivo nesta jornada final. Seu apoio e exemplo foram inspiradores.
- ✓ Ao Prof. e Dr. Raymundo Heraldo Maués, que mesmo sem saber foi um grande incentivador de minha fascinante e apaixonante jornada rumo à antropologia. Muito obrigada!
- ✓ A algumas colegas do mestrado que demonstraram, em algum dado momento de nosso caminho, o carinho e sincera preocupação para comigo, ajudando-me sem pedir nada em troca, a não ser a amizade sincera, é o caso, em especial, de Lucialba. Muito obrigada por tornar esta jornada mais suave!
- ✓ A todos os professores da Pós-graduação, que nos incentivaram com um conhecimento enriquecedor.
- ✓ Aos colegas do grupo de pesquisa EPOTENA, pelo compartilhamento enriquecedor de saberes.

- ✓ Aos professores e membros da banca, pelas orientações e incentivo. Obrigada!
- ✓ À *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)*, por ter viabilizado por meio do incentivo e apoio financeiro a realização desta pesquisa.
- ✓ A todos os profissionais enfermeiros, ACS e comunidade que me receberam com muito carinho nas unidades e compartilharam comigo experiências incríveis através de suas vivências e relatos. O meu muitíssimo obrigado pela enorme contribuição para realização deste trabalho. Sem vocês este feito seria impossível.
- ✓ Àqueles que estiveram presentes direta ou indiretamente nesta longa caminhada, obrigada!

“O primeiro sinal de ignorância é presumirmos que sabemos”

Baltasar Gracian

ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA VIVENCIANDO NA PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS A INFLUÊNCIA CULTURAL AMAZÔNICA.

AUTORA: SUANNE COELHO PINHEIRO

ORIENTADORA: JACIRA NUNES DE CARVALHO

RESUMO

As ações humanas em saúde estão agregadas a diversas influências que vão além do campo estritamente biológico, elas perpassam pelo social e cultural. O conhecimento popular em saúde da população Amazônica traduz, de maneira peculiar, os significados e os modos de vida deste grupo social. Para esta população, o cenário social em que vivem é marcado por uma história cultural na qual os saberes e práticas populares em saúde se dão a partir da relação sustentável com a natureza. Considerando esse fato, este estudo objetivou compreender como os Enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família vivenciam a influência cultural Amazônica na hora de implementar suas ações em saúde, bem como compreender que significados estes atribuem a esta relação. Optou-se pela pesquisa qualitativa, com enfoque etnográfico. A Etnoenfermagem, criada por Madeleine Leininger, foi o método escolhido e caracterizou-se pela observação participante e entrevista semiestruturada. Participaram do estudo 17, Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, atuantes na região metropolitana de Belém (Benevides) e na Ilha do Combú. O cenário do estudo foram as Unidades de Estratégia de Saúde da Família, das duas regiões. A coleta de dados foi realizada com base no modelo O-P-R (Observação-Participação-Reflexão) e foi realizada no período de junho a dezembro de 2013, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pará, conforme parecer substanciado nº11091513.4.0000.0018. Os dados foram analisados e organizados em temas, examinados detalhadamente e compuseram quatro categorias e duas subcategorias: Ser enfermeiro da ESF no contexto amazônico: oportunidade desafiadora de troca de experiências e promoção de saúde em meio a descobertas; As vivências dos enfermeiros da ESF e o cuidado cultural (A vivência em meio ao uso de ervas, preparados, alimentos e da linguagem; A formação lato sensu e a sua contribuição para a vivência dos enfermeiros da ESF na implementação do cuidado cultural); A relação entre os saberes: saber popular x saber erudito (científico); Os significados da interação entre saúde, cultura e o

cuidado de enfermagem para os enfermeiros. Chegou-se à conclusão de que as ações em saúde na Amazônia estão imbricadas a múltiplos significados culturais (tradições familiares, as relações sociais) que representam núcleos centrais para as conformações do cuidado popular em saúde desta população. O enfermeiro da ESF inserido neste contexto vivencia um cuidado que por vezes é caracterizado por relações de desajustes, quando o profissional não consegue conciliar o cuidado popular com o cuidado científico. Porém, mesmo diante desta realidade, marcada por conflitos velados entre saberes, observou-se que parte destes profissionais se preocupa em contemplar, em suas ações de cuidado em saúde, a cultura da população. Eles encontram na orientação, acomodação, remodelação e na preservação do cuidado popular uma forma de valorizar as práticas culturais de saúde na comunidade. Esta pesquisa permitiu a compreensão que o enfermeiro da ESF ao respeitar e compreender a cultura do outro gera uma aproximação entre saberes (profissionais e populares), promovendo um cuidado culturalmente congruente com as necessidades da população amazônica.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família; Cultura; Enfermagem; Cuidado; Amazônia; Etnoenfermagem.

FAMILY HEALTH STRATEGIES' NURSES EXPERIENCING AMAZON CULTURAL INFLUENCE IN CARING PEOPLE.

**AUTHORESS: SUANNE COELHO PINHEIRO
RESEARCH ADVISOR: JACIRA NUNES DE CARVALHO**

ABSTRACT

The human actions taken about health are combined to several influences that are not only from the biological area but also social and cultural. The popular knowledge about health of the Amazon people is a very peculiar demonstration of meanings and way of life from this social group. To this people, the social scene in which they live is characterized by a cultural history upon which knowledge and popular practices about health come from a sustainable relationship with nature. The study was to understand how “Enfermeiros da Estratégia da Saúde” (Health Strategies’ Nurses) deal with Amazon cultural influences when they act for health, as well as comprehend which meanings they give to this kind of relationship. In order to reach all wanted objectives, we chose doing a quality research with focus on the ethnography. Madeleine Leininger developed the transcultural nursing method, and this is the one we chose, which was made by participating observation and half structured interview. Seventeen Health Strategies’ Nurses participated on the study, and they all work in Belém’s metropolitan region (Benevides) and in Ilha do Combú. The study scene considered the chosen “Estratégias de Saúde da Família” (Family’s Health Strategies). All data were collected from June to December, 2013, just after the approval from the “Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pará” (Research Ethics Committee from the Federal University of Pará) substantiated opinion No.11091513. 4.0000.0018. As results we got four categories and two subcategories: “Being a nurse from the ESF in the Amazon context: a challenger opportunity to share experiences and to forward health among discoveries”; “The experiences that nurses from the ESF live and the cultural prudence (Working next to the herb using, non-professional made medicines, food and language; The Latus Sensus graduation and its contribution to the ESF nurses regarding their cultural prudence in their experiences)”; Relation between two different kinds of knowledge: popular knowledge x erudite knowledge (scientific); Meanings on

the interaction of health, culture and nursing care to the nurses. It is made clear that actions for health taken in Amazon are full of multiple cultural meanings (familiar traditions, social relations) which represent central bases to the conformation of popular care in people's health. A ESF nurse that works into this context lives a kind of caring that may be, sometimes, full of inconsistent relations if he can't conciliate popular nursing with scientific nursing. However, even with this reality of hidden conflicts between two kinds of knowledge, we could note that some of those professionals are intended to incorporate elements from popular culture in their nursing. In orienting, accommodating, rebuilding, and preserving popular nursing, they find a way to value health cultural practices from communities. The research made us understand that when an ESF nurse respect and comprehend a foreign culture, he is connecting professional and popular knowings, providing a nursing which is culturally congruent with Amazon people.

Keywords: Family's Health Strategies; Culture; Nursing; Caring; Amazon; Ethnonursing.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	04
1. INTRODUÇÃO	06
2. BASES CONCEITUAIS	10
2.1. ENFERMAGEM EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA REGIÃO AMAZÔNICA: CONTEXTOS DIVERSOS	10
2.1.1. Cultura: uma relação estreita com a saúde	10
2.1.2. Peculiaridades do contexto sociocultural amazônico	12
2.1.3. Cenários da saúde na Amazônia: A diversidade da medicina popular	15
2.1.4. O papel da enfermagem frente à estratégia saúde da família, inserida no contexto amazônico	16
3. O REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO	19
4. O CAMINHAR ETNOMETODOLÓGICO: A TRAVESSIA (ENTRE ENCANTOS, TEMORES E DESAFIOS)	23
4.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA	23
4.2. CENÁRIOS DA PESQUISA	26
4.2.1. A Estratégia de Saúde da Família da Ilha do Combú	27
4.2.2. A Estratégia de Saúde da Família de Benevides	28
4.3. OS ATORES SOCIAIS DA PESQUISA	30
4.4. ESTRATÉGIAS PARA COLETA E REGISTRO DOS ETNODADOS	31
4.4.1. Observação Participante	32
4.4.2. Entrevista Semiestruturada	34
4.5. ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS ETNODADOS	35
4.6. ASPECTOS ÉTICOS	36
4.7. RISCOS E BENEFÍCIOS	37
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
5.1. CATEGORIA I: SER ENFERMEIRO DA ESF NO CONTEXTO AMAZÔNICO: OPORTUNIDADE DESAFIADORA DE TROCA DE EXPERIÊNCIAS E PROMOÇÃO DE SAÚDE EM MEIO A DESCOBERTAS	37
5.2. CATEGORIA II: AS VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS DA ESF E O CUIDADO CULTURAL	43
5.2.1. A vivência em meio ao uso de ervas, preparados, alimentos e da linguagem	43
5.2.2. A formação lato senso e a sua contribuição para a vivência dos enfermeiros da ESF na implementação do cuidado cultural	54
5.3. CATEGORIA III: A RELAÇÃO ENTRE OS SABERES: SABER POPULAR X SABER ERUDITO (CIENTÍFICO)	60
5.4. CATEGORIA IV: OS SIGNIFICADOS DA INTERAÇÃO ENTRE SAÚDE, CULTURA E O CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA OS ENFERMEIROS	66

6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
	REFERÊNCIAS	75
	APÊNDICES	84
	PARECER DA COMISSÃO DE BIOÉTICA	90

APRESENTAÇÃO

Como pessoa e profissional, o encantamento pela vida humana e pelo consequente estudo das questões da Antropologia aplicadas à saúde, hoje mais especificamente à Enfermagem, sempre desencadearam em minha mente um verdadeiro fascínio. Isso, por sempre tentar entender que o ser humano é uma unidade complexa e singular, na qual não é possível separar os fatores biológicos, psicológicos e culturais para descobrir sua essência. Considero que ele precisa ser compreendido como um ser psicobiológico, sem a divisão meramente cartesiana entre o corpo e a mente.

O interesse pela busca de conhecimento, por temas relacionados aos valores culturais e modos de vida do ser humano, ganhou ares de poesia e intensificou-se ainda mais com o aprofundamento do conhecimento nas literaturas existentes sobre o assunto, ao longo de minha vida. Sempre fui uma observadora, apreciadora da vida e das questões que envolvem a vivência do homem em sociedade, bem como admiradora de seus comportamentos culturalmente adaptativos, em busca de resoluções de questões que envolvam o processo saúde-doença.

Utilizando-me um pouco do relato de minhas memórias, experiências pessoais e profissionais, viso aqui contribuir para a reflexão a respeito das questões que me incentivaram a adentrar no universo da cultura e saúde.

Nascida em Santarém, no Pará, desde muito cedo convivi, no seio de minha família, com questões que sempre envolveram entrelaces e até mesmo alguns embates entre o saber popular e a medicina tradicional. Dentro deste contexto, comecei a desenvolver minhas percepções acerca do assunto.

Por muito tempo morei em interiores, devido meu pai trabalhar em garimpos. Convivi de perto com o uso de ervas, unguentos e demais preparados para curar os males do corpo. Recordo-me que, quando criança, sofria de amigdalite crônica e mesmo fazendo uso de medicamentos farmacêuticos, como a benzetacil, minha avó, por parte de pai, fazia um preparado com andiroba, copaíba e mel, para passar em minha garganta (técnica conhecida como embrocação), no intuito de curar a infecção. Pode não ter curado, até porque anos mais tarde precisei passar por uma cirurgia para

retirar a amígdala, mas recordo-me que a receita, naqueles momentos, aliviavam bastante as reações inflamatórias locais. Tal fato hoje pode ser explicado até mesmo pela medicina, uma vez que já foi comprovado cientificamente o poder anti-inflamatório da andiroba e da copaíba.

Minha mãe conta que esta minha avó usava, em meu umbigo, um botão enfaixado com gaze e esparadrapo embebido no amido de milho no intuito de fazer com que a hérnia umbilical que eu tinha viesse a desaparecer.

Estas e muitas outras histórias, ao longo de minha vida, podem ser empaticamente compartilhadas com quem quer que esteja a ler estas linhas, afinal quem nunca vivenciou uma história parecida em relação a questões culturais em saúde?

Na minha jornada profissional, tive a oportunidade de lidar, na oncologia, com alguns pacientes que, apesar de fazerem uso da quimioterapia como tratamento tradicional, em conversa comigo, revelavam que atribuíam à melhora do quadro clínico o uso de medicamentos naturais, por meio da medicina alternativa, os quais eram repassados de geração em geração.

Histórias como estas e muitas outras vividas por mim e por meus familiares esclarecem o meu particular e despertam interesse por questões que visam compreender a relação entre cultura e saúde. Desta feita, nesta jornada acadêmica, esta temática aprofundou-se ainda mais, acentuando-se com o desenrolar das disciplinas Construção do Conhecimento e Antropologia da Saúde, cursadas no Mestrado em Enfermagem, na Universidade Federal do Pará (UFPA).

Sendo assim, no momento em que estabeleci as devidas relações entre o cuidado em enfermagem, saúde e cultura, amadureci e enriqueci minhas ideias a respeito do assunto, passando a compreender, a partir da visão de Leininger e McFarland (2006), de que a prática profissional da enfermagem se focaliza no fenômeno, nas atividades do cuidado e comportamento humano e suas variações, determinadas pelo processo cultural.

1. INTRODUÇÃO

Neste universo de relações que se perfaz entre a cultura e a enfermagem, o tema a respeito da vivência dos enfermeiros (as) da Estratégia Saúde da Família, na implementação de seus cuidados, e a influência cultural amazônica despertou meu interesse ao observar que em nossa região somos profissionalmente cercados e desafiados por uma realidade de grande diversidade sociocultural, se comparada às demais regiões brasileiras.

Segundo Prado et al. (2007), a região Amazônica representa uma extensa área, com uma diversidade e singularidade ambiental, da fauna, da flora, da cultura e da população, na qual vivem povos indígenas, quilombolas, comunidades ribeirinhas.

Os modelos culturais de uma realidade social precisam ser compreendidos como contribuintes nas concepções sociais que envolvem o processo saúde/doença. As distintas ações de cuidados em saúde estão relacionadas ao contexto sociocultural, o que caracteriza cada momento vivenciado pela população (SIQUEIRA, KM et al., 2008).

Parafraseando o pensamento de Paulo Freire, acreditamos que conhecer uma realidade social é de fundamental importância para transformá-la. Portanto, o presente estudo pode ampliar as formulações teóricas a respeito do assunto, bem como suscitar questionamentos que apontem possíveis novos caminhos para o desenvolvimento de pesquisas na área de enfermagem, que tragam respostas favorecedoras para a melhoria das ações de saúde desenvolvidas na região Amazônica, fortalecendo assim o papel social e político dos enfermeiros(as) que atuam nesta região.

Uma pesquisa em enfermagem que vise compreender as influências culturais no processo saúde-doença, sem dúvida possibilitará um cuidado com olhar mais condizente com as necessidades do indivíduo, inserido no contexto em que vive.

À luz de tudo que foi apresentado, justifica-se a relevância da escolha deste estudo para a enfermagem, ressaltando-se que os enfermeiros (as) que desenvolvem, em suas ações diárias, um cuidado culturalmente sensível à realidade que os cercam serão mais capazes de oferecer uma prática profissional sem choques culturais, conceituada, planejada e operacionalizada, livre da imposição de valores e preconceitos (LEININGER; MC FARLAND, 2006).

Apesar da recente tentativa de fomentar a saúde de uma forma holística e integral, os Programas de Saúde da Família que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil infelizmente ainda atendem a população baseados numa política direcionada e com formato preconizado em um subsistema de saúde, o qual apresenta um conflito na gestão/implementação do atendimento frente às reais necessidades da população.

Silva et al. (2010,p.1116) destacam que “No Brasil vigoram vários modelos de assistência à saúde elaborados verticalizadamente em relação ao indivíduo, propiciando inadequação ao serem implantados sem respeitar as especificidades da população que busca atender”.

Esse fato gera conflitos que têm como pano de fundo a enorme diversidade étnica e cultural existente no Brasil, e em particular na região Amazônica. A vigência desse modelo tende desqualificar outros saberes relacionados aos cuidados com a saúde, e, o que é pior, deixa de lado os condicionantes sociais do processo saúde-doença, bem como a própria subjetividade do usuário (YEPEZ et al., 2009).

Estudos sobre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) apontam para a ausência da população como protagonista nos cuidados da sua saúde (CREVELIM, 2005; FRANCO E MERHY, 2004; MATUMOTO, 2003).

Silva et al. (2010,p.1116) afirmam que a saúde é vista como um direito do cidadão e para existir um sério de saúde faz-se necessário que o mesmo permita a participação da população, pois assim teremos uma interação solidária, essencial para se atingir sua meta social: o bem estar da população.

O desafio crucial que se coloca contemporaneamente para a saúde pública consiste em propor a implementação de programas de saúde “culturalmente sensíveis”, ou seja, programas realmente adaptados ao contexto social no qual vivem as populações às quais estes são destinados e que promovam bem estar ao indivíduo de forma integral. A integralidade pode ser entendida como uma ação social por meio da interação democrática entre sujeitos, reconhecendo os diferentes saberes e dialogando em busca de uma prática de cuidado integral (MATTOS, 2006).

A construção da integralidade como um atributo das políticas e ações de saúde institucionais no SUS prioriza a rede básica como local principal da atenção à saúde, além da responsabilização de uma equipe local multiprofissional de referência pelo cuidado personalizado aos cidadãos (TESSER; LUZ, 2008).

Por conseguinte, fica claro que uma das maiores condições a serem superadas, no tocante às ações integrais de saúde em nossa região, é o incentivo a práticas articuladas aos diversos setores de gestão do estado, sociedade e comunidade que contemplem de fato uma atenção integral fundamentada no respeito às condições político-econômicas e socioculturais da Região Amazônica.

Apesar de toda a realidade apresentada em relação às políticas de saúde verticalizadas de nosso país, Budó e Saupe (2005) nos trazem esperança ao afirmar que o movimento de transformação deste modelo vem se fortalecendo, nas últimas décadas, alavancado por políticas públicas aderidas às necessidades da população, como a Reforma Sanitária, implementada como SUS, bem como sua estratégia mais inovadora, o PSF.

Erdmann et al. (2013) também corroboram com o pensamento de Budó e Saupe (2005) ao afirmarem que, no Brasil, o modelo de atenção à saúde vem sendo continuamente ajustado para o atendimento integral ao usuário, com inclusão e ampliação de serviços.

Nesta linha de pensamento, sendo parte fundamental da Estratégia de Saúde da Família, a Enfermagem precisa identificar e compreender as diversas dimensões do cuidado em distintos contextos culturais (CUNHA et al., 2009).

Enxergar a cultura amazônica como híbrida e respeitá-la nas ações de cuidados em saúde da Estratégia de Saúde da Família, possibilita que sejam cada vez mais articuladas e coerentes com as realidades culturais. Além disso, ressalta-se que é dever do Estado também garantir que os programas de saúde sejam comprometidos com a sociedade e sua cultura. O Estado tem que deixar de ser representado como uma instância determinante do poder que está fora do alcance das pessoas (GASTAL; GUTFREIND, 2007).

Estamos falando de todo um processo que só será possível se houver apoio e articulação entre os entes federados – em relevância quanto às três esferas

governamentais, e uma forte parceria com os profissionais de saúde (dentre eles, a enfermagem) e a população. Prado et al. (2007, p.534) afirmam que:

A parceria estabelecida visa o desenvolvimento de uma Enfermagem voltada para o futuro: contestadora, transgressora de seus próprios limites e dos impostos pelo modelo político e econômico; uma Enfermagem comprometida com as transformações político-estruturais que o cuidado em saúde do povo brasileiro e amazônico, requer e deseja.

Mediante o exposto, revela-se a complexidade da questão em pauta, induzindo a se refletir sobre a necessidade dos enfermeiros que trabalham na Estratégia Saúde da Família compreenderem a importância do respeito às especificidades do contexto cultural Amazônico, no momento da implementação de suas ações de cuidado em saúde.

Considerando-se o contexto das ações de saúde desenvolvidas pelos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em um contexto regional tão multifacetado, algumas indagações emergiram no intuito de fazer **compreender** como estes profissionais **vivenciam** a influência da cultura Amazônica na implementação dos cuidados em saúde, bem como quais **significados** atribuem a estas interações. Logo, estabeleceram-se as seguintes questões de pesquisa:

- Como os Enfermeiros que trabalham na Estratégia Saúde da Família **vivenciam** as influências culturais amazônicas na prestação dos cuidados oferecidos à população? E quais os **significados** que eles atribuem a essas interações?

As reflexões aqui contidas e a compreensão de tais aspectos serão instrumentos definitivos e desafiadores para que a enfermagem possa repensar e remodelar possíveis ações que ainda estejam voltadas a rotinas, protocolos institucionais e governamentais que, muitas vezes, ignoram e desconhecem as reais necessidades socioculturais da população que é atendida, posto que esta é vista de forma descontextualizada do seu ambiente/sistema cultural.

As leituras, debates, estudos e compartilhamento de experiências sobre a cultura e saúde, bem como o contato com novas propostas e modelos de intervenção em saúde voltados aos aspectos culturais, podem auxiliar na compreensão sobre o tema.

A motivação desse estudo é **compreender** como os Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, inseridos no contexto amazônico, **vivenciam** na prestação dos cuidados, a influência da Cultura Amazônica e quais os **significados** atribuídos por eles a essas interações.

1. BASES CONCEITUAIS

2.1. ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA REGIÃO AMAZÔNICA: CONTEXTOS CULTURAIS DIVERSOS

2.1.1. Cultura: uma relação estreita com a saúde

Para compreender melhor a estreita relação da cultura com a saúde faz-se pertinente uma discussão prévia do conceito de cultura, a partir de várias percepções da antropologia. Conceitos e métodos da Antropologia podem nos ajudar a compreender mais ricamente os sujeitos com os quais interagimos, nas e pelas ações de saúde (CUNHA et al., 2009).

Buscamos nesta trajetória, principalmente, uma articulação entre as intervenções de diferentes naturezas para que possamos dar conta das multidimensionalidades do ser humano (AMADIGI, et al., 2009).

A utilização da Antropologia para abordar e ilustrar as situações que envolvem a saúde e a cultura nos permite extrair laços de significação que devem decodificar-se para que os cuidados em saúde sejam sensíveis à cultura. A discussão do ponto de vista da antropologia faz-se necessária, tendo em vista que o processo de viver nos diferentes contextos da vida humana, resulta em diferentes percepções sobre a vida, a sociedade e as práticas/cuidados de saúde (AMADIGI, et al., 2009).

A palavra Antropologia deriva de dois vocábulos gregos: anthropos (homem) e logos (estudo), exprimindo a ideia de “estudo do homem” (CUNHA et al., 2009). Essa ciência tenta proporcionar uma visão integrada do “problema da existência humana” (GONZÁLEZ; DOMINGOS, 2005).

