

A hegemonia do modelo biomédico a partir das representações dos profissionais de saúde no contexto de um modelo de atenção à saúde com abordagem intercultural em Chugchilán, Equador¹

The Hegemony of the Biomedical Model from the representations of health personnel in the context of a health care model with an intercultural approach in Chugchilán, Ecuador

Ana Lucía Quiroz-Hidrovo^a

 <https://orcid.org/0000-0002-3070-9286>

E-mail: anilquiroz@hotmail.es

Cristina Larrea-Killinger^b

 <https://orcid.org/0000-0002-2782-6748>

E-mail: larrea@ub.edu

Dolors Rodríguez-Martín^c

 <https://orcid.org/0000-0002-5523-9954>

E-mail: dolorsrodriguezmart@ub.edu

^a Universidad de Barcelona. Facultad de Enfermería. Programa de Doctorado Enfermería y Salud. Barcelona, España.

^b Universidad de Barcelona. Facultad de Geografía e Historia. Departamento de Antropología Social. Grupo de investigación "Antropología de les crisis i transformacions contemporànies" (CRITS). Barcelona, España.

^c Universidad de Barcelona. Facultad de Enfermería. Departamento de Enfermería Fundamental y Clínica. Grupo de Investigación en Género, Identidad y Diversidad (GENI). Barcelona, España.

Resumo

Este artigo tem como objetivo compreender como a abordagem intercultural é colocada em prática no contexto do Modelo de Atenção Integral à Saúde com abordagem Familiar, Comunitária e Intercultural em Chugchilán (Equador), mediante os conhecimentos, percepções e práticas aplicadas pela equipe de saúde na atenção materno-infantil. Estudo etnográfico, do qual participaram 21 profissionais de saúde entre profissionais indígenas - técnicos da atenção primária à saúde - e não indígenas do Centro de Saúde. As técnicas realizadas foram a observação participante e entrevistas em profundidade. Os dados gerados foram analisados por meio de análise do conteúdo temático. A análise dos dados evidenciou que a hegemonia do modelo biomédico operante poderia constituir uma limitação no desenvolvimento da abordagem intercultural, no entanto, os profissionais de saúde indígenas, a partir de seu papel ambíguo e contrário ao modelo biomédico, emergem como elemento contra-hegemônico e articulador real entre saberes biomédicos e indígenas em contextos interculturais de atenção-autocuidado.

Palavras-chave: Etnografia; Interculturalidade; Atenção à Saúde; Populações indígenas.

Correspondência

Ana Lucía Quiroz-Hidrovo

C/ Consell de Cent, 490 Piso 5 Puerta 4. Barcelona, España. 08013.

1 Entidade financiadora: Bolsa PhD Docentes 2016 (código ARSEQ-BEC-008890-2016), do "Programa de Bolsas para Doutorado PhD, para docentes de Universidades e Escolas Politécnicas". Secretaria de Educação Superior, Ciência e Tecnologia do Governo do Equador.

Abstract

This article aims to discover the intercultural practical approach in the context of the Comprehensive Healthcare Model within family, community, and interculturality in Chugchilán, Ecuador, via the recognition of knowledge, perceptions, and practices applied by the health team in maternal and child care. In this ethnographic study 21 health professionals, both Indigenous and non-indigenous from Chugchilán Health Center have participated, among the Indigenous health care workers were the primary health care technicians. The techniques applied were participant observation and in-depth interviews. The observed scenarios were the Health Center and excursion with community to record their daily life experiences. The generated data were examined using thematic content analysis. It showed that the operating biomedical hegemonic model could constitute one of the main limitations in the development of the intercultural approach. Even though Indigenous healthcare team holds an ambiguous and sometimes contrary role to the biomedical model, it has emerged as a counter-hegemonic element and real conciliator between biomedical and indigenous knowledge in intercultural contexts of care-self-care.

Keywords: Ethnography; Interculturality; Health Care; Indigenous Populations.

Introdução

A perspectiva intercultural no Equador foi introduzida na esfera política como resultado das mobilizações indígenas ocorridas na década de 1990, nas quais foi reivindicado o seu direito à terra, à água, à saúde, entre outros. As mobilizações levaram à reforma da Constituição em 2008, que estabeleceu o Equador como um Estado plurinacional que integra o *Sumak Kawsay* [em quíchua] ou *Buen Vivir* [em espanhol] no chamado Plano Nacional de Desenvolvimento (Equador, 2009). O *Sumak Kawsay* é um conceito inspirado nas abordagens ancestrais indígenas que se baseiam em uma visão de mundo holística das formas de vida andino-amazônicas e a partir da qual se pretende mostrar um modelo de vida harmonioso, tanto nas relações comunitárias quanto com o ambiente natural – “Pacha Mama” ou “Mãe Natureza” – (Acosta, 2015; Arteaga-Cruz, 2017).