Os pesquisadores da Antropologia preocupam-se em estudar as concepções de saúde-doença, valorizando sempre a diversidade cultural, contribuindo, com isso, para

a construção de um novo paradigma de saúde e doença que vai além dos limites de um modelo estritamente biológico, cartesiano e individual, incluindo processos socioculturais/ coletivos em nossas ações de saúde. Langdon (2009, p.323) corrobora com esta afirmativa ao elucidar que:

A natureza da epistemologia e dos métodos antropológicos é muito diferente da das ciências de saúde, mas a Antropologia tem uma contribuição importante para a construção de um novo paradigma de saúde e doença. Sem descartar os avanços da biomedicina, é necessário ir além dos limites de um modelo estritamente biológico e individual para incluir processos sociais e coletivos.

De acordo com Madeleine Leininger, a definição de cultura se dá a partir dos “valores, crenças, normas e modos de vida apreendidos, partilhados e transmitidos, que orientam o pensamento, decisões e ações, de modo padronizado e frequente entre gerações” (LEININGER; MCFARLAND, 2006, p.16).

Malinowski (1953) considera a cultura como um todo integrado ou global do qual os elementos culturais singulares são as partes constitutivas.

Para Budó e Saupe (2005), a formação cultural influencia muitos aspectos da vida das pessoas, interferindo fortemente na saúde e seu cuidado.

Muito embora a dimensão cultural não seja a única que devemos levar em conta, quando se pensa em cuidados em saúde, precisamos compreender que ela é crucial neste contexto, pois as populações se configuram socialmente por meio dela. Desse modo, podemos considerar que a cultura é a lente pela qual se pode enxergar o modo com o qual o homem vê o mundo (SEEHABER, 2006).

Conforme Helman (2009), a cultura é um conjunto de princípios explícitos e implícitos herdados por indivíduos membros de uma sociedade que mostram a eles como enxergarem o mundo que os cercam, como vivenciá-lo emocionalmente e como se comportar nas relações.

Para Laraia (2003), a cultura se faz dinâmica pela recepção das influências externas, resultantes do contato de um sistema cultural com outro, transformação que pode ser rápida e brusca.

Consoante com o pensar de Oliveira (2002), uma vez que os usuários do sistema de saúde estão imersos em um contexto de significados culturais e de relações, não

podendo ser entendidos fora dele, a discussão dos conceitos teóricos sobre cultura à luz da Antropologia, foi fundamental para a melhor apreensão do contexto cultural da saúde, pois enxergar e compreender o universo cultural do cuidado popular, como uma possibilidade de aprendizado mútuo, é buscar entendê-lo para além dos nossos próprios conhecimentos e saberes. Ceolin (2009, p. 35) assegura que:

O cuidado popular está relacionado ao conhecimento e saber culturalmente aprendido e transmitido, nativo, usado para prover atos de assistência, apoio, captação para outros indivíduos, grupos ou instituição com necessidades de melhorar suas condições de saúde.

Uma vez que a relação do profissional de saúde com o cliente/usuário também é um encontro de culturas, com valores, saberes e fazeres diversos (AMADIGI et.al., 2009), uma postura livre de conceitos pré-estabelecidos contribuirá para que os enfermeiros desenvolvam uma melhor compreensão da imbricada relação que a cultura possui com a saúde e suas implicações para o cuidado em enfermagem culturalmente congruente. Sendo assim, tal compreensão será imprescindível para esses profissionais, principalmente pelo fato de estarem imersos no desafiador e híbrido contexto sociocultural amazônico.

2.1.2. Peculiaridades do contexto sociocultural amazônico

Em um país com tamanhas diversidades regionais, étnicas, culturais e socioeconômicas, a cultura amazônica reúne uma pluralidade de possibilidades, expectativas, experiências, significados e desafios.

A relevância da Amazônia no cenário mundial destaca-se, entre outros temas, por sua dimensão e grande biodiversidade de recursos naturais (SILVA et al., 2005).

Para se entender um pouco mais a respeito da magnitude da Amazônia e sua diversidade cultural faz-se necessário realizarmos um breve percurso por caminhos em meio ao perfil geográfico, ecológico e étnico-cultural da mesma.

Geograficamente, a Floresta amazônica está localizada na Região Norte do Brasil e é cortada pela linha do equador. A Amazônia, com território de

aproximadamente 5,5 milhões de km², constitui a maior floresta tropical do planeta, 60% pertencente ao Brasil, o que estabelece um desafio ao modelo de desenvolvimento local (COMISSÃO TUNDISI, 2001; PORTO, 2001).

Ademais, outra característica marcante deste bioma são as altas temperaturas, até mesmo por sua localização próxima à linha do equador.

A Amazônia é também uma região de riquezas, no que tange à fauna e flora (biodiversidade), riqueza à qual cada vez mais o mundo direciona o seu olhar (RODRIGUES, 2005). A biodiversidade exótica e fascinante da região Amazônica é tão rica que mesmo com toda gama de estudos realizados em prol de desvendar seus mistérios, ainda assim esta reserva muitos segredos desconhecidos à humanidade.

Do ponto de vista étnico-cultural, a região é marcada por fortes traços de miscigenação do índio, do branco e do negro, como em nenhum outro lugar no mundo.

Considerando essa riqueza, vivenciar a cultura amazônica é confrontar-se com a diversidade, com diferentes condições de vidas locais, de saberes, de valores, de práticas sociais, bem como de uma variedade de sujeitos (OLIVEIRA; SANTOS, 2007).

Sua população é singularmente composta pelos ribeirinhos, pescadores, índios, remanescentes de quilombos, citadinos (populações urbanas e periféricas das cidades da Amazônia), dentre outros. Pessoas de diferentes matizes étnicas e religiosas, com diversos valores e modos de vida, em interação com a biodiversidade dos ecossistemas aquáticos e terrestres da região (OLIVEIRA; SANTOS, 2007).

A imensa diversidade cultural da Amazônia mostra valores e saberes populares desafiadores aos profissionais que atuam na região, quando se pensa em promover saúde de maneira integral. A singularidade de uma região não se encontra somente em seus atributos físicos, ou seja, plantas, animais, clima e relevo, mas no saber autóctone, nativo, acerca de seus componentes, único e igualmente importante (CARREIRA, 2002).

O povo amazônico destaca-se por uma cultura popular fortemente influenciada pela cultura indígena. Um folclore rico marcado por suas lendas (o Boto que se transforma em homem bonito, a Cobra-grande); mitos (o Curupira, a Iara, a Matinta Pereira); músicas populares e danças com ritmos contagiantes, que encantam o nosso imaginário e fortalecem as raízes culturais dos habitantes da região. A Amazônia

apresenta uma diversidade de danças tradicionais, resultado da interação dos grupos étnicos que se estabeleceram na Região Norte (JASTES, 2005).

O artesanato é ligado a elementos culturais da região, o qual se revela rico em detalhes indígenas, moldados com matéria-prima natural, como: sementes, fibras, madeiras ou argila. Peças criadas com originalidade e beleza ímpar.

Diante de todo o cenário exposto, não resta dúvidas de que a Amazônia é uma região riquíssima do ponto de vista sociocultural, ambiental e com reconhecimento internacional devido a sua vasta biodiversidade e pluralidade social.

Entretanto, mesmo diante de tantas belezas e encantos, faz-se necessário recordar que a região, infelizmente, é marcada por dicotomias, pois ao mesmo tempo em que vislumbramos uma Amazônia tão rica em biodiversidade e com características socioculturais diversamente peculiares, nos defrontamos com realidades marcadas por graves desigualdades socioeconômicas, as quais se refletem de forma problemática nas mais diversas esferas do viver em sociedade, inclusive no âmbito da saúde.

Para Prado et al.(2007), a região é rica em recursos naturais, mas, ao longo de sua história foi e é explorada por um sistema privilegiador de uma minoria detentora do capital, que deixa a maioria da população empobrecida e sem condições satisfatórias de saúde.

Essas peculiaridades associadas às desigualdades sociais fazem dessa região um desafio que se sobrepõe a qualquer outro referente à manutenção da população brasileira (CUNHA, et al., 2009)

Em suma, a comunidade científica vê na região um grande desafio e responsabilidade na busca por novos projetos e ações que contribuam com o desenvolvimento dela, uma vez que ela possui um vasto celeiro de recursos naturais e socioculturais, importantes para o desenvolvimento de pesquisas presentes e futuras, cujos resultados certamente beneficiarão a humanidade e, conseqüentemente, transformarão o cenário de desigualdades sociais, aqui mais especificamente, o cenário da saúde.

WEIGEL (2001) considera que requerer o desenvolvimento de determinada região representa investir em conhecimento para transformar a realidade.

2.1.3. Cenários da saúde na Amazônia: a diversidade da medicina popular

Do ponto de vista de sua composição cultural, a população amazônica é caracterizada por uma rica sociodiversidade. Existem na região cerca de 200 mil índios, constituindo 81 etnias diferentes, em pleno domínio e uso de suas línguas e culturas específicas (FREIRE, 2008).

Além disso, culturas caboclas, vividas por grupos ribeirinhos que habitam o interior, às margens de rios, lagos e igarapés, constituem também modos de vida amazônicos, representando experiências e conhecimentos sobre formas de coexistência e utilização do meio local (CAVALCANTE; WEIGEL, 2006). O homem amazônida vive em profunda relação de harmonia com a natureza que o cerca (RODRIGUES, 2005).

Oliveira e Santos (2007) afirmam que a diversidade cultural da Amazônia, constituída por suas lendas, culinária, música, saberes imaginários, estende-se aos saberes culturais, e, destes, para o âmbito da saúde por meio do que conhecemos como medicina popular.

Olhar para a realidade distinta dos saberes culturais da saúde amazônica – assunto bastante amplo, complexo e rico, com muitos aspectos a serem trabalhados – é ter o encargo de enxergar com respeito às imbricadas relações que se perfazem entre os saberes da medicina popular e da medicina erudita dos sujeitos que vivem e trabalham na região.

Nos diferentes contextos da região Amazônica, emergem possibilidades de se potencializar a promoção à saúde, incorporada ao saber popular (CUNHA et al., 2009).

Albuquerque (2012, p.197) afirma que o:

Saber popular ou, simplesmente, sabedoria de vida sinaliza, portanto, uma forma singular de inteligibilidade do real fincada na cultura, com a qual determinados grupos reinventam o cotidiano, criam estratégias de sobrevivência, transmitem seus saberes e perpetuam seus valores e tradições.

Nas sociodiversidade amazônica impera o domínio de um saber popular em saúde que se fundamenta nos conhecimentos tradicionais, a partir do uso sustentável de plantas medicinais e em práticas de cura. Frente a isso, podemos afirmar que tais

aspectos influenciam diretamente nas questões socioculturais da saúde popular/coletiva e no âmbito de políticas sociais (FREIRE, 2008).

As questões que envolvem os conhecimentos tradicionais em saúde na Amazônia manifestam particularidades culturais arraigadas ao uso das plantas medicinais. No Brasil, o surgimento de uma medicina popular com uso das plantas, deve-se aos índios, com reconhecidas contribuições dos negros e europeus (COELIN, 2009).

Há também a marcante influência das práticas de cura realizadas pela população, por meio da figura das rezadeiras, curandeiros, parteiras e pajés. Maués (1990) define pajelança como um conjunto de práticas e crenças xamanísticas, que tem em suas expressões culturais diversos elementos da religiosidade indígena, africana e católica, mesclados em graus variáveis.

Nessa região, a herança cultural de sua população está imersa em raízes da cultura indígena, atribuindo à pajelança uma possibilidade capaz de buscar alternativas para solução de problemas que possam interferir no viver saudável (CUNHA et al., 2009).

Na Amazônia, no que se refere à saúde, o que preponderantemente domina a cultura no âmbito popular é o domínio das ervas, bem como as práticas de cura.

A pajelança, como outras medicinas populares da Amazônia e de outras partes do mundo, assume, por meio dos métodos de tratamento do pajé, um caráter holístico, totalizante, que também é condizente com a ideologia dos sujeitos populares que a procuram para tratar-se de seus males físicos e tentar resolver seus conflitos psíquicos, assim como seus problemas nas relações interpessoais (MAUÉS, 1998, p. 80).

Tal aspecto em relação às práticas de cura revela a percepção do próprio corpo em relação a restrições culturais, bem como na manipulação da natureza em estratégias de sobrevivência para sanar as enfermidades (FREIRE, 2008).

Muitas são as questões a serem observadas neste contexto, principalmente para se entender mais profundamente a respeito dos conhecimentos tradicionais da população amazônica sobre o uso de plantas medicinais e práticas de cura, primordialmente no que tange à saúde coletiva/popular.

Para esta população os conhecimentos tradicionais compreendem uma alternativa sustentável à saúde coletiva, de modo a criar modelos de desenvolvimento que de fato partam das necessidades locais e com a participação democrática desses povos da região amazônica (FREIRE, 2008).

No Brasil, a população utiliza-se de diferentes práticas na busca pela saúde. Para isso, recorrem a distintos tipos de medicina: a medicina oficial, a tradicional e a popular (COELIN, 2009). Nesse sentido, conhecer as práticas da medicina popular na região Amazônica nos permite ampliar a visão sobre as singulares realidades que envolvem o contexto da saúde e doença destes povos, considerando toda sua sociodiversidade e complexidade.

Ao nos depararmos com os conhecimentos tradicionais na Amazônia, causa-nos contemplação os cuidados em saúde, a partir de uma visão holística/integral, na qual se compreende uma realidade na qual a cultura é indissociável da saúde. Freire (1979) salienta que exercendo esse cuidado holístico, contribui-se para a construção de uma prática crítica, libertadora e contextualizada, valorizando a culturalidade do indivíduo, família e comunidade.

Cabe ao enfermeiro da Estratégia da Saúde da Família refletir sobre o seu papel de agente de transformação social, para que suas ações em saúde proporcionem um cuidado que respeite e valorize verdadeiramente as particularidades do contexto sociocultural amazônico em que está inserida a população.

2.1.4. O papel da enfermagem frente à Estratégia Saúde da Família inserida no contexto sociocultural amazônico

Inicialmente, como programa, a Estratégia Saúde da Família originou-se com a reformulação das prioridades do Ministério da Saúde em relação à Atenção Primária. Esta foi proposta como caminho para reorganização da atenção à saúde no Brasil, com vistas a tornar efetivo o Sistema Único de Saúde (SUS) (MORETTI, 2009).

A equipe de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família trabalha visando conhecer as famílias do território sob sua abrangência; identificar problemas de saúde e situações de risco da comunidade; exercer planejamento local com base e imerso na realidade que planeja (BRASIL, 2005, p. 10).

Nesse sentido, os usuários dos serviços de saúde sentem-se mais satisfeitos quando os profissionais valorizam e respeitam o seu modo de viver (WELCH e tal., 2000).

No contexto amazônico, a ressignificação das ações de saúde desenvolvidas pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família ganha grande ênfase quando se leva em consideração os valores culturais e saberes populares tão diversificados na região.

Logo, consoante ao pensamento de Cunha et al. (2009), faz-se importante incorporar o cuidado desenvolvido por essa população em seu cotidiano, valorizando o uso de ervas, unguentos, óleos, crenças, vislumbrando ultrapassar os discursos já incorporados e colocar em prática as ações educativas de promoção à saúde amazônica.

Torna-se necessário que a Enfermagem desenvolva um olhar cuidativo à saúde em detrimento da doença, considerando a diversidade cultural. Aos profissionais da enfermagem interessam as políticas públicas, já que trabalham buscando compreender e desenvolver ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população (PRADO e tal., 2007).

De acordo com os aspectos citados, observamos que as ações em saúde, desenvolvidas pelos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família na região Amazônica, devem ser estruturadas e embasadas na interdependência entre as ações de cuidado em saúde e o respeito à cultura das populações envolvidas no processo saúde-doença. Essa ciência, com seu saber e recursos especializados, passa a ser mediadora do encontro entre a população e o conjunto de recursos de que uma sociedade dispõe (informações, serviços, insumos e outros) para promover sua saúde (AYRES et al., 2003).

Ao adotar a Estratégia Saúde da Família – uma formulação que prima pelo atendimento integral, complexo, na multidimensionalidade humana – há necessidade de que os profissionais de enfermagem lidem com determinantes sociais de saúde, articulando a atuação de maneira intersetorial com a realidade adscrita (MORETTI, 2009).

Ao transitar pelo universo da região Amazônica, percebemos que são muitos e múltiplos os desafios para os profissionais de enfermagem da ESF, uma vez que estes vivenciam a realidade de um contexto bastante diverso e peculiar sobre os pontos de vista econômico, político e sociocultural. Dessa forma, o cuidado de enfermagem na região Amazônica significa criar estratégias que possibilitem o desenvolvimento de habilidades pessoais a esta população que vive em condições diferenciadas (CUNHA et al., 2009).

Os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, inseridos neste diversificado contexto, podem buscar estratégias para a reconfiguração de suas ações em saúde, resgatando a cultura para o centro da relação estabelecida entre o usuário e os profissionais na concessão do cuidado. Isso significa que a intervenção deve ser realizada não só no sentido de reconhecer a existência de um sistema profissional e de um sistema popular de saúde, mas também de preservar o cuidado já conhecido pelo cliente, seja acomodando-o ou repadronizando-o (LEININGER, 1985).

A Enfermagem precisa identificar e compreender as diversas dimensões do cuidado em distintos contextos culturais (CUNHA, et.al, 2009).

Elencados tais argumentos, compreendemos que a enfermagem, inserida neste contexto, possui grande responsabilidade para com o desenvolvimento de ações de cuidado em saúde, comprometidas com a pluralidade e diversidade de que se tem tratado.

3. O REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

Quando as realidades socioculturais que envolvem o processo saúde-doença são vistas somente sob o ponto de vista biomédico e cartesiano, elas correm o risco de serem unilaterais, pois muitas vezes são desconsiderados os significados culturais que cada grupo social atribuí à saúde e/ou à doença.

Langdon (2009) afirma que a antropologia não busca invalidar outros conhecimentos, mas relativizá-los, reconhecendo que existem outras maneiras de produzir o conhecimento sobre saúde e doença que não somente por meio da biomedicina.

“A dinâmica e as transformações que vêm ocorrendo na sociedade refletem de maneira significativa no campo da saúde, trazendo novos desafios aos pesquisadores e profissionais da saúde, tanto nos campos epistemológicos quanto metodológicos” (MEIRELLES; ERDMANN, 2006, p.68).

No que diz respeito à dimensão cultural do cuidado de enfermagem, podemos afirmar que, há mais de 50 anos, a profissão tem se preocupado com as diferenças existentes entre as enfermeiras exercendo seu cuidado profissional e os cuidados requeridos pelos clientes (MONTICELLI et al., 2010).

Nesta conjuntura na qual se vislumbra entender a realidade cultural do indivíduo inserido no processo de cuidar, a Etnoenfermagem é utilizada para focar o contexto cultural e de cuidados à saúde de uma cultura específica.

Esse método de pesquisa foi desenvolvido pela teórica, doutora em Antropologia e enfermeira, Madeleine M. Leininger, que com base na antropologia visa desvendar a diversidade e universalidade cultural e obter novos conhecimentos em enfermagem, conforme percebido ou experienciado pelas enfermeiras e indivíduos ou grupos (SEIMA et al., 2011).

A Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger tem sido utilizada como referencial teórico e metodológico em estudos qualitativos, realizados pela enfermagem em diversos países (SILVEIRA et al., 2009).

Este referencial teórico-metodológico tem sido utilizado há aproximadamente trinta anos no Brasil, como fundamentação para a prática assistencial (MONTICELLI et al., 2010). De acordo com Silva (2007), a Teoria do Cuidado Cultural tem sido utilizada com frequência no Brasil nas pesquisas de enfermagem.

Para Leininger (1985), o método da Etnoenfermagem é uma forma poderosa de obter fatos, sentimentos, visões de mundo e outros tipos de dados que revelam o mundo real, verdades e modos de vida das pessoas, permitindo a compreensão de crenças e valores.

Em meados dos anos 70, M. Leininger criou o modelo Sunrise (Figura 21.1) para descrever os elementos essenciais da teoria. Esse modelo simboliza o “nascer do sol” que nada mais é que o cuidar culturalmente sensível. Nessa teoria propõem-se três tipos de cuidar em enfermagem: Preservação e manutenção do cuidado cultural;

Acomodação ou negociação do cuidado cultural e remodelação e/ou reestruturação do cuidar cultural.

Trata-se de uma metodologia, na qual a enfermeira (o), ao interagir com os clientes, em variadas situações assistenciais, deve utilizar ações profissionais, de forma a preservar, negociar ou repadronizar os cuidados, buscando a congruência cultural (LEININGER; MC FARLAND, 2006).

Figura 1 – Modelo de Sunrise (LEININGER & McFARLAND, 2006)



Fonte: LEININGER & McFARLAND, 2006, p.25

Essa teoria apresentada por Leininger (1985a) elucida que existem muitas diversidades no cuidado humano com particularidades discerníveis, as quais explicam, bem como justificam, a necessidade de um cuidado transcultural em enfermagem que se torne congruente e se ajuste às realidades de crenças, valores e, portanto, sejam culturalmente sensíveis às necessidades do usuário inserido na Estratégia Saúde da Família.

Desse modo, ao se usar a Teoria do Cuidado Transcultural, compreendemos o significado das práticas de cuidado específicas de cada cultura e como os fatores

culturais (religião, política, economia, visão de mundo, ambiente, gênero) dentre outros fatores, podem influenciar o cuidado ao ser humano (ORÍÁ et al., 2005).

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), proposta por Madeleine M. Leininger considera que a visão de mundo dos indivíduos e as estruturas sociais e culturais influenciam seu estado de saúde, bem-estar ou doença (SEIMA et al., 2011, p.852).

Os princípios da teoria de Leininger oferecem maior consistência e amplitude às ações de cuidado em enfermagem, visto que o foco dela é abranger o cuidado em famílias, grupos, comunidades e instituições, numa perspectiva cultural e holística. De acordo com Madeleine Leininger, existe um sistema profissional de cuidado e cura que é o sistema organizado, formalmente reconhecido e oferecido pelos profissionais de saúde, e há também o sistema popular, que é o sistema local, no qual se inclui a família (BOEHS, 2002).

Conforme a Teoria do Cuidado Transcultural, as formas de aprendizagem e ensino do cuidado de enfermagem, para com os clientes, diferem entre as culturas e influenciam as decisões da enfermagem profissional (LEININGER, 1985).

Como se defende aqui sobre a possibilidade de se prestar cuidado ao usuário da Estratégia da Saúde da Família, inserido no contexto amazônico, respeitando crenças e valores, compartilhando experiências e percepções, acreditamos que a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural é a que melhor subsidia esta pesquisa.

A teoria pode atuar de maneira eficaz, por suas singulares características, nesta contextualização apresentada, uma vez que a realidade da enfermagem brasileira é campo para implementação da mesma, tendo em vista a grande diversidade regional dos contextos sociais e culturais que suscitam diferentes necessidades, significados e expectativas de cuidado (SEIMA et al., 2011).

De tal modo, o desenvolvimento desta pesquisa, a partir da proposta de Leininger, pode constituir-se numa estratégia a ser utilizada por futuros pesquisadores enfermeiros desejosos em buscar alternativas para se aproximarem do Ser cuidado, reconhecendo e compreendendo as diferenças culturais, tornando com isso possível um cuidado condizente com as reais necessidades do indivíduo e da família.

Em síntese, a utilização do referencial teórico de Leininger torna-se decisiva para a evolução de todo o trabalho, haja vista que a TDUCC permite maior aproximação do profissional e do Ser cuidado, possibilitando conhecer o contexto em que vive e a visão de mundo (BEZERRA; CARDOSO, 2006).

4. O CAMINHAR ETNOMETODOLÓGICO: A TRAVESSIA (ENTRE ENCANTOS, TEMORES E DESAFIOS).

4.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA

Os diferentes métodos de pesquisa são necessários e importantes para atender e possibilitar a realização de investigações em diversas áreas do conhecimento. Os métodos não competem entre si, a natureza do estudo é que determina qual é o método mais indicado (ROSENTHAL, 1989).

Ao se resgatar a questão norteadora deste estudo (Como os Enfermeiros que trabalham na Estratégia Saúde da Família **vivenciam** as influências culturais amazônicas na prestação dos cuidados oferecidos a população? E que **significados** eles atribuem a essas interações?) percebemos a necessidade de trabalhar com os postulados da pesquisa qualitativa, os quais se mostram mais pertinentes aos objetivos desejados. Logo, compreendemos que o referencial qualitativo amplia o esquema explicativo, ao trabalhar com o universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes, abrangendo um espaço mais profundo de relações, processos e fenômenos (MINAYO, 1994).

Além do que, o método qualitativo aplica-se ao “[...] estudo da história, das relações e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2008).

A pesquisa qualitativa consiste numa melhor explicação da realidade, na tentativa de encontrar os princípios subjacentes ao fenômeno estudado e de situar as várias descobertas num contexto mais amplo (LIMA et al., 1996).

Esse tipo de pesquisa proporciona um envolvimento mais direto e profundo com os sujeitos da pesquisa, para que se tente capturar e compreender melhor as experiências e as relações entre os indivíduos e suas realidades cotidianas vivenciadas. É preciso que o pesquisador se desarme de seus pré-conceitos e desenvolva um novo olhar sobre os informantes, não assumindo um conhecimento prévio sobre o que está certo ou errado na cultura destes (Leininger, 2002).

O estudo foi fundamentado nos conceitos de Leininger, por constituírem o marco teórico deste trabalho e norteado pela vertente da metodologia da Etnoenfermagem.

Dentro do contexto de uma pesquisa fundamentada nos postulados antropológicos, fazemos uma analogia pessoal do caminhar metodológico e “A travessia” no intuito de melhor contextualizar a realidade do que significa ser uma pesquisadora da Etnoenfermagem. Para isto, antes de apresentar-lhes a nossa travessia etnometodológica faremos uso do pensamento de Carvalho (2008, p.11):

Alma errante, o antropólogo situa-se sempre entre dois mundos, como Lázaro, morto e ressuscitado, que deixou sua sociedade para mergulhar nas sombras do desconhecido. Ao retornar é um sujeito transformado. Seu olhar é distante e próximo, carrega imagens do que viu lá fora e as redefine para, talvez, compreender seu próprio mundo. Mesmo que não seja situada no pódio das ciências, a Antropologia não pode deixar de contribuir para o alargamento do entendimento humano.

Em meio às travessias para a ilha do Combú, em uma canoa enfrentando as maresias do rio, nos adveio muitos temores e tiveram que ser superados. A travessia se dava durante a semana, às 8 horas da manhã, juntamente com parte da equipe da unidade de saúde. Saíamos de um porto que se situa ao lado do porto da palha, em uma pequena lancha azul. O fato de não saber nadar, aliado a ausência de coletes salva vidas, em um primeiro momento era atemorizante a sensação diante daquela imensa baía do Guajará se comparada à nossa pequenez humana.

Em outro campo de pesquisa, Benevides, realizamos “travessias” todos os dias da semana, no horário de 6 horas e 30 minutos da manhã, em um carro, porém enfrentando não mais as maresias, mas os congestionamentos da urbanidade. Nesta travessia, o que nos acometeu não foi o medo, mas o cansaço, o qual também teve que ser superado.

Ambas as travessias nos recordam o temor que sentimos a primeira vez que aceitamos o desafio de adentrar no universo da ETNOENFERMAGEM. Sentimo-nos em um primeiro momento pequenos, temerosos diante de tanta grandeza e profundidade que a metodologia, criada com maestria por Madeleine Leininger. Mas assim que mergulhamos neste universo fascinante, de uma metodologia que relaciona de forma ímpar a saúde e a cultura, dentro do contexto do cuidar em enfermagem, nos encontramos em tudo o que queríamos para executarmos o desafio de realizar uma pesquisa que visa fazer a diferença no do contexto regional em que estamos inseridos. Esquecemos, portanto o medo e superamos o cansaço.

Na travessia metodológica, não precisamos mergulhar pela Baía do Guajará, mas sim nas belezas, encantos e descobertas da metodologia que se apresentava aos nossos olhos. Não fomos vencidos pelo cansaço, mas enriquecidos pelo persistir em nossa jornada do conhecimento.

Como pesquisadores “etnoenfermeiros” nos sentimos agraciados diante da grandeza e desafio em adentrar neste cenário social, tão repleto de desbravamentos, e ser transformados por ele através do aprendizado. A alma antes errante passa a se encontrar, pois o olhar do pesquisador passa a ser impregnado de seu próprio simbolismo e do significado que sua cultura pessoal e profissional o impregnou (BUDÓ; SAUPE, 2005).

Ainda durante a travessia, aguçamos todos os nossos sentidos em prol de observar para apreender e compreender tudo quanto fosse possível em relação à cultura e saúde. Esquecemos o temor e, diante de tantos fascínios, fomos tomados pelo desafio de realizar uma pesquisa na qual há um forte elo de colaboração entre a antropologia e a enfermagem – Etnografia/Etnoenfermagem – no intuito de construir um conhecimento colaborativo e transformador, como um dia com sábias palavras afirmou Lévi-Strauss:

[...] Nossas pesquisas não têm senão um interesse, que é o de construir modelos cujas propriedades formais sejam, do ponto de vista da comparação e da explicação, redutíveis às propriedades de outros modelos, que dependem, por sua vez, de níveis estratégicos diferentes. Assim, podemos esperar derrubar as barreiras entre as disciplinas vizinhas e promover entre elas uma verdadeira colaboração (LÉVISTRAUSS, 1975, p. 293).

Nas pesquisas em Enfermagem, a etnografia e a Etnoenfermagem são os métodos de pesquisa mais utilizados para a obtenção de dados relacionados à cultura de um grupo (BARUFFI, 2004; MONTICELLI, 2003; BUDÓ, 1999).

O método tem como foco a obtenção de dados a partir da documentação, da descrição e da interpretação da visão de mundo, dos símbolos, dos pensamentos, das experiências de vida dos informantes e de como esses fatores influenciam potencialmente o cuidado de enfermagem (LEININGER, 2006).

A Etnoenfermagem é indicada para estudos que visam investigar práticas relacionadas ao cuidado, à saúde, ao bem-estar, às experiências nos ciclos de vida e às outras áreas que envolvem o fenômeno do cuidado cultural (LEININGER, 2006).

A etnometodologia na enfermagem foi desenvolvida por Madeleine Leininger, com a finalidade de ajudar os pesquisadores a compreender a Teoria do Cuidado Culturalmente Congruente, bem como auxiliar os enfermeiros (as) a melhor entender as realidades culturais que envolvem as concepções, visões de mundo e crenças de um indivíduo e/ou população a cerca do processo saúde e doença.

4.2. CENÁRIOS DA PESQUISA

A presente pesquisa teve como lócus as Estratégias Saúde da Família da Ilha do Combú e de Benevides (região metropolitana de Belém), uma vez que o processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família de ambas se estrutura a partir da delimitação de abrangência do território de atuação, mapeamento das áreas e microáreas a serem trabalhadas.

Em nosso país, a primeira porta de acesso aos serviços de saúde pública é a Estratégia de Saúde da Família, que representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, assegurando a referência e contra referência para os diferentes níveis do sistema (BRASIL, 2005).

Para Minayo (1994), os critérios de seleção de uma amostra devem preocupar-se em definir claramente o grupo social mais relevante para entrevista e privilegiar os sujeitos sociais que detêm os atributos que o pesquisador pretende conhecer, de modo que a escolha do lócus contenha o conjunto de experiências relevantes à investigação

4.2.1. A Estratégia de Saúde da Família da ilha do Combú

Na unidade de saúde, que existe desde 15 de junho de 1999, existe um mapa da ilha, feito em AutoCAD que delimita detalhadamente toda a área, bem como cada item que a compõem, como torres de transmissão, igrejas (apesar de a igreja central, que fica em frente à unidade, ser católica, segundo uma enfermeira, em sua maioria, as igrejas existentes na ilha são evangélicas), escolas (cinco ao todo e regidas pela prefeitura de Belém), restaurantes, trilha (uma trilha criada, em meio à ilha, por uma fábrica de açaí que faz o manejo da fruta), a Unidade de Saúde, campos de futebol,.

Segundo informações da enfermeira, em tempos passados a ilha era regida pelo Acará, município que não se preocupava em sistematizar a saúde, e acabava por empregar a “lei do voto e da concessão”, ou seja, a comunidade só era beneficiada com ações em saúde em troca de votos. Após a ilha passar a ser regida pelo município de Belém, houve uma relativa melhora nesse quadro.

Na unidade, existem todos os programas de saúde: Saúde da Criança (PROAME, Teste do pezinho-realizado na unidade ou na visita domiciliar, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento); Saúde da mulher (Assistência ao pré-natal, puerpério e preventivo); Idosos (HIPERDIA).

No turno da manhã são realizados os atendimentos ambulatoriais e agendamento de grupos etários (crianças, adolescentes, mulheres e idosos). Uma técnica de enfermagem realiza a pré-consulta de enfermagem em todos os pacientes agendados. Verifica dados clínicos como pressão arterial, altura, peso, dentre outros.

É realizada, na unidade, a vacinação itinerante, que consiste na realização de vacina em loco, na casa das famílias. A visita domiciliar é realizada no período da tarde, todas as sextas, em pequeninas canoas motorizadas, chamadas na região de “rabetas”.

Por ser uma região insular, existe uma grande dificuldade geográfica de acesso à unidade de saúde e da equipe aos domicílios, sendo o acesso feito com a utilização de barco, canoas, rabetas, lanchas. Observamos que esta dificuldade também repercute na execução do trabalho dos profissionais, pois, segundo eles mesmos informaram, não há investimento por parte das autoridades na melhoria do transporte aquático da região, tanto para eles, quanto para a população que muitas vezes fica literalmente

“ilhada”, aguardando uma carona. Isso acaba repercutindo de forma negativa no desenrolar do processo saúde-doença.

A equipe da unidade é composta por 01 Técnica de enfermagem, 01 Enfermeira, 01 Médico e 06 ACS. Segundo a enfermeira, os ACS são o elo, a ponte entre a equipe de saúde e a comunidade, são a alma do programa por conhecerem a comunidade, a família, bem como os problemas que envolvem a realidade. “Aqui o paciente nem diz onde ele mora, porque a gente já sabe”, relatou a enfermeira para enfatizar que existe uma proximidade entre a equipe e a população. O ACS atua como elo entre os serviços de saúde e a comunidade, uma vez que está em contato direto com as dificuldades e demandas encontradas nas famílias que acompanha (ERDMANN, 2005).

O atendimento na ilha é subdividido entre os ACS pelas seguintes microáreas:

- MICROÁREA I: Formada pelo igarapé do Combú e um pouco da margem do rio;
- MICROÁREA II: Formada pelo rio Guamá, Furo do São Benedito e ilha do papagaio;
- MICROÁREA III: Formada pela Margem do rio Guamá, Furo da Pá e Igarapé Piritaquara;
- MICROÁREA IV: Formada pela Ilha Grande (é extensa, mas com poucas famílias);
- MICROÁREA V: Formada pela Ilha do Murucutum e Rio Guamá;
- MICROÁREA VI: Formada pelo Rio Bijogó.

4.2.2. A Estratégia de Saúde da Família de Benevides

O Município de Benevides passou a integrar a zona metropolitana de Belém a partir de 19 de outubro de 1995, com a lei nº27. O município acaba por fazer limites com o município de Santa Barbara do Pará (norte); Guamá – Bujaru-Acará – (sul); a oeste com Marituba e Ananindeua; e a leste com Santa Izabel do Pará.

A região de Benevides conta, atualmente, com 12 Unidades de Saúde da Família (USF Benfica Centro, USF Canutama, USF Maguary, USF Médice, USF Murinin I e Murinin II, USF Santa Maria, USF 3 Travessa, USF Piçarreira, USF Bairro das Flores,

USF do Bairro Independente e USF Dumont I e II), dois PACS (PACS de Paricatuba e PACS de Taiassuy) e dois Centros de Saúde (Benevides e Paraíso do Murinin I e II).

Em todas essas unidades são atendidos todos os programas de saúde: Saúde da Criança (PROAME, Teste do pezinho-realizado na unidade ou na visita domiciliar, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento); Saúde da mulher (Assistência ao pré-natal, puerpério e preventivo); Idosos (HIPERDIA). Já em algumas delas, como os centros de saúde e Santos Dumont I e II, há também atendimento odontológico e nutricional.

Em cada unidade é realizado atendimento como: acolhimento, consultas médicas, consultas de enfermagem, vacinação, coleta de PCCU, prevenção do câncer de mama, dispensação de medicamentos e visita domiciliar. Em algumas unidades são também realizadas a consulta odontológica, curativos e outros procedimentos.

Nas Unidades de Saúde da Família de Benevides, os atendimentos também são divididos por microáreas de atuação por ACS, atuantes e moradores da própria região. Cada unidade de saúde também possui um mapa feito em AutoCAD que delimita detalhadamente todas as microáreas de atuação.

Diferentemente da Ilha do Combú, não há em Benevides uma preponderância da dificuldade geográfica de acesso nem nas visitas domiciliares, nem aos pacientes que frequentam a unidade, pois a maioria destes se vale de meios de transportes como bicicletas e motos. Somente em algumas Unidades, como Paraíso do Murinin, as visitas são realizadas à população ribeirinha por meio de lanchas. Assim como na ilha do Combú, é realizada na unidade a vacinação itinerante e a visita domiciliar através de lanchas.

Mesmo em meio a alguns avanços em relação à ilha do Combú, pode-se observar que o município de Benevides, embora não muito longe da capital do estado (cerca de 30 km de distância), apresenta ainda uma infraestrutura básica, em condições precárias em relação ao saneamento básico (rede de esgoto, tratamento de água, dentre outros) que influenciam diretamente na qualidade de saúde da população.

4.3. OS ATORES SOCIAIS DA PESQUISA

Os sujeitos participantes da pesquisa foram enfermeiros (as) que atuam na Estratégia de Saúde da Família na Ilha do Combú e Benevides, por possuírem, estes, papel central em todas as ações desenvolvidas pela equipe Estratégia Saúde da Família.

Esses profissionais desenvolvem seu processo de trabalho em dois campos essenciais: na unidade de saúde, junto à equipe de profissionais, e na comunidade, apoiando e supervisionando o trabalho dos ACS, bem como assistindo às pessoas que necessitam de atenção de enfermagem (BRASIL, 2005).

A equipe de saúde da família deve ser composta, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Cada equipe deve ser responsável pela cobertura de 1.000 famílias (BRASIL, 2006).

Os profissionais das equipes de saúde são responsáveis por sua população adscrita, devendo residir no município onde atuam, trabalhando em regime de dedicação integral (BRASIL, 2005).

O número de atores sociais desta pesquisa contou com 01 enfermeira da Estratégia de Saúde da Família, da ilha do Combú, e 16 enfermeiros de Benevides. Leininger (1991) refere que, na etnografia focalizada, pode-se estudar um fenômeno com um número pequeno de informantes. O que importa neste caso não é o número de informantes, mas sim o significado e a qualidade dos depoimentos.

Cabe ressaltar que a pesquisa em Etnoenfermagem apresenta a característica de apenas prever o número aproximado de sujeitos que possam participar da pesquisa e não delimitá-los previamente (JUNGES, 2010).

É a chamada “saturação dos dados” obtidos no processo de coleta que vai direcionar a necessidade de abranger maior número de sujeitos ou de limitá-los durante o transcurso da pesquisa. Leininger (2006) mostra que a saturação é a evidência de se ter obtido tudo o que pode ser conhecido ou compreendido por um fenômeno sob estudo.

4.4. ESTRATÉGIAS PARA COLETA E REGISTRO DOS ETNODADOS

As pesquisas qualitativas de campo exploram, particularmente, as técnicas de observação e entrevistas, devido à propriedade que estas possuem de permitir aprofundar a complexidade de um problema (RICHARDSON, 1985).

Como estratégia para a coleta de dados, foi utilizado o modelo Observação-Participação-Reflexão (O-P-R) (Leininger, 2006). Neste, existem quatro fases que auxiliam o pesquisador a adentrar, gradualmente, no meio em que os sujeitos estão inseridos, bem como permanecer neste contexto.

Cabe ressaltar que apesar dessa divisão, essas fases se inter-relacionam, em um movimento de ida e vinda. Em todos os estágios, os resultados de pesquisa da análise dos dados podem ser transportados de volta a cada fase e aos dados estabelecidos na Fase I, para confirmar e conferir os resultados em cada fase (LEININGER & MCFARLAND, 2006).

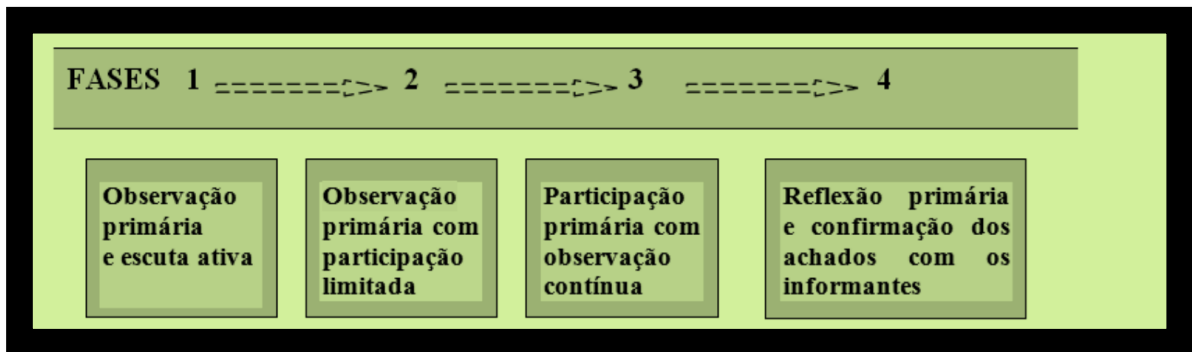


Figura 2. Fases do modelo observação-participação-reflexão da Etnoenfermagem proposto por Leininger, 2006, p.52

Durante as etapas de observação, também foi utilizada a entrevista semiestruturada, uma vez que esta nos permitiu obter um maior número possível de informações sobre o tema em estudo, conforme a visão dos entrevistados, além de nos permitir impetrar em um maior detalhamento do assunto em questão.

Os dados coletados, por meio da observação participante e das entrevistas semiestruturadas, foram em seguida organizados em eixos temáticos que originaram categorias e subcategorias de significados.

4.4.1. A observação participante

Na primeira fase da observação, os sujeitos foram ouvidos de forma a não haver interferência do pesquisador, obtendo-se uma visão ampla das informações para posteriormente detalhá-las. É essencial fazer observações detalhadas e documentadas antes de interagir com os sujeitos, de modo a não influenciar a situação (LEININGER, 1985 b). Neste momento, de primeira fase de observação, aguçamos todos os nossos sentidos em prol de observar para apreender tudo quanto fosse possível em relação à cultura e à saúde.

Logo num primeiro momento, em meio somente às escutas, houve familiarização com as realidades culturais que se faziam presente para os enfermeiros no dia-a-dia de trabalho. Observamos, em um primeiro momento, que estes profissionais se preocupam em respeitar o saber do outro e não promover embates entre a ciência e o saber popular. Fato ratificado mais adiante, nos discursos da maioria destes profissionais.

É na segunda fase da observação, que o pesquisador começa a interagir com os sujeitos e observar suas respostas (LEININGER, 1985 b). Rosa et al. (2003, p. 18) elucidam que “[...] alguns informantes são acompanhados em suas atividades, de modo que o pesquisador permaneça mais tempo com cada participante, possibilitando uma aproximação maior e uma observação detalhada”.

Nesse momento de observação e interação, vivenciamos várias situações nas unidades de saúde da família, tanto da Ilha do Combú como em Benevides. Podemos observar, a partir do desenrolar dos atendimentos, um número considerável de mulheres grávidas e com crianças de colo. Das mulheres que ali estavam três encontravam-se grávidas, muitas com idade inferior a 20 anos, fato que pode demonstrar uma relativa incidência de gravidez precoce em ambas as regiões.

Ainda em uma observação um pouco mais interativa, em uma consulta, um fato interessante se revelou diante de nossos olhos. Uma mãe segurava o filho em seus braços quando ele começou a apresentar soluço. Observamos que esta mãe, de forma bem natural, tirou um fiapinho da fralda, levou-o a sua boca, para fazer uma bolinha e colocar na testa da criança, no intuito de fazer o soluço parar. Ora, quem nunca se viu diante de situação como esta, que desenha muito bem o quanto as questões culturais

que envolvem saúde e doença estão intrinsicamente arraigadas em nossa sociedade, por meio do que conhecemos como senso comum?

Na terceira fase, “[...] o pesquisador torna-se um participante mais ativo, e a observação tende a diminuir porque é difícil observar com frequência todos os aspectos que estão ocorrendo enquanto se compartilha das atividades dos informantes” (LEININGER, 1985).

Para Rosa et al. (2003, p. 18), “[...] a participação direta associada ao prosseguimento da observação, beneficia a aproximação com os sentimentos e com as experiências vividas dos informantes, além de fortalecer as conexões e a relação de confiança”.

Nesta terceira fase, dentre várias situações vivenciadas, destaca-se uma campanha de vacinação na qual se pôde realizar a observação de forma mais participativa.

Nossa equipe ficou responsável pela vacinação das crianças de 0 a 4 anos, na microárea II, que fica à margem do rio Guamá. Ao chegar lá, encontramos todas as mães e seus respectivos filhos à nossa espera. Ficamos, em um primeiro momento, admirados em ver o comprometimento das mesmas em relação à saúde dos filhos, porém as ACS responsáveis pela microárea me informaram que tal fato, muitas vezes, deve-se à necessidade de estarem em dia com o calendário de vacinação de seus filhos, para receber o auxílio do bolsa família oferecido pelo governo. Portanto, segundo elas, infelizmente a maioria das mães não vacina seus filhos por consciência em relação às questões de saúde, mas sim por um comportamento culturalmente arraigado à obrigatoriedade, imposição por parte do governo e necessidade que estas têm em receber o auxílio.

As poucas que levam os seus filhos por consciência da importância da vacinação para a saúde deles também demonstram temor em relação não à vacina em si, mas em relação à dor que o procedimento causa nas crianças, fato que não parece ser impedimento para a realização do mesmo.

Durante a vacinação, foi interessante e ao mesmo tempo inquietador observarmos o quanto ainda há desajustes entre nossas práticas científicas, procedimentos específicos de cuidados em saúde (injeção intramuscular no deltoide,

vasto lateral da coxa, gotinha na boca) e o temor por parte das crianças da comunidade em relação a estes procedimentos que realizamos.