Para atingir o objetivo do *Bem Viver*, a saúde era um dos elementos fundamentais, uma vez que o sistema de saúde equatoriano se mostrava incapaz de abordar a diversidade étnica e social existente. Esse fato ficou evidente, por exemplo, nas limitações de acesso aos serviços de saúde, nas altas taxas de desnutrição e na mortalidade materna e infantil – especialmente nos povos indígenas (López-Cevallos; Chi; Ortega, 2014). Nesse contexto, o papel do Ministério da Saúde Pública foi de grande importância, uma vez que suas reformas permitiram o direito à saúde de toda a população através do fortalecimento do primeiro nível de atenção e da aplicação de estratégias na atenção primária à saúde.

As reformas necessárias no sector da saúde incluíram a transformação do modelo de atenção à saúde – como eixo estratégico prioritário (Naranjo Ferregut et al., 2014). Essas reformas se transformaram no Modelo de Atenção Integral à Saúde com enfoque Familiar, Comunitário e Intercultural (MAIS-FCI) que, segundo Espinosa et al. (2017), ao contrário dos programas anteriores que funcionaram no país, não se centrava na doença ou na prestação de serviços curativos, mas sim nas pessoas, em suas famílias e suas comunidades. Mas, além da autoridade sanitária, a abordagem intercultural foi apresentada como um programa em que coexistem os dois sistemas de saúde presentes no Equador.

O primeiro é o da medicina tradicional indígena ou medicina ancestral, termos que, do ponto de vista “ético”, utilizaremos para nos referirmos aos termos utilizados pelo Estado ou instituições oficiais e, por outro lado, do ponto de vista “êmico” levamos em consideração o termo “medicina tradicional” usado por membros da comunidade e por Técnicos de Atenção Primária à Saúde (TAPS). O segundo é o sistema biomédico ou medicina ocidental. A abordagem intercultural procurou oficializar a convivência entre esses dois modelos, tendo como pilares fundamentais a criação e formação dos TAPS – pessoal oriundo das próprias comunidades indígenas; a inclusão de parteiras e médicos tradicionais/ancestrais no sistema oficial de saúde; e formação na abordagem intercultural de profissionais de saúde (Equador, 2012).

No entanto, segundo diversos autores, o modelo MAIS-FCI não responde a uma abordagem intercultural em que se incorporam as crenças dos povos e nacionalidades indígenas – como grupo ou de forma individual – no sistema de saúde (Gallegos; Waters; Kuhlmann, 2017; Torres; López-Cevallos, 2017; Herrera et al., 2019). Herrera et al. (2019) insistem que o caminho indígena para a cura pode ser “caótico” e “amorfo”, contrário ao modelo linear proposto pelo Estado e baseado em noções essencialistas do que significa a cultura indígena. Isso se deve, por um lado, ao fato de o Estado ignorar o caminho indígena para a cura e, por outro, porque se propõe que existem apenas dois modelos de saúde que interagem: o biomédico e o da medicina ancestral. Nessa linha, Menéndez (2016) destaca que atualmente os modelos de atenção na América Latina mantêm uma visão acrítica e reducionista da interculturalidade ao se basearem na existência de apenas dois modelos, deixando de lado as diferentes formas de entender a saúde e a doença. Por outro lado, a mudança de foco do curativo para o preventivo e a incorporação de diferentes abordagens no MAIS-FCI – entre elas a interculturalidade – influenciaram não somente as modificações estruturais do sistema de saúde equatoriano, mas também o perfil dos profissionais – que seriam aqueles que prestariam os cuidados de saúde, efetivando o que está estabelecido no MAIS-FCI. O Estado realizou um investimento significativo em pessoal visando o fortalecimento das equipes do primeiro nível de atenção. Assim, foram criados e formados Técnicos de Atenção Primária

à Saúde (TAPS), cujo perfil técnico era direcionado ao trabalho de prevenção e promoção e não ao trabalho curativo (Naranjo Ferregut et al., 2014; Espinosa et al., 2017). Os TAPS pertencem às próprias comunidades, razão pela qual, de uma forma particular, funcionam como um vínculo entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde. Entre suas atribuições, destacam-se as visitas extramuros – fora do centro de saúde; a educação e orientação sobre o cuidado de saúde; informações sobre o sistema de saúde e seu funcionamento – incluindo programas especiais de saúde, como o de vacinas –; e o preenchimento de formulários, como as fichas familiares, promovendo os serviços e programas estabelecidos pela autoridade sanitária. Por outro lado, este investimento se centrou também na melhor gestão da “Estratégia do ano de Serviços de Saúde Rural”, de acordo com os princípios do MAIS-FCI. É assim que os profissionais recém-formados devem completar o ano de saúde rural – período de trabalho obrigatório, principalmente nas áreas rurais, anterior à sua habilitação profissional. Para Pulido-Fuentes et al. (2017), os profissionais de saúde não adquirem competências culturais suficientes durante sua formação acadêmica, pois, em muitos casos, esse é o primeiro e único período – de sua trajetória profissional – em que estarão com a população indígena. Por esse motivo, Álvarez Romo et al. (2020) afirmam que o tempo insuficiente de permanência nessas comunidades, somado ao pouco tempo disponível com a comunidade – uma vez já trabalhando nelas –, faz com que esses profissionais não desenvolvam competências culturais.