Parece-nos que ao mesmo tempo em que estamos promovendo saúde e prevenção, nos deparamos com a dicotomia de estarmos também promovendo certa agressão psicológica nas crianças, uma vez que a maioria delas se veem extremamente atemorizadas diante da nossa cultura das “agulhas e agulhadas”. Só para se ter uma ideia, algumas crianças chegaram a tomar três injeções com diferentes vacinas, de uma só vez, em menos de cinco minutos.

Isso pode se tratar de uma tortura implícita que nossos saberes em saúde, de certa forma, por vezes – mesmo que por uma questão necessária - impõem a diversas comunidades que possuem as mais diversas formas de manifestação cultural em saúde. Tal fato, mais do que nunca, nos deve fazer repensar no que podemos realizar enquanto profissionais para amenizar esta situação conflituosa. Acreditamos que, neste caso, em específico, o primeiro passo é se trabalhar em prol de uma cultura de humanização das ações em saúde.

A quarta fase é o momento em que o pesquisador fará observações reflexivas, fato que “significa ‘olhar para trás’, analisar o que aconteceu, recapturar a situação e o processo total do que aconteceu”, avaliando as informações encontradas (LEININGER, 1985 b, p. 53).

O diário de campo, como método de documentação, foi utilizado durante todas as etapas da coleta e análise de dados, conforme a abordagem etnográfica de pesquisa para o registro e descrição da realidade das anotações perpetradas em campo. Além disso, possibilitou o registro das perspectivas da pesquisadora (FLICK, 2009).

4.4.2. A entrevista Semiestruturada

Utilizamos a entrevista semiestruturada, já que a partir desta técnica podemos obter dados mais precisos, tratando de assuntos pessoais e aprofundando pontos levantados na observação, admitindo correções, esclarecimentos e a garantia de maior segurança e fidedignidade na coleta dos dados (LEININGER, 1985 b).

O pesquisador encoraja os informantes a contar suas histórias e experiências de vida (LEININGER; McFARLAND, 2006). Na Etnoenfermagem, o pesquisador aproxima-se das ideias sobre os comportamentos e situações observadas e as aprofunda através das respostas obtidas nas entrevistas (JUNGES, 2010).

Assim, “[...] estruturar questões da entrevista ou domínios de tópico ajuda o entrevistado a saber de onde o entrevistador vem ou a situação contextual e seus significados explícitos ou implícitos” (LEININGER, 1985 b, p. 55). Neste diapasão, as entrevistas nos possibilitaram um olhar cuidadoso sobre o próprio relato dos entrevistados.

Como forma de viabilizar o andamento do processo, utilizamos um gravador MP4, pois este recurso, enquanto aparato tecnológico capturou com mais precisão os dados a serem analisados, além de permitir um maior aproveitamento de tempo. No entanto, o uso do diário de campo não foi desprezado, em hipótese alguma.

Ressaltamos que as entrevistas semiestruturadas só foram utilizadas a partir da terceira fase de observação e a apresentação dos dados. As falas dos usuários foram identificadas por meio de pseudônimos (para manter o anonimato), atribuindo-lhes nomes fictícios de plantas regionais.

4.5. ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS ETNODADOS

A análise dos etnodados foi feita “à luz” da Etnoenfermagem, por meio da qual os dados coletados foram analisados comparativa e continuamente em um processo de idas e vindas, nos permitindo a compreensão de significados que foram, por sua vez, derivados da interação social, sob a perspectiva do participante.

Leininger (2006) propõe a análise das informações em quatro fases. A primeira fase constitui-se da coleta, registro detalhado e organização das informações obtidas a partir das observações que foram realizadas em campo. As anotações feitas no diário de campo auxiliaram na concretização de relatórios, com descrições detalhadas dos cenários estudados e das percepções e vivências culturais dos enfermeiros da ESF. A leitura e interpretação desses relatórios foi um passo importante para a elucidação de pontos que foram clarificados nas próximas etapas da coleta de dados.

A narrativa meticulosa dos relatórios produzidos é uma característica marcante na pesquisa etnográfica. O detalhamento rigoroso é essencial na procura pelos critérios da análise qualitativa e mostra como o pesquisador encontrou os critérios de credibilidade, padronização recorrente, confirmação, significado no contexto, e outros critérios do estudo qualitativo (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Na segunda fase, deu-se a organização dos temas que foram compostos por um conjunto de informações relacionadas a um mesmo assunto. A partir destes temas foi identificada uma série de outros tópicos que também estavam inter-relacionados.

A terceira fase distinguiu-se das demais pela análise dos dados obtidos por meio das observações ocorridas nas ESF. Além das entrevistas semiestruturadas, foi neste momento que foram inseridas aos temas as informações obtidas nas entrevistas e nas observações participantes.

Todos os dados originados a partir das entrevistas e organizados de acordo com os temas foram examinados detalhadamente e compuseram as categorias e subcategorias, orientando a discussão dos resultados do estudo.

A quarta fase caracterizou-se como a etapa mais complexa do processo de análise dos dados, por exigir a síntese crítica do pensamento do pesquisador sobre as informações e achados, realizada por meio da releitura de todo o material categorizado. A responsabilidade do pesquisador é abstrair e ratificar os principais temas, resultados de pesquisas, recomendações e, por vezes, estabelecer novas formulações teóricas (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

A coleta dos dados só foi realizada mediante carta de autorização do secretário municipal de saúde de Belém e Benevides (Apêndice A e B) e posterior aceitação de carta convite realizado ao (a) enfermeiro (a), por meio de uma carta da autora, solicitando a colaboração (Apêndice C). Na ocasião dos agendamentos, foi esclarecido o objetivo geral do trabalho e solicitada a posterior participação no estudo.

Aos sujeitos que concordaram em participar deste estudo, foram garantidos o anonimato e o sigilo, atribuindo a estes o nome de plantas e ervas da região.

Garantimos também privacidade e liberdade de desistência do estudo a qualquer momento, como estabelece a nova Resolução n.º466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que trata das pesquisas envolvendo seres humanos.

A participação dos entrevistados foi condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D). As entrevistas semiestruturadas (Apêndice E), gravadas em mp4, com o conhecimento e autorização do entrevistado e com duração livre, sendo preservada a identidade dos profissionais.

O presente estudo foi submetido à análise e aprovação pelo Comitê de Ética do Instituto de Ciências da Saúde e aprovado no dia 04 de Abril de 2013, conforme parecer substanciado nº11091513. 4.0000.0018, do referido comitê.

4.7. RISCOS E BENEFÍCIOS

O presente estudo apresentou uma magnitude mínima em relação aos riscos, pois qualquer dano ou desconforto aos sujeitos da pesquisa pôde ser previsto previamente, sendo minimizado mediante o comprometimento ético da equipe elaboradora da pesquisa.

Como benefícios, o estudo apresentou elevada possibilidade de gerar novos conhecimentos no intuito de fortalecer as ações em saúde e de pesquisa realizadas no cenário amazônico.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO:

5.1. CATEGORIA I: SER ENFERMEIRO DA ESF NO CONTEXTO AMAZÔNICO: OPORTUNIDADE DESAFIADORA DE TROCA DE EXPERIÊNCIAS E PROMOÇÃO DE SAÚDE EM MEIO A DESCOBERTAS

A compreensão das identidades culturais dos enfermeiros que trabalham na ESF é não é tarefa fácil, mas neste contexto de práticas em saúde marcadamente culturais, é necessário resgatar o olhar crítico de Leininger para que se possam compreender as múltiplas facetas que revestem o comportamento humano no processo de cuidar.

Assim, o cuidado de enfermagem, ao valorizar a cultura da população amazônica, promove um **trabalho desafiador**, no qual as estratégias de cuidado suportam orientações advindas tanto do saber profissional quanto do saber popular, uma vez que esta comunidade encontra-se imersa numa relação de sustentabilidade com a natureza. Maués (2011, p. 24) apoia esta proposta ao afirmar que:

Se quisermos, na Amazônia, ou nas várias Amazônias, implantar política de desenvolvimento sustentável, promovendo sua sociedade ou suas diversas sociedades de forma também sustentável, precisamos conhecer, efetivamente, as maneiras pelas quais essa sociedade e suas diversas formas de organização constroem suas múltiplas manifestações culturais, a fim de sermos aptos a propor políticas efetivamente adequadas, que contem com a real participação das populações envolvidas.

Esta primeira categoria, portanto, nos permite compreender que a construção e reconstrução das identidades culturais dos enfermeiros que trabalham na ESF na região amazônica se dão principalmente a partir da **relação de desafio**.

Observamos a partir dos relatos e vivências destes enfermeiros que o fato de trabalharem em uma região que apresenta uma realidade cultural e social tão diversa, como a região amazônica, é um **desafio** que no dia-a-dia de atuação ganha contornos de **oportunidades, descobertas, trocas de experiências e aprendizados**. Notamos então que a relação de **desafio** se configura a partir de vários cenários.

O primeiro cenário configurador do que é “ser enfermeiro da ESF na Amazônia”, para estes atores sociais, é a indubitável certeza de estarem lidando todos os dias com uma realidade cultural diversa, representada pela comunidade com a qual trabalham por meio das mais diferentes maneiras de pensarem e expressarem culturalmente o seu cuidado em saúde.

Para eles, mesmo em meio a tanta diversidade, a proximidade que a ESF oferece os permite ter mais liberdade para estabelecer uma **relação respeitosa** e de **confiança** com o grupo social a quem prestam o cuidado. Nessa relação de respeito ao outro, é preciso considerar o conceito de mutualidade como meio termo ou equilíbrio entre duas posições extremas (SOUZA, et al.,2005).

Esses profissionais demonstraram que sempre procuram refletir acerca dos seus próprios conhecimentos e até mesmo chegam – a partir dessa reflexão – muitas vezes

a incorporar o conhecimento popular da comunidade a respeito de saúde e doença em suas ações, demonstrando com isso que quando se trata da relação entre cultura e saúde o ideal é **respeitar** o conhecimento do outro e estar sempre aberto à **troca de experiências**. Tais fatos transparecem destacados nas falas dos atores sociais transcritas abaixo:

“Ah ser enfermeiro neste contexto regional é um **desafio**, porque agente lida com *varias maneiras de pensar*, inclusive o nosso pensar agente acha que é o certo, mas ai agente se depara com outras formas diferentes e passamos a *respeitar essas várias maneiras culturais de pensar*.” (BABOSA)

“Olha ser enfermeira neste contexto Amazônico, para mim é um **grande desafio** até porque além de eu ser enfermeira daqui eu atuo nas áreas de ilhas e tenho que pegar o barquinho e ir pra lá (...) Esse contexto é uma coisa nova, eu gosto de trabalhar na ESF e para mim é m **desafio**, uma **descoberta**, uma coisa nova como eu te falei, mas que eu estou *aprendendo* a cada dia a cultura desse povo daqui.” (BOLDO)

“Olha é uma **oportunidade** maravilhosa, porque você está *lidando diretamente com as pessoas* é uma área assim que eu gosto muito, eu não me vejo trabalhando dentro do hospital, porque aqui tu estás *diretamente com a comunidade* tu tens mais liberdade, tu vais pra área, tu conheces a realidade de cada um e apesar de não ter a experiência de outros lugares eu acredito que é **diferente e desafiador** trabalhar como enfermeiro da ESF diante dessa diversidade.” (ANDIROBA)

“Eu vejo como uma **oportunidade** muito rica para nós fazermos esta **troca de experiência**, porque realmente é algo que você leva para aquela comunidade e em contrapartida, eu penso, que agente ganha muito mais. Porque a riqueza da cultura amazônica e particularmente lá no Combú, agente vê que na comunidade ela ainda está muito arraigada a essa questão cultural, ainda se vê muito presente isso.” (ERVA VERÔNICA)

Toda a realidade descrita acima pelos enfermeiros da ESF, que atuam no contexto amazônico, a cerca da **aprendizagem e troca de experiências**, pautadas no **respeito** à cultura do outro, é confirmada pelo pensamento de Prado et al. (2007, p.535) quando esta afirma que:

Inserir-se na Amazônia é uma aprendizagem e uma superação o das diversidades, portanto, é um processo de contínua exposição a novos valores e numa condição em que os viventes da realidade regional têm sua própria cultura e esta tem peculiaridades que devem ser respeitadas.

Sabe-se que os profissionais de saúde, no caso em estudo especificamente os enfermeiros (as), carregam consigo as suas próprias concepções, cultura, visões de mundo, as quais são impregnadas de preceitos permeados pelo conhecimento técnico científico aprendido, e que quando este se defronta com o conhecimento tido como popular, muitas vezes é difícil conseguir uma compreensão satisfatória da realidade cultural adscrita, de maneira a se promover cuidado em saúde de forma holística e culturalmente sensível.

Desta feita, Budó e Saupe (2005, p.182) também afirmam que:

O agir profissional, a despeito de quais sejam suas prioridades, deve primar para que as crenças e valores da população sejam respeitados e considerados como fontes de aprendizado mútuo na vivência e integração do conhecimento profissional e popular, rompendo o modelo tradicional de repasse do saber de forma vertical.

Por isso, o aproximar-se com respeito da cultura do outros traz o imprescindível desafio dentro deste contexto diverso da região amazônica. Budó e Saupe (2004) acreditam que integrar os conhecimentos oriundos do saber popular aos do saber profissional é o grande desafio da enfermagem atual.

Integrar saberes dentro da ESF, na região Amazônica, torna-se um desafio que é atenuado pela nova política de saúde proposta pelo SUS, uma vez que o modelo da Estratégia de Saúde da Família, segundo relato dos profissionais, facilita a aproximação entre estes e a comunidade. Bohes (et al.,2007, p.308) corroboram com esta afirmativa ao expressarem que:

Com a Estratégia da Saúde da Família e o foco na atenção básica, os profissionais de saúde, entre os quais o enfermeiro, tendem a se tornar profissionais mais próximos e integrados com os valores culturais de famílias e populações, dentro de um território adstrito e culturalmente definido.

Uma vez em que se fala a respeito de **integrar saberes**, o segundo cenário configurador do que é “ser enfermeiro da ESF na Amazônia” é o **desafio** de se **promover saúde de forma integral**, dentro desta conjuntura de realidade cultural tão distinta.

Os profissionais que trabalham na Amazônia são circundados por uma realidade abalizada por diversidades e dicotomias. Diversidades no que diz respeito ao aspecto ambiental, étnico e cultural. A região amazônica representa uma extensa área continental, com uma diversidade e singularidade ambiental, da fauna e da flora e da população (PRADO et al., 2007).

Contudo, as dicotomias aparecem refletidas quando nos defrontamos com uma Amazônia tão rica em tamanhos aspectos socioculturais e naturais, mas ao mesmo tempo pobre quando assinalada por fortes desigualdades socioeconômicas excludentes da maioria da comunidade, fato que interfere diretamente no desenrolar do processo saúde-doença da população que ali vive.

Um dos grandes desafios do cuidado e da promoção à saúde, principalmente neste contexto (...), é a de mudança nas condições de vida, que se caracterizam por um desenvolvimento econômico excludente, relações injustas e condições de vida iníquas (CUNHA et al., 2009, p.175).

Promover saúde de forma integral e culturalmente congruente, dentro desta conjuntura assinalada por vastas riquezas naturais, singulares características socioculturais e também intensas desigualdades socioeconômicas excludentes, torna-se legitimamente um desafio imperioso para os profissionais que trabalham na região.

Observamos, destarte, que apesar dos desafios latentes encontrados diariamente, os profissionais de saúde mesmos tomam a **educação em saúde** como aliada neste processo. O papel da educação numa perspectiva libertadora é proporcionar o verdadeiro diálogo entre os profissionais de saúde e a população (CUNHA, et al., 2009).

Esse diálogo é realizado por meio de uma **orientação** que visa não desvalorizar os saberes da população, mas sim respeitá-los em prol da promoção de uma saúde qualitativa e equitativa que promova mudanças sociais. Esse discurso é refletido nas aloções dos atores sociais a seguir:

“Eu diria basicamente que ser enfermeiro da ESF neste contexto é **promover saúde de forma desafiadora**, porque a gente ver uma **população muito carente em muitos aspectos sociais** inclusive na questão de educação em saúde mesmo, eles são muito arraigados ao que os pais, as mães, as vós faziam, então você tem que desmitificar, mas **respeitando muito** no que ele acredita.” (COPAÍBA)

“Olha, ser enfermeiro dentro da ESF na Amazônia é ser um ser **desafiador**, eu te diria assim, num primeiro momento em que você tem que lidar com obstáculos pessoais, obstáculos das interculturas das nossas estratégias em **promover saúde**, seja **através da educação** ou da assistência tem esse ar de **desafio** mesmo. Você vem trabalhar sabendo que todo dia eu vou ter que vencer um obstáculo, todo dia eu vou ter uma experiência diferente de vida e profissional. Então eu te diria que é isso mesmo é um ser **desafiador**.” (UNHA DE GATO)

“Então foi na ESF que eu comecei a fazer realmente a **assistência integral** e é algo que nos permite sentir que estamos muito **próximo da família**. A gente vê a possibilidade que a gente tem de ajudar, porque às vezes uma informação, **orientação** que para nós parece banal, mas para eles é algo novo e importante. Então é um trabalho **maravilhoso** e **desafiador** trabalhar na ESF neste contexto amazônico (...). Neste grupo social a gente tem a **possibilidade** de se **aproximar**, de **encaminhar** de **orientar** e através disso vemos muitas vidas mudarem, principalmente **através da educação em saúde**. Mesmo nós sendo limitados, muitas vezes neste contexto é um prazer fazer parte destas **mudanças sociais** com implicações para a saúde. Depois que eu descobri a saúde pública eu fui mais feliz.” (RAÍZ DE AÇAIZEIRO)

“Bom pra mim ser enfermeiro da ESF dentro do contexto Amazônico é **participar da vida dessas pessoas e dessas famílias** em todas as amplitudes inclusive no cultural. É um **desafio!**” (PARIRI)

Para os enfermeiros, participar da vida da comunidade amazônica – representada pelas famílias dentro do contexto da ESF – é **algo novo, desafiador** e repleto de **descobertas**, as quais os permitem promover ações de cuidado em saúde por meio da promoção, prevenção integral e equitativa. O que confirma Moretti (2009) quando diz que as ações da Estratégia Saúde da Família são pautadas no atendimento integral, contínuo, com equidade, pelo desenvolvimento de ações de prevenção e promoção à Saúde.

Uma vez que as ações em saúde são permeadas por diferentes modos de vida e assinaladas por heterogeneidades socioculturais, compreendemos que para estes enfermeiros que atuam na região Amazônica, trabalhar na ESF, nessa conjuntura, é uma oportunidade de **desafiar-se** diariamente em **descobrir** formas de lidar com a cultura do outro de maneira a promover um cuidado em saúde culturalmente sensível e embasado, que se estabelece, sobretudo, por meio do **respeito mútuo** e da **troca de experiências, pela educação em saúde**.

5.2. CATEGORIA II: AS VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS DA ESF E O CUIDADO CULTURAL

5.2.1. A vivência em meio ao uso de ervas, chás, preparados, alimentos e da linguagem

A partir desta subcategoria pretendemos **compreender**, por meio das **experiências** dos enfermeiros que atuam na ESF no contexto amazônico, como eles **vivenciam**, em seu ambiente de trabalho, a híbrida cultura amazônica e a influência desta na implementação de suas ações de cuidado em saúde.

Em muitos relatos das situações vivenciadas em campo por estes enfermeiros, podemos observar que a cultura em saúde do amazônida é intensamente influenciada pelo saber popular, o qual se perpetua através das tradições familiares, experiências de vida adquiridas no grupo social a respeito do uso de ervas, chás e preparados.

Estes saberes são denominados de populares porque são frutos de experiências de vida (trabalho, vivência afetiva, religiosidade, etc.), a partir dos quais o grupo se identifica como tal, troca informações entre si, interpreta a realidade que vive (BRANDÃO, 1985, p.109).

Nas falas narradas abaixo se compreende, a partir das situações vivenciadas pelos enfermeiros da ESF, como estes lidam com essas questões culturais amazônicas na hora de implementar suas ações de cuidado em saúde.

Nos relatos a seguir, observamos que estes profissionais (chamados, a partir de agora, por pseudônimos de plantas) se deparam com pacientes idosos que fazem uso de cascas de árvores, raízes, preparados e até mesmo alimentos regionais (açai), para tratar os males do corpo (grave lesão de hanseníase, hipertensão e diabetes, em prol da recuperação da saúde).

“Nós tínhamos um senhor que ele teve hanseníase e com sequelas tem uma ferida crônica na perna que ele sempre **trata com cascas de árvores** que ele sempre tira (eu não lembro o nome) ele se **trata com essas raízes**, coloca em cima e eu sempre levo minha técnica lá para fazer esse curativo e ele não quer, a gente observa que não tem resultado é só no imaginário dele e a gente tenta convencer que mesmo ele **usando as ervas** dele ele tem que fazer o nosso tratamento, ele tem que vir na unidade. É uma luta, porque ele usa uma botinha

né cheia de meias, tem que tirar pra fazer o curativo e ele não quer tirar, para a gente fazer o curativo direitinho para a gente fazer o nosso curativo, mesmo que o senhor coloque as suas ervas, mas tem que argumentar muito, tem que convencer ele entendeu, porque ele diz que não gosta de médico. Ele briga até com a esposa quando ela nos chama pra ir lá conversar com ele é teimoso.”(CIDREIRA)

“Olha teve um caso de um senhor que é hipertenso, ele estava com a pressão altíssima, porém nós passamos três meses fazendo o tratamento e com a pressão controlada, ai depois desse tempo nós fomos fazer uma nova visita a ele e descobrimos que ele estava novamente com a pressão descontrolada (18 x 90) porque simplesmente ele abandonou o uso dos medicamentos tradicionais para usar um **preparado** que segundo ele curava tudo. Ele dizia que estava bem e que não precisava tomar o nosso medicamento todos os dias insistindo que ele inclusive se sentia melhor com o preparado do que com a medicação tradicional, então até nós explicarmos pra ele que ele podia continuar tomando o preparado dele, mas não deveria parar de tomar o medicamento para controle da pressão. Na outra semana agente foi lá e a pressão dele já estava voltando ao normal, então nós acreditamos que nós conseguimos fazer com que ele parasse de tomar os preparados.” (COPAÍBA)

“Olha uma paciente idosa tem diabetes é hipertensa e uma amiga ensinou pra ela **tomar açai azedo** que era bom pra curar a diabetes. Ai o que eu falei pra ela: Bom não desestimulando a fazer essa terapia, mas não deixe de tomar o nosso remédio também, até porque a diabetes e a hipertensão não tem cura, elas tem controle então pra gente viver bem com elas a agente precisa de três coisas, é um tripé: Alimentação adequada, medicamento na hora certa e a atividade física. Se eu falhar em algum eu vou influenciar nos outros dois. Eu sempre faço isso com meus pacientes quando eu percebo essa dúvida em relação a diabetes e hipertensão eu explico. Ela foi com esse pensamento.” (BOLDO)

São claramente observados, nesse contexto vivenciado pelos enfermeiros (as), Cidreira, Copaíba e Boldo, **desajustamentos** entre suas ações em saúde e as concepções culturais do idoso que faz uso do saber popular em busca de sua cura. Tais desajustes ficam bem evidenciados em expressões como: “(...) é só no imaginário dele (...); “(...) é uma luta (...); “(...) ele é teimoso”; “(...) segundo ele (...); “(...) não desestimulando a fazer essa terapia(...)”.

Nessa vivência, quando os enfermeiros (as) Cidreira e Copaíba fazem uso das expressões “imaginário” e “segundo ele”, estão se referindo ao **conhecimento popular**, o qual muitas vezes acaba sendo distinguido como um conhecimento de pouco ou nenhum valor, pois advém do empirismo, ou daquilo que ainda não tem comprovação científica.

Segundo Budó e Saupe (2004, p.166):

“o saber popular é negado e imposto um conhecimento e prescrição fundamentados no modelo técnico-científico, próprio da academia, e que, ainda hoje, é centrado na doença, no modelo biomédico, embora alguns avanços estejam acontecendo, principalmente frente aos trabalhos oriundos de pesquisas, dissertações e teses dos programas de pós-graduação das Instituições de Ensino Superior (IES).”

Ainda na vivência desses enfermeiros (as), observamos que o envolvimento entre o cuidado popular e o cuidado profissional se dá a partir de uma relação permeada por uma velada **desconfiança** entre saberes. Isso, normalmente ocorre porque, de maneira geral, os profissionais não reconhecem que o usuário/cliente possui um conhecimento sobre o seu problema de saúde (AMADIGI et al.,2009).

A **desconfiança** entre conhecimentos é revelada a partir de expressões que se interligam anteriormente com a situação de **desajuste** entre as ações de saúde e o cuidado popular: “(...) é uma a luta para gente fazer nosso curativo (...)”; “(...) a gente observa que não tem resultado(...)”; “(...) não deixe de tomar o nosso remédio também(...)”.

Esse recorte é essencial para trazer à luz a compreensão de que, muito embora ainda encontre-se na prática situações de **desajustes** e **relações conflituosas** no quesito saúde e cultura, a enfermagem, atualmente, vivencia um novo paradigma em relação ao cuidado culturalmente congruente. Fato este observado com o crescimento daquilo que emergiu como sendo o cuidado de enfermagem, numa visão mais ampla e integrada (BUDÓ; SAUPE, 2004).

Assim posto, mesmo diante de uma vivência veladamente **conflituosa** em alguns aspectos, observamos que os enfermeiros da ESF ainda tentam fortalecer suas relações de **vínculo** e **confiança** com a comunidade em suas ações de cuidado por meio da **conversa** e do **diálogo**, para assim **superar diferenças** ao se perpetrar a **educação em saúde**, como retratam as expressões a seguir: “argumentar”, “nós explicamos”, “(...) sempre faço isso com meus pacientes quando eu percebo essa dúvida (...) eu explico (...)”.

Dentro deste contexto de cuidado em saúde, desenvolvido por meio da educação, Budó e Saupe (2004, p.166) afirmam que: “[...] o cuidado envolve todo um conjunto de práticas, entre as quais a educação é um de seus elementos fundamentais.

Cuidar passa a ser muito mais do que fazer, ajudar ou orientar dentro do nosso saber acadêmico.”

Seja por meio da educação ou de outras estratégias, ao **superar as diferenças** e **mediar** essa relação veladamente conflituosa, o enfermeiro passa a conquistar a confiança da comunidade, facilitando o processo de comunicação e a implementação dos cuidados. Com essa postura de mediador/promotor da interação serviços-usuários-trabalhadores de saúde, esse profissional tem conquistado a confiança da comunidade e estabelecido uma melhor comunicação (MORETTO, 2000).

Outro fator importante revelado nos discursos dos enfermeiros e até mesmo presente na fala e nas condutas da própria população é que para estes as questões de saúde são desenvolvidas a partir da **relação de dependência subsistente** entre a população e a natureza, pois os povos se apropriam dela (chá de alho, chá da mandioqueira, ervas, casca de árvores, raízes, açai etc.) para tratar os males do corpo, no intuito de promover saúde. Tal relação deve-se ao fato de a população local da região amazônica encontrar na natureza uma forma de subsistência, inclusive no âmbito da saúde. Cunha (et al., 2009,p. 173) ratifica esta realidade descrita:

Grande parte da população ainda vive da agricultura de subsistência e em precárias condições de educação e saúde, situação que demanda ações de promoção da saúde para o cuidado e melhoria da qualidade de vida, respeitando as características regionais, pois, embora tenha contato com pessoas de outras regiões, o povo da Amazônia ainda conserva peculiaridades culturais que podem ser consideradas como distintas.

Há uma construção cultural própria da Amazônia, que é influenciada, em grande parte, por essa mesma natureza, no que se deve considerar, também, as particularidades locais (MAUÉS, 2007).

Esse aspecto interfere diretamente nas implementações das ações de cuidado em saúde dos enfermeiros da ESF, pois muitas vezes o usuário de saúde prefere utilizar-se de recursos naturais para tratar uma determinada doença ao invés de fazer uso dos medicamentos da indústria farmacêutica e isto leva o profissional a se posicionar de maneira contrária ao uso dos “remédios naturais”, como observado na fala do (a) enfermeiro (a) Copaíba:“(...) conseguimos fazer com que ele parasse de tomar os preparados (...)”.

Porém, no momento em que o enfermeiro observa e reconhece a forte influência dos saberes tradicionais no cuidado em saúde, ocorre uma **modificação na sua postura** em relação ao uso de ervas, preparados, dentre outros, pois passa a reconhecer que a população utiliza-se da natureza para tratar seus males, fundamentada em um saber culturalmente consolidado ao longo de todo um processo histórico. Segundo Oliveira (2008), as relações que estas comunidades estabelecem com a natureza são resultado de saberes tradicionais e processos histórico-culturais.

Nos relatos dos (a) enfermeiros (a) Raiz de Açaizeiro, Cidreira e Copaíba, quando os mesmos se utilizam respectivamente das expressões “mães e vós”, “lá em casa todo mundo usava chás (minha mãe, vó)”, “já tenho de família” e “através de um conhecimento que vem sendo passado de geração em geração” fica bem evidente que eles reconhecem que os saberes tradicionais são realmente oriundos de relações históricas e fundamentados nas relações familiares. Há percepção individual e particular sobre a doença, além da resposta a essa situação com base em suas experiências subjetivas e nas da família (AMADIGI et al., 2009).

A família é um sistema no qual se conjugam valores, crenças, conhecimentos e práticas, formando um modelo explicativo de saúde-doença, por meio do qual a família desenvolve sua dinâmica de funcionamento, promovendo a saúde, prevenindo e tratando a doença de seus membros (ELSEN, 2004).

É de geração em geração que reconhecemos as tradições familiares ancoradas, às vezes, nos mais rígidos e inflexíveis hábitos e atitudes do cotidiano, garantindo a sobrevivência do grupo em meio às transformações sociais e econômicas da sociedade (VENDRUSCOLO, 2004, p.16).

A partir da compreensão cultural do enfermeiro da ESF, a respeito da influência das **tradições familiares** no processo saúde doença, este profissional passa a **conciliar** os saberes populares e eruditos por meio, principalmente, da **orientação**, no intuito de **promover um cuidado em saúde** fundamentado na **integralidade**.

Ao vivenciarem experiências particulares, os profissionais buscam construir um corpo de conhecimentos que lhes sejam próprios e sejam importantes para fundamentar a prática do cuidado (OLIVEIRA et al., 2009, p.109).

Muitos desses profissionais relatam de suas vivências, que além de **respeitar** o conhecimento popular (reconhecendo que este já tem o reconhecimento científico em relação ao uso de algumas ervas e plantas), **orientar** e **incentivar** o uso de componentes da própria medicina popular, **incorporam** parte deste conhecimento chegando até mesmo a trocar receitas de “remédios naturais” com os usuários durante as consultas, como será verificado nos relatos abaixo.

“Tem as mães que dão **chá** para as criancinhas recém-nascidas, ai a gente avisa e orienta no Pré-natal que até os seis meses se a criança esta saudável ela não necessita de mais nada é só a amamentação exclusiva, mas elas tem aquela ideia de dar **chá** para a criança ai dá aquela chucha cheia de chá de hortelã, erva doce para a criança. Ai elas dizem: mas há doutora quando ele toma ele dorme!!! Ai eu digo: minha filha justamente ele dorme porque você está dando uma carga pesada, nesse chá tem uma substancia importante com certeza e vai fazer um efeito sim na criança, mas tem que ter cuidado. Então a gente tem essa coisa das mamães e das vovós darem muito chá para criança(...)eu sou totalmente a favor de tratamentos naturais, desde que com cuidado(...)lá em casa todo mundo usava chás (minha mãe, vó).Só para você ter noção lá em casa eu não tenho remédios porque eu não gosto (...)” (RAÍZ DE AÇAIZEIRO)

“Olha eu (...) já tenho de família esta questão de **remédios naturais** de fitoterapia, eu sou uma pessoa que qualquer antibiótico para mim por mínimo que seja vai fazer um efeito muito grande porque eu não tomei antibiótico na minha infância. Minha mãe sempre tratou a gente com própolis, com mel, então tudo mais voltado para **remédios naturais**(...)Então eu oriento muito o uso de **chás**, de gengibre da mãezinha que a criança que está com tosse é...eu não sou cética, algumas pessoas são céticas em relação a isso entendeu, eu não. Eu acho que a medicina é avançada, Deus deu sabedoria sim, agente tem o recurso da farmácia, mas eu acho que a gente tem que usar as **formas naturais** os **remédios naturais** que Deus deixou pra gente, então eu vivencio isso sempre, orientando as mães (...) eu acabo orientando, incentivando e a mães me perguntam como é que faz e a gente acaba trocando até receitas no consultório em relação aos **chás** também(...)Não é que eu não acredite e não tenha confiança no medicamento da farmácia, porque ai já é o conhecimento científico né e a medicação tem um efeito, mas ai eu acredito que a gente pode tentar antes de passar pro antibiótico, antes de agente passar pro remédio propriamente dito a gente tem que fazer uso sim das coisas naturais.” (CIDREIRA)

“Lá eles pensavam numa hipertensão e tratavam como uma dor de cabeça, como uma febre. “Ah deu dor de cabeça eu vou tomar **meu chá de alho** que resolve, ai outros falavam o **chá da mandioqueira**”. O chá de mandioqueira eu não sei nada, eu nunca confirmei nada sobre isso, mas o chá de alho agente leu a respeito e deu uma confirmada que ele é um antiinflamatório natural, ele é vasodilatador e tem uma resposta realmente, ai eles relatavam: “ah eu tomei o chá de alho ai deu uma dormenciuzinha na minha cabeça, acalmou, meus olhos pararam de ficar vermelho ai eu consegui dormi”. Então é assim, através de um conhecimento que vem sendo passado de geração em geração e no empirismo

deles eles já tinham uma noção do que mais ou menos uma pressão alta acomete na vida do ser humano.” (COPAÍBA)

Nessa conjuntura de experiências, já se observa uma paulatina mudança na configuração das relações entre os enfermeiros e a população, no que diz respeito ao cuidado cultural e às práticas populares de saúde. Nesse caso, a relação profissional/população se reflete a partir de conhecimentos que se **complementam** pela **confiança, respeito** e consequente **olhar culturalmente sensível**.

O cuidado cultural é aquele em que valores, crenças e modos de vida padronizados, aprendidos e transmitidos subjetiva e objetivamente, assistem, apoiam, facilitam ou capacitam outro indivíduo a manter o seu bem-estar, a melhorar suas capacidades e seu modo de vida, a enfrentar a doença, as incapacidades ou a morte (LEININGER, 2002).

O cuidado de enfermagem torna-se, assim, um processo entre parceiros sociais, com competências diferentes e complementares, utilizando as capacidades e recursos de cada um (BUDÓ E SAUPE, 2004).

Nas vivências descritas anteriormente, principalmente nos relatos da Cidreira e Copaíba, ocorre o que Leininger define como **preservação do cuidado**; que é quando o enfermeiro, dentro de um sistema interligado que envolve as ações de cuidado em saúde propõe a **preservação do cuidado cultural**. Preservação constitui o cuidado já praticado por um indivíduo, família ou grupo, benéficos ou mesmo inócuos para a saúde (SILVA, 2009).

Para concluir a compreensão do contexto de situações vivenciadas pelos enfermeiros da ESF na Amazônia, ressaltamos a **linguagem** como mais uma particularidade cultural da região que permeia e influencia as ações de cuidado em saúde destes para com a população.

Sabemos que a linguagem oral é um dos achados que diferencia o homem de outras espécies e o permite se comunicar de maneira efetiva pelas palavras. De acordo com Paiva (2004), a linguagem é uma constante no mundo dos homens. Só eles nasceram com as ferramentas necessárias: física, anatômica, cerebral que os permitem expressarem-se por palavras.

No contexto que permeia a linguagem, é importante salientar que as regiões brasileiras são marcadas pela pluralidade de dialetos e expressões. Para Faro (2009,

p.2) “[...] a cultura Brasileira reúne elementos de diversas culturas e povos, em que desde o início do processo de colonização e exploração do território a relação entre as etnias proporcionou a formação de nosso corpo cultural, intensamente diversificado”.

A linguagem ganha, então, traços e contornos específicos de cada região, peculiarmente a região amazônica com seus exemplos únicos de inovação e reinvenção cultural. Existe no Brasil, horizontal e verticalmente, uma importante variedade de dialetos e falas, regionais e locais, desiguais no teor e na representação populacional (COUTO, 1986; FERREIRA/CARDOSO, 1994; BAGNO, 2001).

Na região amazônica há uma variedade infinda de dialetos que compõe e configuram culturalmente a população nativa. Nas observações realizadas em campo, observamos, por exemplo, a presença de palavras nativas utilizadas para a comunicação, bem peculiares à terra como: porrudo (grande), aperreado (irrequieto), égua (admiração, palavrão), graúda (grande), preinha (grávida), buchuda (grávida), rombudo (grosso), borá já (vamos lá), olha já (olha lá).

Para os enfermeiros que trabalham na ESF Amazônica, a linguagem peculiar da região reflete a forma com a qual a população local pensa, enxerga e manifesta este pensamento e visão de mundo, inclusive no âmbito da saúde. É unânime a comunidade científica considerar que o grupo social manifesta seu pensamento e sua visão do mundo por meio da sua língua (NARDI, 2002).

Quando se reflete sobre o contexto de vivências dos enfermeiros no âmbito da saúde, observa-se que eles encontram na linguagem uma espécie de ultrapassável fronteira cultural na qual se manifesta pela pluralidade de dialetos e expressões populares utilizadas pela população local na hora de se comunicar.

No relato de experiências do (a) enfermeiro (a) Erva Verônica, o momento em que se deparou com o diferente dialeto regional, foi ao ouvir a palavra “**niquenta**”. A relatora afirmou que para ter a **compreensão** da expressão procurou **ouvir atentamente** os relatos da mãe por meio de uma **conversa atenciosa**, no intuito de **entender** o vocábulo que nunca havia ouvido antes. Ao final do diálogo com a mãe, a mesma identificou que a expressão “**niquenta**” se referia ao fato de a filha da cliente “**ser enjoada para comer**”, “**não ter apetite**”, como se observa no relato abaixo:

“Eu lembro que umas das coisas que eu me deparei na questão cultural foi logo com a questão da **linguagem**. A linguagem para mim... tem coisas assim que eu fico lembrando e as vezes eu até acho graça. Quando eu fui conversar com uma pessoa... e eu conversando com a mãe sobre a alimentação da criança ela disse assim: "ah Doutora ela está muito '**niquenta**', muito 'niquenta', ela é 'niquenta', 'niquenta'". Eu fiquei assim, meu Deus, eu nunca tinha ouvido antes esse vocabulário, essa expressão. O que que ela quer dizer? Mas claro que eu não fui logo de imediato... e na conversa eu comecei a puxar... ai eu vou e pergunto: "Quando você fala 'niquenta' você quer dizer o quê?". "Ela não gosta Doutora de comer"... "Ah, ela **não tem apetite** para comer"... "Éééé, ela é muito niquenta". Então eu fui começando a conhecer.” (ERVA VERÔNICA)

Em meio às vivências do (a) enfermeiro (a) Andiroba, notamos um dado interessante, que é o fato deste profissional ser de origem paulista e trabalhar na região. Para Nardi (2002), as cidades de Rio de Janeiro e São Paulo possuem uma inegável primazia cultural, mas constituem duas referências linguísticas originais que se diferenciam dos outros estados.

Para este (a) enfermeiro (a), essa particularidade, no início, dificultou um pouco sua atuação enquanto profissional, pois o (a) mesma (a) precisou **aprender** e se **adaptar** às variações linguísticas regionais, como por exemplo: Mandioca (São Paulo)/Macaxeira (Amazônia); Crivo (São Paulo)/Peneira (Amazônia); Abobora (São Paulo)/Jerimum (Amazônia), bem como ao uso de expressões bem regionais como o emprego do “tu” e do “égua”. A fala abaixo clarifica e traz a compreensão do exposto acima:

“Atuando como enfermeira da ESF aqui até hoje eu sinto muita dificuldade na questão de **vocabulários de termos**, o meu sotaque é diferente né, já chama um pouco atenção, mas às vezes termos que lá de São Paulo já são diferentes daqui entendeu. Por exemplo, aqui eu tive que aprender a falar macaxeira lá a gente fala mandioca, por exemplo, peneira, crivo. Aqui eu tive que aprender muita coisa que antes eu não conhecia termos que são sinônimos, mas eu não conhecia, então para mim orientar a mãezinha que não pode passar a comidinha na peneira, “**peneira**”, mas o que é peneira? Ai eu tive que aprender o crivo, abobora eu tive que aprender que é jerimum, lá na minha região é abobora. Termos assim de **linguagem** que eu tive que me adaptar. Então termos assim de linguagem que eu tive que me adaptar né e alguns termos que a gente acaba começando a usar como o “tú” que eu não dizia tú e as vezes eu já digo “tú”, o “égua” que lá não existe aqui a gente já não diz com tanta frequência mas de vez em quando já faz parte do contexto de onde a gente está. Então eu acho que o que foi mais diferente foi a **linguagem popular**(....)”(ANDIROBA)

Mais adiante, durante o desenrolar das vivências do (a) enfermeiro (a) Copaíba, a expressão de linguagem popular que chama a atenção é “**mãe do corpo**”. Durante uma consulta a uma mulher, este (a) profissional se deparou com a expressão e pode compreender, durante a conversa, que o significado dessa declaração era o “**útero**”. O fator interessante no discurso do (a) enfermeiro (a) é que diante da afirmação diferente, além de procurar entendê-la, ele (a) se preocupou em **adequar a linguagem** dentro do contexto da saúde, explicando à cliente o significado, conforme observado abaixo:

“Uma vez uma senhora chegou comigo e disse: “A **minha mãe do corpo** não está bem!” Ai eu disse ai meu Deus aonde é a mãe do corpo? Assim comigo né, mas eu disse assim é...Aonde exatamente ela não está bem hoje? Ela respondeu: Não a minha mãe do corpo sempre dói por aqui ai assim ela mexe, meu seio dói muito quando ela não tá legal, a minha cabeça fica pesada, olha como eu fico inchada. Ai eu perguntei: a senhora sabe o que é menstruação? Ela ahn ...ai eu expliquei o que era, mesmo achando engraçado eu expliquei, porque ai que eu fui entender que a **mãe do corpo é o útero**, então eu disse a ela que a mãe do corpo era o útero que todo mês se arrumava para esperar o bebê, fui adequando a linguagem e consegui explicar. Ela me respondeu: Poxa, mas ninguém nunca me explicou assim. Então eu entendo que se você ficar só com a “mãe do corpo” e não procurar entender, investigar, não examinar essa mulher, esta informação vai passar. As vezes a gente percebe, não só no profissional enfermeiro, mas em todo o profissional de saúde em geral, a vergonha de dizer que não sabe e a falta de humildade em pedir ajuda. (COPAÍBA)

Sabe-se que a comunicação entre os homens se dá a partir de expressões diversas, dentre as variadas formas de expressar-se se encontra a linguagem (verbal e não verbal). Para Nardi (2002), a comunicação apresenta várias formas. Existem linguagens - ou sistemas de signos - aos quais se associam as ideias de representação e símbolos.

Dessa maneira, perante a linguagem distinta da cultura Amazônida, os enfermeiros da ESF devem se preocupar em priorizar um processo de comunicação que seja efetivo em atender as reais necessidades de saúde da população. Os profissionais de enfermagem devem construir uma relação humanística, priorizando um processo de comunicação efetivo em face dos diversos problemas de saúde (OLIVEIRA, et al.,2009).

No tocante à diversidade cultural da linguagem, compreendemos que os enfermeiros da ESF procuram superar esta fronteira cultural dos dialetos por meio da **escuta atenciosa** das falas da população, proporcionada a partir da **conversa** que visa

investigar e entender os significados de cada expressão, no do contexto no qual é articulada.

Portanto, a partir de um processo de comunicação no qual a linguagem local é compreendida a partir do **ouvir atencioso**, promove-se um cuidado em saúde de maneira mais integral. Afinal, aprender a ouvir é uma habilidade fundamental na educação em saúde e no cuidado de enfermagem (BOHES et al., 2007).

Ao compreender as vivências dos enfermeiros da ESF, inseridos no contexto amazônico e o cuidado cultural, podemos confirmar que essas experiências no cuidado em saúde são marcadas e influenciadas pelas práticas de automedicação da população em meio ao uso de ervas, chás, preparados, bem como o uso de alimentos regionais para curar os males do corpo.

Compreendemos também que a linguagem, assinalada pela diversidade de dialetos e expressões populares da região, influencia fortemente as ações de cuidado em saúde.

Perante esse cenário apresentado observamos que os enfermeiros, ao vivenciarem suas experiências, imersos nessa conjuntura cultural amazônica, encontram no **respeito**, no **diálogo**, na **compreensão** e na **educação em saúde** uma forte ferramenta para promover um cuidado fundamentado na diversidade cultural. De modo geral, evidenciamos na universalidade e diversidade do cuidado cultural práticas de automedicação, mudanças no estilo de vida e nos hábitos alimentares, necessidade de apoio e aconselhamento (MARTINS, 1998; PINHEIRO, 2000).

Considerar o cotidiano das pessoas, seus modos de vida, as formas de enfrentamento do adoecimento e de comemoração da saúde e da vida é que precisam ser buscadas e incorporadas ao processo de cuidar e educar em saúde (BUDÓ; SAUPE, 2004).

5.2.2. A formação lato sensu e a sua contribuição para a vivência dos enfermeiros da ESF na implementação do cuidado cultural.

Essa subcategoria se propôs trazer à luz a compreensão da contribuição da formação lato sensu para com a vivência dos enfermeiros da ESF, no momento da implementação dos cuidados, levando-se em consideração o cuidado cultural.

Antes de adentrarmos nos relatos dos enfermeiros, é interessante ressaltarmos que nos primeiros anos de faculdade, na área da saúde, estudamos as matérias básicas (anatomia, fisiologia, patologia, dentre outras) que enxergam a doença de forma positivista, biomédica e cartesiana, não se preocupando em contemplar a visão integral e holística do ser humano, ou seja, não há uma apreensão do estudo da saúde do indivíduo dentro de seu contexto cultural. Para Berttinelli et al. (2000, p.26):

As questões sobre o processo saúde/doença estão, cada dia, mais complexas, não podendo mais ser interpretadas exclusivamente na dimensão biológica da vida, mas como uma questão social e humana bastante ampla, que não isola o paciente de sua realidade social e econômica.

Amadigi et al. (2009) afirma que uma das causas das dificuldades no processo de formação profissional, é que este ainda se faz pautado, prioritariamente, pela lógica biomédica, que tem como base do raciocínio clínico disciplinas como a Biologia, a Anatomia, a Fisiologia, a Fisiopatologia.

A graduação enfatizando a doença somente como fenômeno orgânico, parcelado, fracionado, e não como fenômeno político integral, o que acaba por gerar um conhecimento fragmentado, o qual pode alimentar o sentimento de frustração por parte do profissional enfermeiro que, ao se defrontar com a realidade sociocultural da ESF, sente-se desconfortável diante da complexidade social dos determinantes socioculturais em saúde.

Essa mesma afirmativa é ratificada no pensamento de Costa e Miranda (2008, p.07):

Neste momento, é importante lembrar que tal falta de qualificação e preparo de muitos enfermeiros para responder adequadamente à complexidade de problemas encontrados na realidade de saúde no âmbito dos serviços, deve-se

ainda à tradicional subordinação do seu pensar/fazer ao paradigma positivista, centrado no dualismo cartesiano, com predomínio racional e mecânico e à uma educação profissional de saberes fragmentados, crivada pela desumanização e impessoalidade, pelo tecnicismo e especialização de tarefas e, acima de tudo, pelo isolamento que elimina a comunicação do ensino com o serviço.

No momento que este profissional identifica que sua formação acadêmica deixou lacunas imprescindíveis para a implementação do cuidado cultural, tal fato gera sentimentos de **insatisfação, frustração e angústia**. Ainda há alguns programas de licenciatura em enfermagem que não compreendem a enfermagem transcultural, não permitindo que os alunos investiguem o fenômeno, o que provoca grande angústia nestes (TOMEY; ALLIGOOD 2002).

Observamos que os relatos dos enfermeiros da ESF revelam a **insatisfação, frustração e angústia** em relação ao preparo acadêmico, uma vez que este não os prepara para lidar com as questões culturais, dentro do processo saúde e doença, de forma mais profunda e abrangente. Os acadêmicos afirmam que até contemplam o assunto cultura e saúde, mas de forma muito generalista, em algumas disciplinas do curso.

Nesse caminhar, dizem que o pouco conhecimento que adquirem se faz diante das realidades vivenciadas no contexto do dia-a-dia de trabalho e até mesmo pelo interesse pessoal deles em procurar entender um pouco mais as realidades sociais no âmbito da saúde, conforme elencado nas falas abaixo:

“A **faculdade não nos prepara** infelizmente a lidar de forma mais específica com essas questões culturais, agente vê de forma geral em algum momento na enfermagem, mas muita coisa agente tem que buscar por conta própria. Dá até angústia” (BOLDO).

“Então eu não posso realmente dizer não toma isso porque não funciona, por mais que eu tenha o conhecimento e acredite nele eu não posso deixar que ele interfira no cuidado de forma imperativa. Lembrando que **a faculdade não nos prepara** para lidarmos com esse tipo de situação e isso nos frustra no dia a dia” (PARIRÍ).

“**Tem coisas que a gente não aprende na universidade**, e sim aprende aqui no dia a dia. Por exemplo, aqui eu observo que os idosos hipertensos usam muito o none para equilibrar a pressão arterial eles falam como eles preparam e tudo mais. E eu penso assim que é a questão do conhecimento diferente, porque se agente for só olhar a questão acadêmica agente não vai dar tanto valor aos conhecimentos deles e isso pode deixar a gente e eles insatisfeitos” (BABOSA).

“A nossa faculdade deixa uma lacuna neste conhecimento sim, porque a gente aprende tantas coisas que não vão nos servir no nosso dia a dia e o que realmente de fato seria útil, **nós não somos ensinados**, então **isso deixa a desejar**(...)até porque **na faculdade a gente não é preparado com disciplina específica** para isso(…)” (UNHA DE GATO).

A falta ou o preparo insuficiente do aspecto cultural em saúde, no transcorrer da graduação, implicará negativamente nas ações de cuidado em saúde na região, uma vez que o enfermeiro da ESF trabalha diante de um contexto em saúde que precisa ser enxergado a partir das lentes do sociocultural. Uma falta de preparo profissional precisa ser sanada ainda no decorrer da graduação, pela suficiência de conteúdos e práticas exatamente sincronizados com a nova e dinâmica realidade do sistema de saúde brasileiro (JACOPETTI; NEVES, 2006).

Acreditamos ser indispensável que as faculdades de enfermagem trabalhem com conteúdos e práticas que contemplem de forma mais abrangente o cuidado cultural, para que os profissionais possam ter subsídios para embasar suas práticas no olhar culturalmente sensível. Torna-se necessário que a Enfermagem desenvolva um olhar cuidativo à saúde em detrimento da doença, considerando a diversidade cultural (CUNHA et al.,2009).

Perante essa realidade multifacetada de muitos “Brasis”, é fundamental a inclusão da cultura e do cuidar comparativo nas grades curriculares dos cursos da área de saúde, dentre eles o de enfermagem. Leininger (1991) afirma que, no Brasil, tem se mostrado fundamental para conhecer a cultura, crenças e valores dos usuários a serem assistidos, assim como para possibilitar a construção de conhecimentos, implementar um cuidado culturalmente congruente à realidade de pessoas de diferentes culturas

Existe a necessidade de faculdades qualificadas, preparadas em enfermagem transcultural para ensinar e orientar a investigação noutros países (LEININGER, 1995; 1996). O ensino em enfermagem cultural tornou-se imperativo para todas as enfermeiras, em todo o mundo (TOMEY; ALLIGOOD, 2002). As faculdades devem formar enfermeiros cada vez mais adequados à realidade social que os cerca.

Por esse motivo, organizar a atenção integral à saúde na Estratégia Saúde da Família tem sido um desafio para os profissionais de saúde e para a sociedade, pois, parece haver uma deficiente articulação dos conteúdos filosófico, social, político,

histórico e antropológico, que dificulta ao profissional de enfermagem ter visão crítica da realidade social e do seu papel político de agente transformador (CUNHA et al., 2009).

Outro fator importante destacado pelos enfermeiros da ESF, no tocante às peculiaridades amazônicas e às grades curriculares, é o fato de que a flora medicinal amazônica precisa – além de serem investigadas por meio de pesquisas, até mesmo a partir de ações conjuntas do ministério da saúde, educação e cultura – ter, posteriormente, seus resultados compartilhados com a comunidade acadêmica, profissionais atuantes e a sociedade. O relato do (a) enfermeiro (a) Unha de gato, abaixo, evidencia o que é dito neste parágrafo:

“Essa área da medicina popular, infelizmente apesar de ser muito forte em nossa região uso dessas plantas, tem poucos estudos na verdade relacionado ao benefício ou malefício de determinadas ervas (...) então eu acho que **precisa ser colocado dentro da nossa faculdade isso, pra quando a gente chegar aqui a gente não tenha tantas duvidas em como orientar os nossos pacientes, de dizer pra eles olha dona Maria a senhora não pode tomar isso por que causa isso e isso e não somente dizer que não pode sem dizer um porque(...)**”(UNHA DE GATO).

Para o enfermeiro (a) Unha de gato, o fato de se inserir na grade curricular os resultados dos estudos dos benefícios ou malefícios quanto ao uso de ervas e plantas medicinais, proporcionará muito mais embasamento ao profissional atuante na ESF na hora de implementar o cuidado, uma vez que este se encontrará preparado para orientar a população a respeito do uso adequado desses recursos naturais. Luz (2005, p.24) afirma que:

Neste contexto, o uso das plantas medicinais no cuidado a saúde passa a ser valorizado não somente pelo saber popular, mas também pelas instituições governamentais como a OMS, Ministério da Saúde e pelo saber científico, que busca, através de pesquisas, comprovação dos efeitos atribuídos.

Portanto, observamos que já existe, por parte da comunidade científica e até mesmo das instituições governamentais, uma preocupação em estudar e comprovar por meio de pesquisas a veracidade do uso de plantas medicinais. Planta medicinal é definida como qualquer espécie vegetal usada com a finalidade de prevenir e tratar doenças ou de aliviar sintomas das mesmas (DI STASI, 2007).

Essa preocupação visa proporcionar aos profissionais que atuam na área da saúde uma educação continuada a respeito do assunto. Brasil (2006) ratifica essa afirmativa ao mostrar que são realizadas a formação e educação permanente em plantas medicinais e fitoterapia para os profissionais que atuam nos serviços de saúde. O relato do enfermeiro (a) Raiz de açazeiro confirma essa nova realidade:

“(....) Só para você ter uma ideia, os nossos ACS da zona rural foram treinados uma vez através de um curso de ervas medicinais, e agente usava. Nós fizemos uma migração com a pastoral da saúde e eles aprenderam a fazer os chás, pomadas, sabonetes medicinais, comprimido de babosa, muita coisa (...)” (RAÍZ DE AÇAIZEIRO).

Ações como a citada acima são importantes para que os profissionais de saúde, dentre eles os enfermeiros, possam utilizar-se com mais propriedade dos aspectos cotidianos dos costumes e práticas populares relacionadas ao cuidado popular em saúde. Para facilitar esse processo, a enfermagem pode valer-se da Teoria do Cuidado Cultural.

Vale ressaltar que a inclusão da cultura e do cuidar comparativo nos currículos de enfermagem não é recente. Começou em 1966, na Universidade do Colorado, onde Leininger era professora e que, desde 1980, tem crescido o número de currículos em enfermagem, enfatizando a enfermagem transcultural e o cuidar humano (TOMEY; ALLIGOOD 2002).

A presença da Teoria do cuidado Transcultural de Madeleine Leininger nas grades curriculares de enfermagem é algo que já se faz presente em algumas disciplinas que abordam as Teorias de enfermagem. Essa afirmativa se faz presente no discurso do (a) enfermeiro (a) Unha de gato, como se pode observar abaixo:

“(....) mas a gente até aprende em algumas disciplinas a teoria do cuidado transcultural da Madeleine Leininger, então a gente vê sim que as crenças, os hábitos deles tem que ser respeitados.” (UNHA DE GATO)

Ao trabalhar a enfermagem com pessoas que carregam uma bagagem de histórias de vida, marcadas por suas concepções culturais, faz-se necessário que o conhecimento apreendido na formação acadêmica realize um intercâmbio constante com o saber popular, a fim de promover um cuidado em saúde com uma abordagem

adequada aos modos de vida da população assistida. Bodó e Saupe (2004, p.166) corroboram com esse pensar, ao afirmarem que:

Hoje, ao pensarmos a formação dos enfermeiros, entendemos que os profissionais que trabalham com pessoas e que têm preocupação com a melhoria da qualidade de suas vidas necessitam de uma abordagem adequada, a fim de que possam atingi-las em sua plenitude. Para isso, torna-se de fundamental importância a busca criativa de novas alternativas para o trabalho, associando saúde e educação das populações, num intercâmbio constante entre o saber desenvolvido no viver diário e o oriundo do meio acadêmico, inseridos em um contexto histórico, político, social, econômico e cultural.

Pesquisas demonstram que os princípios da atenção diferenciada, tão bem elaborados nos documentos oficiais, ainda não se tornaram uma realidade, seja na forma de participação da comunidade e controle social, seja na formação de equipes multiprofissionais para trabalhar em situações multiculturais (LANGDON; DIEHL, 2007).

Isso demonstra a importância de se inserir nos programas de ensino de Enfermagem, a História, a Filosofia e as Artes, para que o cuidado em enfermagem não seja transformado em esquemas e simplificações funcionais, e de subordinações (SOUZA, et al.,2005).

Parece complexo entender a relação da formação lato senso e a sua contribuição para a vivência dos enfermeiros da ESF na implementação do cuidado cultural, em especial quando a formação desses profissionais (segundo discurso) gera sentimentos de frustração e os coloca em um círculo vicioso entre a universidade, que não os preparou para o cuidado cultural, e a tentativa deles em respeitar a cultura do outro em suas práticas, mas, afinal, o que é respeitar a cultura?

Apesar da subcategoria abordada aqui trazer a compreensão de que é imprescindível que as faculdades preparem de forma mais abrangente os profissionais de saúde, dentre eles os de enfermagem, para que lidem com a multiculturalidade no seu dia-a-dia de trabalho, acreditamos que mesmo com implicações justificadas pela insatisfação destes profissionais em relação à formação lato sensu, é preciso atentar para o fato de que o enfermeiro, independentemente disso, precisa se desvencilhar deste círculo vicioso (faculdade não prepara x não consigo implementar um cuidado cultural) e respeitar a cultura ao resgatar a perspectiva da

Enfermagem Transcultural, avançando em sua prática ou para negociar o cuidado, conforme Langdon, ou para repadronizar, de acordo com Leininger.

5.3. CATEGORIA III: A RELAÇÃO ENTRE OS SABERES: SABER POPULAR X SABER ERUDITO (CIENTÍFICO)

Uma vez que esta categoria se propõe a clarificar como se dá a relação entre o saber profissional (erudito) do enfermeiro da ESF e o saber popular da comunidade como a qual este trabalha, faz-se pertinente falar um pouco sobre estes saberes.

A medicina popular faz parte de um processo histórico e vivo que perpassa pela nossa sociedade pelas mais diversas concepções sociais a respeito de saúde e doença. Diferente da medicina tradicional, a medicina popular recebe influências das mais variadas fontes e origens, inclusive da própria medicina oficial (VENDRUSCOLO, 2004).

Os “profissionais de cura” trouxeram uma multiplicidade de práticas arraigadas à história, ao longo dos anos. Os curandeiros, boticários, benzedeiros, raizeiros, parteiras, ervateiros trouxeram um significado heterogêneo ao uso dos recursos naturais, para curar os males do corpo, o que foi perpetrado de geração em geração.

O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origem muito antiga, relacionada aos primórdios da medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações (CEOLIN, 2009).

Oliveira (1985) relata que no Brasil o código penal brasileiro, nos através artigos nº283 e nº284, criminalizaram o charlatanismo e o curandeirismo, estando estes passíveis de multas e detenções. Até hoje, a sociedade em geral reflete esta realidade e, muitas vezes, rotula a medicina popular como algo que está à margem do conhecimento erudito.

O conhecimento de origem popular empregado na saúde foi marginalizado, por não apresentar base científica. Sob o amparo do capitalismo, destacou-se formação e atuação dos profissionais de saúde calcadas, ainda hoje, no modelo biomédico de assistência e prática alopática, os quais passaram a atuar e a investigar mais o saber científico e racional (ALVIM et al., 2006).

No discurso de alguns enfermeiros (as), observamos uma influência ainda desse modelo biomédico, em um **conflito oculto** ou mascarado por trás de uma “igualdade formal” de conhecimentos, como se a desigualdade não existisse.

Quando afirmam que por mais que eles vejam que **não é correto** o conhecimento do outro, eles não podem “bater de frente”, esse conflito se torna manifesto e ganha ares implícitos de **preconceito**; ou quando se utilizam de expressões como “perigoso” e “não é suficiente”, para se referir aos tratamentos e remédios naturais.

Langdon (2009) afirma que um grande problema em aceitar os sistemas médicos de outras culturas é devido ao preconceito implícito do profissional para quem somente um sistema, o nosso, é universal e verdadeiro, e os outros são inválidos.

Quando se impõe, ainda que disfarçadamente, uma homogeneidade cultural de cuidado, esse conflito velado não exprime um simples **contraste** ou **assimetria entre saberes**. Exprime uma grave assimetria na relação profissional-usuário que coloca este último numa realidade contrastante com a sua cultura, suas crenças e suas formas de enfrentamento no processo saúde-doença.

É o que podemos denominar de **sutil imposição** de um conhecimento sobre o outro, afinal ao se considerar o conhecimento popular no cuidado em saúde como **inadequado** e **não se posicionar** (“não bater de frente”, “não ir de encontro”, “sem embate”), ou para acomodá-lo, repadronizá-lo ou remodelá-lo, de forma indireta o (a) enfermeiro (a) caminhará, mesmo que não intencionalmente, opostamente à compreensão das nuances que compõe o universo cultural da população que é proposta pela Teoria da Universalidade do Cuidado Cultural. Portanto corre o risco de não ter sucesso em suas ações em saúde, inclusive na educação. Dentro desse contexto, Budó e Saupe (2004, p.167) afirmam que:

Por trás de um cuidado inadequado apresentado por alguma pessoa, há uma simbologia que representa os valores, crenças, a visão de mundo no modo de vida que a tradição familiar referendou. Se não trabalharmos esta nuance, permeada de valores culturais, poderemos ver sem sucesso nosso trabalho, notadamente na educação em saúde.

Os relatos dos (as) enfermeiro (as) que destacam esta falaciosa ideia de compreensão da visão e realidade cultural do outro seguem abaixo, e são comprovados pelo pensamento de Bohes et al. (2007), ao afirmarem que ainda hoje grande parte dos profissionais de saúde, mesmo bem intencionados, trabalha com o conceito de cultura em que “o outro” (usuário/cliente) não sabe, ou não possui algo e a educação em saúde realizada nesta perspectiva acaba sendo feita pensando que aquilo que “o outro” sabe, isto é, sua cultura, é um entrave para o entendimento do que o profissional vai ensinar.

“(…) Eu não a desestimulei em nenhum momento, mas eu disse pra ela quais são os perigos de se fazer determinados medicamentos e receitas populares, porque nem sempre o que é bom para o fulano é bom pra mim (...) eu sempre deixo eles bem esclarecidos com relação a isso e **sempre busco não ir de encontro**. Eu sempre digo: você quer fazer faça! Mas não deixe de usar o nosso medicamento, de seguir nossas orientações (...) Nós precisamos do conhecimento para orientá-los, mas muitos deles não estão adaptados para serem educados em saúde, orientados(...)Então eu sempre ajo dessa forma, **educando** da melhor forma possível **sem embate**” (UNHA DE GATO).

“Então no meu dia a dia eu **procuro não bater de frente** com o conhecimento deles e dizer para eles aliarem as duas coisas. Olha você tome o seu chá, mas, porém não é suficiente, então tome o seu chá, mas não deixe de tomar o remédio que o médico passou. Eu acredito que o conhecimento popular e o científico **ambos são conhecimentos** e eu acredito que agente tem **que tentar uni-los ate certo ponto**. Porque o conhecimento científico é uma coisa provada por a mais b, já os outros nem tanto” (PARIRÍ).

A realidade descrita acima nos revela a assimetria entre saberes explicitada por meio da relação entre o cuidado popular (emic – aquele conhecimento que é culturalmente apreendido) e cuidado profissional (etic- conhecimento formalmente ensinado), marcados pelo confronto entre saberes, considerados populares, com os de profissionais considerados socialmente legítimos. Essa relação caracteriza-se como assimétrica, pois confere uma valoração diferente aos saberes e fazeres de cada um (AMADIGI, et al.,2009).

Monticelli e Elsen (2006) acharam, em sua pesquisa, profissionais da enfermagem que interpretaram a cultura das famílias como algo residual, irrelevante e como um entrave a ser sobrepujado, principalmente se comparado com o conhecimento biomédico. Para Langdon (2009), os problemas da prática da biomedicina não estão no conhecimento, mas nas relações de poder e hierarquia.

Nos relatos anteriormente descritos, observamos uma realidade que expõe duas perspectivas culturais diferentes e conflitantes de cuidado em saúde, uma vez que um conhecimento se sobrepõe, mesmo que sutilmente, ao outro a partir de uma relação hierárquica de dependência. Tal dependência outorga um poder ao profissional que, consciente ou inconscientemente, transforma o cuidado em um ato impositivo, controlador e hierárquico (BERTINELLI; ERDMANN, 2000).

Em contrapartida, apesar da realidade descrita anteriormente, observamos que atualmente ocorre uma **mudança** nesse contexto de relação entre o saber popular e saber erudito, pois os profissionais de enfermagem vêm assumindo uma **nova postura** em relação à cultura, saúde e cuidados em enfermagem. A enfermagem vem construindo uma nova cultura profissional, apoiada sobre bases mais solidárias, o que propicia emergir outros valores, novas maneiras de pensar e agir em saúde (BELATTO; PEREIRA, 2006).

Notadamente, o conhecimento popular passa a ser **valorizado** e visto com **respeito** pela comunidade científica e profissionais de saúde, os quais passam a admitir que no campo da saúde não existe somente uma forma de se fazer ciência e que, portanto, o saber erudito não se sobrepõe ao saber popular, devendo sim haver uma **interação** entre eles. A promoção à saúde foi vista nesta pesquisa como possibilidade de aproximar o cuidado de enfermagem com o cuidado que emerge da sabedoria popular (CUNHA et al.,2009).

Nas falas dos enfermeiros (as) abaixo, fica evidente essa relação de **respeito, valorização, interação e adequação** entre saberes:

“(...) A gente tenta a **adequar**, como eu estava falando, **o nosso conhecimento científico**(...) fazer com que agente consiga **tratar sem menosprezar, sem desconsiderar a ciência deles**, o conhecimento eles tem(...)Porque se não vai ficar difícil agente conseguir chegar, agente conseguir aplicar alguma coisa se agente for agressivamente batendo de frente com estas situações (...)para mim assim, se trata de uma oportunidade muito boa de saber aplicar o conhecimento científico com as práticas que eles já tem a prática popular que tem na região(...)você tem que **se despir de toda e qualquer situação de digamos assim, de título**, ah eu sou enfermeiro eu sou o dono do saber e tal, não é, entendeu. **Nós não somos os donos de todo o saber**. Nós temos sim o conhecimento que é pesquisado, que tem estudos e que são comprovados através de estudo e tal, mas, por exemplo, eu **não menosprezo o conhecimento deles**” (ERVA VERONICA).

“E eu penso assim que é a questão do **conhecimento diferente**, porque se agente for só olhar a questão acadêmica agente não vai dar tanto valor aos conhecimentos deles, mas um estudo assim em cima do conhecimento empírico deles é importante e o engrandeceria mais, porque eles podem não ter o conhecimento científico, mas tem o empírico como eu falei (...) Eu acredito que o conhecimento popular só não é bem estudado, ele tem o valor dele e o científico também” (BOLDO).

“Eu **não bato de frente com os conhecimentos deles**, eu sempre **procuro aliar os dois conhecimentos**. Como eu te falei eu digo pra eles: o senhor quer continuar tomando o seu preparado, tome, mas não deixe de tomar o seu medicamento para pressão. Eu **não bato de frente** dizendo: não pode! Não pode! Agente tem que **tentar compreender a realidade cultural** deles e **aprender um pouco com eles**, porque dá para lidar uma coisa com a outra, ninguém pode mudar a cultura de ninguém, eu não estou aqui para tentar mudar a cultura de ninguém, mas para levar lado a lado” (BABOSA).

“(...) Os **conhecimentos interagem**, porque a gente tem que **respeitar** por mais que a gente veja que não é correto o que ele faz tu tens o teu conhecimento, mas tu **não podes bater de frente**, então tu tens que passar o teu conhecimento **respeitando o conhecimento do outro** por causa da questão da cultura mesmo” (CIDREIRA).

“Acho que cada um tem a sua maneira de ver o universo, nós temos a sabedoria que nós aprendemos, mas eles tem a sua **sabedoria popular** de lidar com a situação, então eu acho que cada um tem uma maneira de lidar(...) a gente pode fazer com um jeitinho fazer com que eles tomem a medicação, mas não é porque eles vão tomar a medicação que eles vão deixar de tomar o chazinho deles(...)Eu acredito que com certeza essa **relação tem que ser de respeito** e tem que ser mesmo, mas com jeitinho a gente vai levando. Sempre fazendo com que eles entendam claro que a medicação é importante, mas não vou falar não o senhor não vai poder tomar esse chá porque, nem porque a gente tem, não é verdade? Porque que ele não vai poder tomar o chazinho dele? Né?(...) É uma crença que eles acreditam, **eu não vou contra** uma coisa que eles acreditam, é uma coisa que é deles **eu não vou contra**” (ANDIROBA).

Notamos que nessa **nova relação** que passa a ser delineada entre o saber popular e o saber erudito, cada uma traz uma contribuição específica e os **conhecimentos se homogeneizam** em prol de um **cuidado holístico e integral**. Isso não equivale a dizer que o saber profissional vai absorver tudo que vem do saber popular, mas sim pode criar uma ponte de integração para conhecer o que se passa na vida cotidiana das pessoas cuidadas, resgatando e respeitando um saber que teve uma trajetória histórica (BUDÓ; SAUPE, 2004).

Para estes (as) enfermeiros (as), o conhecimento popular só precisa ser mais estudado, reconhecido, para que possa contribuir ainda mais com a interação entre os conhecimentos, em prol do bem estar da comunidade. Portanto, para que um programa

possa realmente atender as necessidades de saúde de uma comunidade, torna-se relevante conhecê-la, ou seja, primeiramente deve-se estudar esta comunidade, saber seus hábitos e costumes para, a seguir, estruturar-se um determinado serviço (SILVA et al., 2010, p. 116).

Compreendemos, então, que no aspecto cultura/saúde, a relação do profissional de saúde com o usuário muitas vezes ainda é marcada por assimetrias. Isso ocorre, dentre outros fatores, em decorrência de ações em saúde previamente impostas por modelos de programas que não valorizam efetivamente, em suas ações e planejamentos, o universo cultural e consensual da população.

Destarte, quando o enfermeiro, mesmo diante destas assimetrias, procura **respeitar, valorizar e compreender** a realidade cultural do cuidado popular em saúde cria-se uma nova **oportunidade desafiadora** para **superação de desigualdades** no tocante ao cuidado em saúde. Um dos grandes desafios da atualidade para os educadores constitui-se em articular igualdade e diferença, a base cultural comum e expressões de pluralidade social e cultural (BUDÓ; SAUPE, 2004).

Podemos afirmar que mesmo diante dos avanços da saúde pública no Brasil, o acesso desigual aos serviços de saúde e políticas públicas de saúde, pouco comprometidas com a população dentro do contexto social em que estão inseridas, insistem em influenciar a prática de cuidado em saúde de alguns profissionais. Porém, muitos deles já entenderam que por não existir uma forma imperiosa de cuidar a melhor opção é trabalhar a partir da **valorização do cuidado cultural sensível, solidário e ético**.

O processo do cuidado é complexo e desafiador. Impõe ao profissional algo mais do que o conhecimento somente, ou seja, sugere um viver compartilhado, solidário, sensível, crítico, consciente e responsável (BERTINELLI; ERDMANN, 2000).

Dessa forma, um dos fatores que passa a ser imprescindível para os enfermeiros da ESF, inseridos no contexto amazônico, é a **interação respeitosa** entre saberes na busca de um cuidado em saúde **holístico e humanitário** que se adeque, aproxime-se e valorize cada vez mais as realidades culturais das pessoas cuidadas.

Consoante a este pensamento, sobressai-se como reflexão final desta categoria as palavras de Silva et al. (2010, p 1116):

Destacamos a necessidade de se valorizar o universo consensual da população que se pretende atender, e da inter-relação entre saber erudito e senso comum, propiciando um modelo assistencial à saúde muito mais significativo, pois passa a valorizar-se a quem de deve cuidar – o cidadão.

5.4. CATEGORIA IV: OS SIGNIFICADOS DA INTERAÇÃO ENTRE SAÚDE, CULTURA E O CUIDADO DE ENFERMAGEM.

Sabemos que nesta tríade que envolve aspectos da saúde, cultura e cuidados de enfermagem existe uma relação extremamente imbricada na qual um fator é indissolúvel do outro. Não há como se implementar um cuidado holístico e integral em enfermagem se não considerarmos a cultura e as políticas de saúde. Fazer enfermagem é fazer-se dentro do contexto da saúde e da cultura (SILVA et al.,2008, p. 06).

Nesse emaranhado da relação entre saúde, cultura e cuidados em enfermagem compreendemos que os (as) enfermeiros (as) atribuem a essa relação os significados de **interdependência, correlação, interação e respeito**.

Para eles, a enfermagem é **elo** que equilibra essa **correlação** entre diferentes conhecimentos, fazendo com que haja **respeito** à cultura do outro, uma vez que não se pode estabelecer um cuidado em saúde qualitativo, holístico, integral sem se levar em consideração o respeito à cultura de quem se cuida.

Na concepção de significância dessa relação entre cultura, saúde e cuidado em enfermagem, os enfermeiros da ESF acreditam que se não houver, por parte deles, a compreensão da cultura do outro, o enfermeiro irá ferir em suas ações de cuidado a cultura de quem é cuidado e, conseqüentemente, não conseguirá promover a saúde de maneira equitativa e integral.

Os discursos a seguir demonstram os significados atribuídos por esses enfermeiros à correlação entre cultura, cuidados em enfermagem e saúde:

“Então para mim a relação entre cultura, saúde e cuidado de enfermagem é de **interdependência**, pois a enfermagem é que equilibra a relação entre esses conhecimentos para que nenhum se sobreponha ao outro e para que haja realmente o cuidado em saúde” (BABOSA).

“Nossa!!Saúde, cultura e o cuidado em enfermagem para mim é um grande desafio mesmo! E tentar fazer com que estes três fatores fiquem **unidos e interagindo** é complicado, mas dá para fazer! É uma questão de **respeitar** a cultura do outro” (PARIRÍ).

“Se você não **respeitar a cultura**, você não cria o **vínculo** pra que ela te fale o que ela precisa em relação a saúde. Se você não usa a observação, que é um instrumento também da enfermagem, você também não chega neste vínculo. **Eu não vejo uma coisa sem a outra**, você precisa entender todas elas pra você atuar. Se você não entende uma delas você tem que saber que você tem ir devagar e tem que se aprimorar, vai ler e **entender cada cultura**. É como eu te disse, no Quilombola é um universo, no ribeirinho é outro universo, no urbano é outro. Mas se você não tiver pelo menos uma noção de cada um deles, alguma coisa você vai ferir, uma delas. Ou você fere a cultura, ou você fere os cuidados de enfermagem e aí você não alcança a saúde” (COPAÍBA).

“Saúde, cultura e cuidado em enfermagem eu diria que tem um significado de **correlação de dependência**. Porque eu não posso fazer saúde, trabalhar saúde sem levar em consideração o respeito a cultura daquela pessoa ao habito daquela família, porque isso vem de pai para filho e assim vai passando de geração em geração dentro daquela família. Então eu digo que o significado que eu atribuo a essa relação é de **dependência e correlação**. Eu preciso sim **respeitar, aprender** o habito daquela família pra que possa fazer o meu cuidado de enfermagem minha orientação a minha educação em saúde da melhor forma possível **respeitando a vivencia** da pessoa sempre” (UNHA DE GATO).

Saúde/doença como processo sociocultural envolve interação e negociação do grupo, e, por outro lado, envolve as subjetividades (LANGDON, 2009).

De fato, compreendemos que para se tratar a saúde a partir de um processo sociocultural, faz-se necessário que a enfermagem entenda as subjetividades e concepções que a população cuidada tem a respeito de saúde e doença, para que da **interação e negociação** entre diferentes saberes, possamos alcançar um cuidado em saúde sensível às necessidades culturais da comunidade.

No contexto de significados da tríade: Saúde, cultura e cuidado de enfermagem, ao se realizar um cuidado em saúde articulado e integrado ao cuidado popular, o profissional da ESF acaba por **respeitar** a cultura da comunidade na qual está inserido. Langdon (2009) reafirma isso quando diz que o caminho é “articular” ou “integrar” as práticas tradicionais de cuidados à saúde (LANGDON, 2009).

Como consequência dessa articulação, ocorrerá o que Leininger define na Teoria do Cuidado Transcultural como: **Preservação, acomodação** ou **repadronização** do cuidado. O resultado prático desse sistema interligado são as decisões e as ações do

cuidado de enfermagem, e estão divididas em três propostas, levando em conta o modo de vida e as crenças compartilhadas (SILVA, 2009).

A preservação consiste no respeito das decisões profissionais ao cuidado de uma cultura específica, no intuito de preservar valores relevantes desse cuidar que possam gerar bem estar, recuperação (TOMEY; ALLIGOOD, 2002).

Acomodação são ações e decisões para assistir, dar suporte, facilitar as pessoas de uma determinada cultura a adaptar-se ou negociar com provedores de saúde profissionais (SILVA, 2009).

Repadronização são ações e decisões para facilitar, dar suporte, que ajudam indivíduos, grupos a reordenar, trocar ou, em grande parte, modificar seus modos de vida para o novo, o diferente, beneficiando os padrões de cuidado à saúde (LEININGER; McFARLAND, 2006).

A enfermagem é integrante de um sistema cultural próprio, organizada em atos sequenciais e ritualizados com seus próprios saberes, e que interage com as pessoas (CESTARI; ZAGO, 2012).

Entendemos que a partir de um cuidado culturalmente embasado, a enfermagem e seus saberes, ao interagir com os saberes da comunidade, cria um elo que facilitará a sua atuação, seja preservando, acomodando ou repadronizando o cuidado.

Mais adiante, em outros depoimentos dos (as) enfermeiros (as), compreendemos que a relação saúde, cultura e cuidados de enfermagem tem para esses profissionais a significância de **aprendizado, ganho de experiência, crescimento pessoal, individual, respeito mútuo.**

Para eles a relação entre os três componentes (saúde, cultura e cuidado em enfermagem), além de garantir um **rico ganho de experiência**, é a **chave da profissão** de enfermagem, uma vez que para se implementar um cuidado culturalmente congruente o enfermeiro deve levar em consideração a imbricada relação entre a cultura e saúde, para definir uma melhor assistência ao ser cuidado.

Então, conhecer a cultura permite que as ações de enfermagem sejam planejadas em conjunto com o Ser cuidado e que sejam culturalmente congruentes (SEIMA et al., 2011). Observa-se a significância de **“ganho de experiência”** e **“chave da profissão”** nos relatos dos (as) enfermeiros(as) a seguir:

“É... cultura, saúde e cuidado de enfermagem **são as chaves da nossa profissão**. Saúde e cultura a gente tem que levar em consideração na hora de implementar nossos cuidados porque a gente escuta muita coisa, algumas a gente aceita e outras estão distorcidas e agente procura esclarecer. Juntando todos estes aspectos nos definimos uma melhor assistência” (RAÍZ DE AÇAIZEIRO).

“Então para mim eu vejo assim essa relação é uma **riqueza**, né, é uma riqueza né, eu atribuo várias situações de ganho mesmo, de **ganho de experiência, de aprendizado de crescimento pessoal, individual**, para mim assim está sendo assim muito bom” (ERVA VERONICA).

Os enfermeiros também acreditam que essa relação de **integração, interação e co-dependência** só existe porque é configurada a partir da relação de **respeito mútuo** entre o profissional e o ser cuidado, que acaba por definir a satisfação destes mediante os resultados do processo de cuidar. Os atributos da mutualidade caracterizam-se por sentimento de intimidade, conexão e compreensão, com objetivo de satisfação de ambos intervenientes (HENSON, 1997). O relato a seguir explicita isso:

“Na relação de cultura e saúde o significado que atribuo a essa relação é **respeito mútuo**. Porque eu acho que os meus cuidados devem respeitar a cultura do outro, eu não posso tentar mudar a cultura dele que vêm dos pais, avós, então não sou eu quem vai mudar, eu acho que eu tenho que tentar me adequar a cultura dele fazer o cuidado de enfermagem em cima disso sem tentar mudar muito a rotina de vida deles” (BOLDO).

Por conseguinte, fica evidente que para se obter um cuidado apropriado à cultura do outro, a enfermagem deve estar comprometida a considerar a diversidade cultural a partir de um olhar que enxergue a cultura do outro com **respeito**. O cuidado profissional a ser trabalhado pela enfermagem deve atingir as pessoas naquilo de que mais precisam, valorizando suas vivências, respeitando seu saber (BUDÓ; SAUPE, 2004).

O **respeito** ao diversificado universo cultural do outro proporcionará à enfermagem o comprometimento com a promoção em saúde de uma maneira **integral e equitativa**. A Enfermagem pode contribuir ou comprometer-se com a promoção da saúde, seja individual ou coletiva, por meio do cuidado com uma lente apropriada para olhar e cuidar, considerando a diversidade cultural (CUNHA et.al, 2009).

Na conjuntura culturalmente diversificada da região amazônica, ao aproximar o cuidado em saúde das realidades culturais específicas da região, **respeitando** e

interagindo com o cuidado popular, surgem oportunidades dos enfermeiros da ESF fortalecerem as suas ações em saúde, fundamentadas no olhar culturalmente sensível.

O cuidado em enfermagem precisa ser harmonioso, num respeito às crenças, valores, práticas e hábitos de todos os envolvidos, como Leininger tem teorizado (ERDMANN; ERDMANN, 2003).

Em tempos pós-modernos, a Enfermagem da Estratégia Saúde da Família tem se proposto a desenvolver um cuidado preocupado em **respeitar** as crenças e valores culturais do usuário pelo **compartilhamento de experiências, saberes e percepções** em relação ao processo saúde-doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Ao desenvolvermos esta pesquisa pudemos adentrar num mundo fascinante que se perfez entre os intrincados e desafiadores caminhos da cultura e saúde, por meio do ajuntamento entre a ciência da antropologia e da enfermagem.

Nesse universo, apreendemos que para **compreender** cultura e saúde é preciso primeiramente se desvencilhar da ideia de que todo o explicar e/ou fazer saúde se faz somente a partir do conceito cartesiano e estritamente biomédico, pois quando se trata da relação cultura/saúde o melhor caminho sempre será o “*colocar-se no lugar do outro*”, para **compreender** a heterogeneidade de concepções que existem a respeito do processo saúde-doença.

Nessa jornada, muitas de nossas concepções ganharam novos contornos e, ao nos depararmos com o caráter transformador do conhecimento, hoje entendemos melhor o porquê de precisarmos de práticas em saúde mais democráticas e comprometidas com o povo e sua realidade cultural.

A abordagem do cuidado transcultural proposto por Leininger trouxe uma apropriação peculiar para o estudo em questão, uma vez que se buscou compreender a realidade cultural vivenciada pelos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família inseridos no contexto Amazônico, bem como compreender os significados que eles atribuíam à interação entre cultura e saúde, mediante suas ações de cuidado no contexto do dia-a-dia de trabalho.

Dentre as reflexões sobre a cultura e saúde na Amazônia, algumas respostas foram encontradas e a confirmação de nossa hipótese inicial foi vislumbrada, à medida que as categorias se estruturaram, percebemos que as influências culturais no contexto das vivências dos enfermeiros da ESF estão imersas numa realidade cultural distinta da região Amazônica. Nessa realidade, a comunidade se utiliza dos recursos disponíveis na natureza para cuidar e/ou curar os males do corpo em prol da saúde e, para tal, há o recebimento de uma fartura de saberes herdados das tradições familiares. Esse fato gera, em alguns momentos, **relações desajustadas** entre o cuidado profissional, impregnado do conhecimento científico, e o cuidado popular, pois no discurso e vivência de alguns enfermeiros (as), observamos ainda a forte influencia do modelo biomédico, revelado por meio de um **conflito oculto** ou mascarado por trás de uma

“igualdade formal” de conhecimentos, como se a desigualdade não existisse marcadamente nessa relação.

No entanto, mesmo em meio a essa realidade, observamos que grande parte dos enfermeiros da ESF já se preocupa em contemplar o cuidado cultural no momento de implementar suas ações em saúde, seja repadronizando-as ou negociando-as. O conhecimento popular passa a ser **valorizado** e visto com **respeito** pela comunidade científica e profissionais de saúde. Estes fazem isso através do respeito à cultura do ser cuidado. Nesse momento ocorre a interação entre os saberes popular e erudito, no intuito de se promover saúde de maneira holística e integral, uma vez que os constructos culturais não são invioláveis, mas propensos a alterações contínuas.

Além disso, no que diz respeito à formação profissional, notamos por meio da subcategoria (A formação lato sensu e a sua contribuição para a vivência dos enfermeiros da ESF na implementação do cuidado cultural) que o enfermeiro ainda possui, em seus conhecimentos, poucas disciplinas acadêmicas que abrangem o cuidado cultural e, por conta disso, eles encontram dificuldade em implementar o cuidado cultural em sua prática cotidiana. Porém, notadamente, entendemos que, apesar dessa possível lacuna deixada pela academia, o enfermeiro da estratégia de saúde da família deve prosseguir e persistir em caminhar para um cuidado culturalmente sensível.

Por fim, transpondo o espaço de discussão da academia, o enfermeiro encontra-se no emaranhado da relação entre saúde, cultura e cuidados em enfermagem. Nessa tríade, compreendemos que os (as) enfermeiros (as) atribuem a esta relação os significados de **interdependência, correlação, interação, aprendizado, ganho de experiência, crescimento** pessoal, individual e **respeito mútuo**. Dessa forma, ao levar em consideração a imbricada relação entre a cultura e saúde, para definir uma melhor assistência ao ser cuidado, este profissional caminha para a preservação, acomodação ou repadronização do cuidado.

É relevante reforçar que como profissional inserido num contexto tão diverso como o da região amazônica, é necessário sempre buscar repensar o cuidar em saúde comprometido com as reais e autênticas questões sociais e humanas da comunidade. Mas, o que seria ideal em termos de cuidados em enfermagem para a população

amazônica? Diante do exposto, durante todo o trabalho, foram elencadas algumas propostas e estratégias que podem ser acrescidas.

Uma das propostas é que o cuidado realizado pelos enfermeiros da ESF na Amazônia em **articulação** com os programas de saúde do SUS respondam democraticamente às necessidades culturais da população; que **respeitem** as diversas formas de cultura popular existentes, uma vez que as pessoas, ao lidarem com a saúde e doença, reproduzem o seu modo de viver e enxergar o mundo por meio da cultura.

Esta pesquisa se propôs, a partir das respostas obtidas e dos objetivos, **abrir novos horizontes** que incentivem inclusive a **justa participação popular** de maneira efetiva na **formulação de políticas públicas de saúde**, rompendo com o individualismo e autoritarismo muitas vezes presente nas relações sociais e políticos revelados através do desrespeito às regionalizações e necessidades sociais culturalmente definidas a cada região, no caso em estudo a Amazônia. Portanto, um dos comprometimentos desta pesquisa é trazer **respostas e incentivos** para que nossas políticas de saúde estudem melhor os determinantes sociais de saúde e doença e **articule suas ações**, tendo em vista as peculiaridades culturais de cada região do Brasil.

Acreditamos que pesquisas como esta incentivarão também nossas Universidades a repensarem a respeito da inserção do **estudo mais aprofundado** quanto ao cuidado culturalmente congruente, nas grades curriculares dos cursos de graduação em enfermagem. Tal proposta promoverá um ensino que articule cada vez mais a enfermagem com outros campos de conhecimento, dentre eles a antropologia (esta fortalece e embasa cientificamente suas práticas apoiadas nas lentes do olhar cultural, e a cultura está envolta a tudo o que somos e realizamos enquanto agentes sociais).

A criação de um modelo de cuidado culturalmente sensível às realidades da população só será possível quando houver um **diálogo sincero**, que mostre abertamente onde se encontram os possíveis conflitos sociais e culturais na hora da implementação dos cuidados em saúde. Os **horizontes de mudanças** apontam para um cuidado que se distancia cada vez mais da ideologia da doença e compromete-se cada vez mais com o indivíduo dentro de seu contexto social.

O cuidado em enfermagem, portanto, deve estar aberto ao desafio de **reconstruir-se**, destituir-se de seus estigmas, para **interligar-se ao** cuidado popular, a partir de uma relação de **co-dependência**, e construir-se juntamente com a cultura do ser cuidado. Assim, estará a se contemplar, em ações práticas, a Teoria do Cuidado Transcultural criada por Madeleine Leininger e se consolidará cada vez mais a Etnoenfermagem no espaço nacional e internacional.

Mesmo sendo um desafio, o cuidado cultural deve nascer “da”, “na” e “para” a comunidade. Deve ser construído e alicerçado em recursos que possibilitem uma prática em saúde democrática. Cabe ressaltar que como agente de transformação social, o enfermeiro tem como compromisso promover cidadania e diminuir as injustiças sociais no local em que vive a maioria do povo brasileiro no âmbito da saúde-doença.

Este estudo confirma que as práticas de cuidado em saúde devem conceber a doença como um **fenômeno social** que **incorpora** as contribuições do saber popular com **respeito à cultura do outro**, a fim de que este não seja visto como aquilo que fica à margem de saber erudito, mas sim como um conhecimento competente e transformável. A partir desta compreensão, alarga-se a perspectiva de produzir **mudanças sociais** que poderão **transformar** a nossa sociedade no que diz respeito à **promoção à saúde de forma integral**.

O indivíduo é o que é porque está interagindo com a sua sociedade, com a história, seu ambiente. Então, não é uma utopia e sim uma **inspiração** acreditar que o cuidado em enfermagem pode **interagir** com a cultura do outro, **respeitar** os modos de vida do homem em seu ambiente e **intervir de maneira sensível** sobre as reais necessidades e expectativas da população, **ajudando** a melhorar a saúde e a qualidade de vida e com isso, **promover** um contexto social mais justo.

Finalizamos esta pesquisa deixando aqui impregnado o nosso olhar, como pesquisadores etnosenfermeiros. Cremos que não termina aqui o estudo dessa temática tão instigante e fascinante, pois muitos outros olhares poderão apresentar outras visões. Porém é certo que o cuidado de enfermagem culturalmente sensível ofertado ao indivíduo, em seu contexto sociocultural, contribuirá com uma prática em enfermagem cada vez mais **comprometida** com ações em saúde envolvidas com a **ética** e com o **respeito** à diversidade cultural.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, B.B.M. **MODALIDADES DE USOS E SABERES DO CIPÓ CABI.s/Æculum - REVISTA DE HISTÓRIA** [27]; João Pessoa, jul./dez. 2012.

ALVIM, N.A.T; FERREIRA, M.A; CABRAL, I.E.; ALMEIDA FILHO, A. J. **O uso de plantas medicinais como recurso terapêutico: das influências da formação profissional às implicações éticas e legais de sua aplicabilidade como extensão da prática de cuidar realizada pela enfermeira. Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.14, n.3, maio/jun. 2006.

AMADIGI, R.F; GONÇALVES, R.E; FERTONANI, P.H; BERTONCINI, H.J; SANTOS, A.M.S. **A antropologia como ferramenta para compreender as práticas de saúde nos diferentes contextos da vida humana. REME – REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM**.2009.

AYRES JR CM, FRANÇA JÚNIOR I, CALAZANS GJ, SALETTI FILHO HC. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios.** In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2003. p. 117-39.

BAGNO, M. **Português ou brasileiro?** Um convite à pesquisa. São Paulo, Parábola, 2001.

BARUFFI, L. M. **O cuidado cultural à mulher durante a gestação: uma contribuição para a humanização.** 2004. 180f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

BEZERRA, M.G.A; CARDOSO, M.V.L.M.L. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Rev Latino-am Enfermagem**;v. 14, n.3, p. 414-21, 2006.

BECKER, S.G et al. Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon; **Rev. Bras. Enferm**; v.62, n.2, 2009.

BELLATO R, PEREIRA WR. **Enfermagem: da cultura da subalternidade à cultura da solidariedade.** **Texto contexto-enferm.** 2006;15(1):17-25.

BETTINELLI, L.A; ERDMANN AL. **Relações solidárias nos serviços de saúde - uma utopia?**R. gaúchaEnferm., Porto Alegre, v.21, n.2, p.19-36, jul. 2000.

BOEHS, A.E. An analysis of the negotiation/accommodation concepts in M. Leininger's theory.**Rev Latino-am Enfermagem**; v.10, n. 1, p.90-96, 2002.

BOEHS AE, MONTICELLI M, WOSNY AM, HEIDEMANN IBS, GRISOTTI M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2007 Abr-Jun; 16(2): 307-14.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BUDÓ, M. L. D. Cuidando e sendo cuidado – um modelo cultural de saúde em comunidade rural. In: GONZALES, R. M.; BECK, C. L. C.; BUDÓ, M. L. D. **Cenários de cuidado**: aplicação de teorias de Enfermagem. Santa Maria: Palotti, 1999. p. 159-263.

BUDÓ, M. L. D; SAUPE R. **Modos de cuidar em comunidades rurais**: A cultura permeando o cuidado de enfermagem. Texto Contexto Enferm 2005 Abr-Jun; 14(2):177-85.

BUDÓ, M. L. D; SAUPE R. **Conhecimentos populares e educação em saúde na formação do enfermeiro**. RevBrasEnferm, Brasília (DF) 2004 mar/abr;57(2):165-9.

CARDOSO, C. F; VAINFAS, R. (Orgs). **Domínios da história**. Ensaios de teorias e metodologia. Rio de Janeiro, Campus, 2000.

CARREIRA, L. **O cuidar ribeirinho: os saberes e práticas de saúde das famílias da ilha Mutum-PR**. 2002. 134f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro.

CARVALHO, A.E. **A paixão pelo entendimento**: Claude Lévi-Strauss e a universalidade da cultura. Cronos, Natal-RN, v. 9, n. 2, p. 301-314, jul./dez. 2008.

CAVALCANTE, L. I. P. WEIGEL, V. A. C. **Educação na Amazônia: oportunidades e desafios**. Disponível em «www.desenvolvimento.gov.br/arquivo/sti/publicacoes...» Acesso em 24 de setembro de 2013.

CESTARI, M.E.W; ZAGO, M. M. F. **A atuação da enfermagem na prevenção do câncer na mulher**: Questões culturais e de gênero. CiencCuidSaude 2012; 11(suplem.):176-182.

CEOLIN, T. Conhecimento sobre plantas medicinais entre agricultores de base ecológica da região do sul do rio grande do sul. Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. 2009.

CHENITZ, W.C.; SWANSON, J.M. **From practice to grounded theory**. New York: Addison Wesley, 1986. 259 p.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

COMISSÃO Tundisi. Ciência e Tecnologia para a Amazônia: avaliação da capacidade instalada de pesquisa. **Parcerias Estratégicas**; n. 12, p. 321-325, Brasília: set 2001.

COUTO, H. do. O que é português brasileiro. Col. Primeiros passos, 164, 4ª ed., São Paulo, Brasiliense, 1986.

CREVELIM, M. A. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**;v.10, n. 2, p.323-331, 2005.

CRUZ-NETO, O. O Trabalho de campo como descoberta e criação.In: MINAYO, M.C et al. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994, p.51-66.

CUNHA, R.Ret al. Promoção da saúde no contexto paroara: possibilidade de cuidado de enfermagem.**Texto Contexto Enf**;v.18, n. 1, p. 170 6, 2009.

DI STASI, L. **Plantas medicinais: verdades e mentiras, o que os usuários e os profissionais de saúde precisam saber**. São Paulo: UNESP, 2007.133 p.

ELSEN, I. **Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual**. In: ELSEN, Ingrid; MARCON, Sonia Silva; SILVA, Mara Regina Santos da (Orgs.). **O viver em família e a sua interface com a saúde e a doença**. 2.ed. Maringá:Eduem, 2004. p. 19-28.

ERDMANN A.L, ANDRADE S.R, MELLO A.L.S.F, Drago L.C.**A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços**. Rev. Latino-Am. Enfermagem jan.-fev. 2013; 21(Spec)

ERDTMANN, B. K.; ERDMANN, A.L. O modelo do sol nascente e razão sensível na enfermagem.RevBrasEnferm, Brasília (DF) 2003 set/out;56(5):523-527.

FARO, M.C.S. Mulher, cura e pajelança em soure (ilha do Marajó-PA).RESUMO: 2009.

FERREIRA, M. M. (Org). História oral e multidisciplinaridade. Rio de Janeiro, Diadorim / Finep, 1994.

FRANCO, T.B; MERHY, E.E. **Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. In: MERHY, E.E;RIMOLI, H.M.M.J; FRANCO, T.B; BUENO, W.S.**O trabalho emsaúde**. São Paulo: HUCITEC, 2004. p.55-124.

FREIRE, P.**Gênero e saberes da Amazônia: reflexões sobre saúde e conhecimentos tradicionais**. Florianópolis, 2008.

FLICK, U. Documentação de dados. In: _____. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed. São Paulo: Artmed, 2009. p. 265-275.

GONZÁLEZ, L.J.F; DOMINGOS, T.R.E. **Antropologia e educação**. Cadernos de Antropologia da Educação v. 1. Petrópolis (RJ): Vozes; 2005.

GASTAL C.L.C, GUTFREIND C. **Um estudo comparativo de dois serviços de saúde mental: relações entre participação popular e representações sociais relacionadas ao direito à saúde**. Cad Saúde Pública. 2007;23(8):1835-44.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

HECK, R. M. **Contexto sociocultural dos suicídios de colonos alemães: um estudo interdisciplinar para a enfermagem**. 2000. 297p. Tese [Doutorado em Enfermagem]– Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

HELMAN, C.G. **Cultura, Saúde Doença**– 5ª. ed. 2009.

HENSON RH. Analysis of the concept of mutuality. Image: NursScholarship. 1997: 29(1): 77-81.

JACOPETTI SR, NEVES VF. Atenção em saúde da família: proposta de implementação em cursos de graduação em enfermagem. Rev Eletrônica Enferm [online] 2006 [acesso 2013 setembro 19]; 7(7): 247-65. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_3/original_01.htm.

JASTES, E. Dinâmica cultural nas danças tradicionais da Amazônia. 2005.

JUNGES, C. F. **Influência da cultura no comportamento alimentar de gestantes: Contribuições para enfermagem**. Dissertação de mestrado. Santa Maria, RS, 2010.

KLEINMAN A. Rethinking psychiatry from cultural category to personal experience. New York: The Free Press; 1988. 237p.

LAKATOS, E.M; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5ª. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LANGDON, J.E. **Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon**. Rev Bras Enferm, Brasília 2009 mar-abril; 62(2): 323-6.

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

LEININGER M. **Transcultural nursing: concepts, theories, research e practice.** New York: McGraw– Hill; 2002.

LEININGER M. **Culture care diversity & universality: a theory of nursing.** New York (USA): National League for Nursing; 1991.

LEININGER, M. **Qualitative research methods in nursing. Orlando:** Ethnography and ethnonursing models and modes of qualitative dada analysis. **Grune&Stratton;** v. 3, p. 33-71, 1985.

LEININGER, M. Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade. In: **Simpósio brasileiro de teorias de enfermagem.** Anais. Florianópolis: UFSC, 1985. p. 255-276.

LEININGER, M. Culture care diver- sity and universality theory and evolution of the ethnonursing method. In Leininger, M;MCFARLAND, M.R.**Culturecare diversity & universality: A worldwidenursing theory.** 2ª ed. 2006.p.1-42.

LEININGER, M.M; MCFARLAND, M.R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory.** New York (NY): McGraw-Hill; 2006.

LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia estrutural.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

LUZ, M. T. **Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX.** **Physis,** Rio de Janeiro, v.15(Suplemento), p.145-176, 2005. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a08.pdf>. Acesso em: 12 set 2013.

___Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1, 1985, Florianópolis. **Anais ...Florianópolis: UFSC, 1985, p. 255-276.**

MARTINS FA. Sexualidade da mulher no ciclo gravídico-puerperais e valores culturais. [Dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 1998.

MALINOWSKY, B. **Sex and repression in a savage society.**London: Routledge e Kegan, 1953.

MAUÉS, R.H. Medicinas populares e “pajelança cabocla” na Amazônia. In: ALVES, P.C;MINAYO, M.C.S.(Orgs). **Saúde e doença: um olhar antropológico.** Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 1998. p.78-81.

MAUÉS, R. H. **A Ilha Encantada:** medicina e xamanismo numa comunidade de pescadores. Belém: UFPA, 1990.

MAUÉS, R. H. **Religião e medicina popular na Amazônia:** A etnografia de um romance. *R.Revista ANTHROPOLOGICAS*, ano 11, vol. 18(2), 2007.

MAUÉS, R. H. **Outra Amazônia: Os santos e o catolicismo popular.** *Norte Ciência*, vol. 2, n. 1, p. 1-26 (2011)

MATUMOTO, S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação:** um ensaio cartográfico do acolhimento. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP. 2003.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade:** algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In.: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2006. p 41-63.

MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. **Redes sociais, complexidade, vida e saúde** *Ciência, Cuidado e Saúde Maringá*, v. 5, n. 1, p. 67-74, jan./abr. 2006.

MINAYO, M.C. **Pesquisa Social: Teoria Método e Criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1994. p.72.

_____. **Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social.** In: MINAYO, M.C et al (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Rio de Janeiro: Vozes, 1994, p. 9-29.

MINAYO, M.C. **O Desafio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde.** 11. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MONTICELLI, M; et al. Aplicações da teoria transcultural na prática da Enfermagem a partir de dissertações de mestrado. **Texto Contexto Enferm;** v.19, n.2, p: 220-8, 2010.

MONTICELLI, M. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias, no contexto do nascimento hospitalar:** uma etnografia de alojamento conjunto. 2003. 427f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MONTICELLI, M.; ELSÉN, I. **A cultura como obstáculo:** percepções da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto. *Revista Texto Contexto Enfermagem*, v. 15, n. 1, p.26-34, 2006.

MORETTO E.F.S. Os enfermeiros e sua relação com os princípios do SUS. *Texto&ContextoEnferm* 2000; 9(2): 611-20.

MORETTI, P.R.O. Complexity in Family Healthcare and the training of future healthcare professionals. *Interface - Comunic., Saúde, Educ;* v.13, n.30, p.153-66, 2009.

MUNIZ, R. M. Os significados da experiência da radioterapia oncológica na visão de pacientes e familiares cuidadores. 2008. 243 f. Tese [Doutorado em Enfermagem]- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2008.

NARDI, J.B. **Cultura, identidade e língua nacional no Brasil: Uma utopia?**.2002

NASCIMENTO,K.C; ERDMANN, A.L.Perfil dos agentes comunitários de saúde e as ações de cuidado aos clientes portadores de hipertensão arterial. Rev. RENE. Fortaleza, v. 6, n. 3, p. 95-104, set./dez.2005

OLIVEIRA, I.A. **Cartografias Ribeirinhas: Saberes e representações sobre práticas sociais cotidianas de Alfabetizando Amazônidas**. Coleção Sabres Amazônicos, 2008 n°1.

OLIVEIRA, E.R. O que é medicina popular?. Coleção Primeiros passos.São Paulo: Abril Cultural: Brasiliense,1985.

OLIVEIRA MMC, VIEIRA NFC, SIQUEIRA RC, ALVES AM, BARROSO MGT, CARDOSO MVLML.Análise das investigações em enfermagem e o uso da teoria do cuidado cultural.CiencCuidSaude 2009 Jan/Mar; 8(1):109-117.

ORIÁ,M.O.B; XIMENES, L.B; ALVES, M.D.S. Madeleine Leininger e a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural: um resgate histórico. **Online Braz J Nursing**; v. 4, n. 2,2005. Disponível em: www.uff.br/nepae/objn402oriaetal.htm. Acesso em: 20 Jul2013.

PAIVA, I.P.Um diálogo sobre a cultura e a construção do homem.Doutoranda em Ciências Sociais – Universidade Federal do Rio Grande do Norte;2004.

PINHEIRO PNC. **Mães soropositivas: enfoque educativo visando a melhor qualidade de vida**. [Dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2000.

PORTO, C. Macrocenários da Amazônia 2000-2020. **Parcerias Estratégicas**; n. 12, p. 185- 213, 2001.

PRADO, M.L; BACKES,V.M.S; SANTANA, M.E; SOUZA, M.L.**Políticas públicas na formação em saúde: Contribuição da Enfermagem para superação das desigualdades regionais Brasileiras.Texto Contexto Enferm**;v.16, n.3, p. 531-5, 2007.

REIBNITZ, K.S; PRADO, M.L. **Inovação e educação em enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2006.

RICHARDSON, R. **Pesquisa social: Métodos e técnicas**.São Paulo: Atlas, 1985.

ROSENTHAL, T.T. Using ethnography to study nursing education.**West.J.Nurs.Res**; v. 11, n. 1, p. 115-27, 1989.

ROSA, N.G.; LUCENA, A.F.; CROSSETTI, M.G. Etnografia e etnoenfermagem: métodos de pesquisa em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 14-22, 2003.

RODRIGUES, A. Uma estrutura de classificação com enfoque na cultura amazônica. **Ci. Inf**; v. 34, n. 2, p. 43-51, 2005.

SANTOS, S.R.; NÓBREGA, M.M.L. A Grounded Theory como alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Rev Bras Enferm**; v. 55, n. 5, p. 575-9, 2002.

SEIMA, M.D; MICHEL, T; MÉIER, M.J; WALL, M.L; LENARDT, M.H. A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de madeleine leininger: revisão integrativa 1985 – 2011. **Esc Anna Nery**; v. 15, n. 4, p. 851-857, 2011.

SILVA, Ret al. **Política territorial na Amazônia ocidental: uma abordagem sobre o projeto hidrelétricas do rio madeira em Rondônia**. **Rev. de educação, cultura e meio ambiente**; v. 9, n.30, 2005.

SILVA, R. M.C.R. A; PEREIRA, E.R, SANTO, F.H.E; MARCOS ANDRADE SILVA, M.A. **Cultura, saúde e enfermagem: o saber, o direito e o fazer crítico-humano**. **Rev. Eletr. Enf.** 2008;10(4):1165-71.

SILVA, R.F. A aplicabilidade da teoria do cuidado cultural por enfermeiras nos periódicos de saúde brasileiros (1993 – 2007). Trabalho de Conclusão de Curso UNIRIO, Rio de Janeiro, Dez. 2007.

SIQUEIRA, K.M. et al. Perfil das intoxicações exógenas infantis atendidas em um hospital especializado da rede pública de Goiânia-GO. **Revista Eletrônica de Enfermagem**; v.10, n. 3, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a12.htm>. Acesso em: 22 julho 2013.

SILVEIRA, R.S; MARTINS, C.R; LUNARDI, V.L; FILHO, W.D.L. Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**; v.62, n.3, p. 442-446, 2009.

SILVA SED, RAMOS FRS, MARTINS CR, PADILHA MI, VASCONCELOS EV. **Constituição cidadã e representações sociais: uma reflexão sobre modelos de assistência à saúde**. **Rev Esc Enferm USP**; 44(4):1112-7, 2010.

SOUZA, M.L SARTOR, V.V.B. PADILHA, M.I.C.S. PRADO, M.L. **O cuidado em enfermagem - uma aproximação teórica**. **Texto Contexto Enferm** 2005 Abr-Jun; 14(2):266-70.

TANAKA, O; MELO, C. Avaliação de programas de saúde do adolescente, um modo de fazer. **Rev Bras Enferm**; v.62, n. 3, p. 442-6, 2009.

TEIXEIRA, E. **Travessias, redes e nós**:Complexidade do cuidar cotidiano de saúde entre ribeirinhos. Belém, 2001.

TESSER, Charles Dalcanale; LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades médicas e integralidade. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n.1, p.195-206, 2008.

TOMEY, A.M; ALLIGOOD, M.R. **Teóricas de enfermagem e a sua obra** (Modelos e teorias de Enfermagem).5ª edição. Lusociência, Lda.2004.

VENDRUSCOLO, G. S. **Estudo etnobotânico das plantas utilizadas como medicinais por moradores do bairro Ponta Grossa**. 2004. 276f.Dissertação (Mestrado)-Instituto de Biociências. Programa de Pós-Graduação em Botânica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

WEIGEL, P. **O papel da ciência no futuro da Amazônia**: uma questão de estratégia. *Parcerias Estratégicas*; n. 12, p. 62-83, 2001.

WELCH, A.Z et al. cuidados culturales: teoría de la diversidad y la universalidad.In: TOMEY, A.M; ALLIGOOD, M.R. **Modelos y teorías en enfermería**.Madri: Harcourt; 2000.

YÉPEZ, M.T; MORAIS,A.S; CELA, M. Construções Discursivas acerca do Usuário do Programa Saúde da Família (PSF). **Psicologia Ciência e Profissão**;v.29, n.2, p.364-37, 2009.

APÊNDICES

APENDICE A – Carta Autorização do Secretário Municipal de Saúde de Belém

Prezado (a) Secretário (a), Sylvia Christina Souza de Oliveira Santos,

Este estudo tem como finalidade apreender como os Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, inseridos no contexto amazônico, vivenciam na prestação dos cuidados em saúde a influência da Cultura Amazônica e quais os significados atribuídos por estes a essas interações.

O estudo faz parte da dissertação de mestrado em Enfermagem que desenvolvido no Programa de Pós Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Pará (PPGENF/UFPa) sob a orientação da Professora Dra. Jacira Nunes Carvalho.

Será utilizada a entrevista como instrumento de coleta de dados e a identidade do entrevistado será preservada, sendo nomeado o cargo e a função que ocupa.

Para prosseguir com a investigação, solicito sua colaboração mediante autorização, a qual será muito importante para realização de um estudo que visa contribuir para o aperfeiçoamento da produção de conhecimento relativo à dinâmica saúde/-cultura da população Amazônica particularmente no âmbito das ações de saúde em enfermagem.

Agradeço antecipadamente sua gentileza e atenção.

Suane Coelho Pinheiro

Mestranda em Enfermagem/PPGENF/UFPa

Assinatura do secretário(a) municipal de Saúde

DATA: _____ / _____ / _____

APENDICE B – Carta Autorização do Secretário Municipal de Saúde de Benevides

Prezados (as) Secretário (a) e Suplente, Juliana Conceição Dias Garcez, Sr. Rodrigo Balieiro.

Este estudo tem como finalidade apreender como os Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, inseridos no contexto amazônico, vivenciam na prestação dos cuidados em saúde a influência da Cultura Amazônica e quais os significados atribuídos por estes a essas interações.

O estudo faz parte da dissertação de mestrado em Enfermagem que desenvolvido no Programa de Pós Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Pará (PPGENF/UFPa) sob a orientação da Professora Dra. Jacira Nunes Carvalho.

Será utilizada a entrevista como instrumento de coleta de dados e a identidade do entrevistado será preservada, sendo nomeado o cargo e a função que ocupa.

Para prosseguir com a investigação, solicito sua colaboração mediante autorização, a qual será muito importante para realização de um estudo que visa contribuir para o aperfeiçoamento da produção de conhecimento relativo à dinâmica saúde/-cultura da população Amazônica particularmente no âmbito das ações de saúde em enfermagem.

Agradeço antecipadamente sua gentileza e atenção.

Suane Coelho Pinheiro

Mestranda em Enfermagem/PPGENF/UFPa

Assinatura do secretário(a) municipal de Saúde

DATA: _____/_____/_____

APENDICE C – Carta Convite

Prezado (a) Enfermeiro (a),

Este estudo tem como finalidade compreender como os Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, inseridos no contexto amazônico, vivenciam na prestação dos cuidados em saúde a influência da Cultura Amazônica e quais os significados atribuídos por estes a essas interações.

O estudo faz parte da dissertação de mestrado em Enfermagem que desenvolvido no Programa de Pós Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Pará (PPGENF/UFPa) sob a orientação da Professora Dra. Jacira Nunes Carvalho.

Será utilizada a entrevista como instrumento de coleta de dados e a identidade do entrevistado será preservada, sendo nomeado o cargo e a função que ocupa.

Sua colaboração será muito importante para realização de um estudo que visa contribuir para o aperfeiçoamento da produção de conhecimento relativo à dinâmica saúde/-cultura da população Amazônica particularmente no âmbito das ações de saúde em enfermagem.

Agradeço antecipadamente sua gentileza e atenção.

Suane Coelho Pinheiro

Mestranda em Enfermagem/PPGENF/UFPa

APENDICED–Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA VIVENCIANDO NA PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS A INFLUÊNCIA CULTURAL AMAZÔNICA.

INSTITUIÇÃO: ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa científica, a ser realizada nesta instituição de saúde no mês novembro. Com esta pesquisa pretendemos compreender sobre a vivência dos enfermeiros que trabalham na Estratégia Saúde da Família a respeito da influência cultural amazônica na implementação de suas ações em saúde e os significados atribuídos por estes a essas interações.

Caso queira participar, a pesquisadora lhe fará algumas perguntas relacionadas aos seus conhecimentos a respeito do assunto.

Os dados coletados farão parte dos relatórios a serem realizados, posteriormente farão parte dos arquivos do pesquisador, sendo suas informações e identidade guardadas no mais absoluto sigilo.

A sua colaboração é fundamental para a realização desta pesquisa.

O (a) Sr.(a) poderá se recusar a participar desta pesquisa ou deixar de responder a qualquer pergunta que por qualquer motivo não goste. Isto não lhe acarretará nenhum prejuízo pessoal.

A pesquisadora que lhe entrevistará assumirá o compromisso de não revelar, em hipótese nenhuma, o seu nome ou os problemas relatados por você durante a entrevista, de forma que o (a) senhor (a) seja identificado (a).

Caso o (a) Sr.(a) aceite participar deste estudo, solicito que assine este termo de consentimento.

O (a) Sr.(a) tem o direito de verificar tudo o que está sendo feito, bem como fazer qualquer pergunta sobre a pesquisa.

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa, cooperando com a coleta de dados. Declaro também estar ciente que dela poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

Assinatura do participante

DATA DA ENTREVISTA: _____

SUANNE COELHO PINHEIRO

Pesquisadora responsável

Telefone para contato: 83884763 (UFPa – Curso de Mestrado em Enfermagem / Instituto de Ciências da Saúde)

APENDICE E - Entrevista Semiestruturada

- O que é ser enfermeiro da (a) ESF num contexto regional tão multicultural como o nosso?
- Fale-me sobre experiências vivenciadas como enfermeiro (a) no seu dia a dia de trabalho na ESF que retratem a relação entre a saúde, cultura e o cuidado em enfermagem?
- Como profissional, que significados você atribuiria a esta relação: saúde, cultura e cuidados em enfermagem?