Assim, este artigo visa responder à questão de como a abordagem intercultural é colocada em prática no contexto do MAIS-FCI em Chugchilán (Equador) através dos conhecimentos, percepções e práticas aplicadas pela equipe de saúde na atenção materno-infantil.

Metodologia

Este artigo apresenta parte dos resultados de uma pesquisa etnográfica mais ampla no âmbito da tese de doutorado intitulada “*Consideración de la interculturalidad en las acciones de prevención y promoción de la salud materno infantil en las comunidades indígenas del Subcentro de Salud de Chugchilan, Cotopaxi-Ecuador*”, realizada em

Chugchilán (Equador). O trabalho de campo foi realizado entre 16 de setembro de 2020 e 30 de abril de 2021, vivendo a pesquisadora na própria comunidade. As técnicas utilizadas foram a observação participante e entrevistas em profundidade. Com os dados gerados, foi realizada a análise temática. Este artigo apresenta resultados de observações e entrevistas com profissionais de saúde. A amostra foi composta por 21 profissionais de saúde do Centro de Saúde Chugchilán, que foram acompanhados em suas ações extramuros – deslocamentos fora do centro de saúde para prestar atendimento às diferentes comunidades – e intramuros – no centro de saúde (Tabela 1).

Os cenários da observação participante foram variados, tanto nas ações extra- quanto intramuros: visitas domiciliares às famílias com algum fator de risco – esquema vacinal incompleto, gestantes ou puérperas,

etc.; no centro de saúde, tanto nas consultas médicas, de enfermagem ou odontológicas, como nas reuniões com curandeiros tradicionais e com o comitê local de saúde.

As primeiras observações foram descritivas e depois focadas e seletivas (Spradley, 1979) sobre aspectos específicos do fenômeno em estudo. As entrevistas foram realizadas no centro de saúde, num contexto de confiança e abertura. Em um primeiro momento, dado que a pesquisadora principal é enfermeira e professora, as histórias dos participantes foram condicionadas em alguns momentos. Esse obstáculo inicial, que poderia repercutir nos dados, foi resolvido ao longo do tempo, uma vez que os participantes adquiriram confiança na pesquisadora, o que tornou suas falas mais espontâneas. Além disso, foi possível contrastar e validar constantemente as informações fornecidas durante observações e entrevistas aprofundadas.

Tabela 1 – Participantes e cenários das observações

Nº participantes	Nº entrevistas	Nº de observações focadas	Cenários
21	20	12	<p>Extramuros (visitas à comunidade)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nas casas das pessoas, enquanto a equipe de saúde visita mães e crianças. - Durante a campanha de vacinação. - Durante a brigada médica. <p>Intramuros (no centro de saúde)</p> <ul style="list-style-type: none"> - No consultório durante os cuidados de saúde.

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Bioética da Universidade de Barcelona (Ref. IRB00003099) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade São Francisco de Quito (Ref. IE3-EXP164-2019-CEISH-USFQ). Antes do início do trabalho de campo, obteve-se a anuência da comunidade – autorização da comunidade indígena para a realização da pesquisa – na celebração da assembleia geral. Todos os participantes foram informados dos objetivos do estudo e receberam as garantias de confidencialidade. Foi-lhes solicitado o consentimento informado por escrito para participação, após o esclarecimento de quaisquer dúvidas que pudessem ter. A privacidade das pessoas foi mantida durante a transcrição e o tratamento dos dados, atribuindo-lhes um nome fictício.

Da mesma forma, as medidas de segurança e proteção adotadas durante o trabalho de campo foram de vital importância, tendo em conta que ele foi realizado durante a pandemia da COVID-19.

Contexto comunitário

As comunidades atendidas pelo Centro de Saúde de Chugchilán estão localizadas na região montanhosa dos Andes e caracterizam-se por serem uma população dispersa, dentro de uma área geográfica extensa e agreste. Tem uma população de 7.811 habitantes, dos quais 85% (6.619) são indígenas. As comunidades mais remotas são constituídas em sua maioria pelo povo Kichwa Panzaleo e são principalmente famílias estendidas, cuja forma de organização social e política é a comuna – cobrem e regulam as necessidades

comuns, e a sua autoridade máxima é a assembleia comunitária. Quanto à atividade econômica, as comunidades indígenas se dedicam principalmente à agricultura familiar, à pecuária e à avicultura. Os produtos são para consumo próprio, mas outra parte é comercializada, principalmente para adquirir outros produtos que a terra não oferece. Em relação aos cuidados de saúde, os residentes podem decidir entre recorrer a um centro de saúde de Chugchilán ou a um dos dois hospitais do bairro. O acesso ao centro de saúde é feito em transporte público, mas este só funciona duas vezes por dia; por isso, a população realiza longas caminhadas por caminhos de terra – de aproximadamente duas horas – para ter acesso rápido. As causas da morbidade geral são principalmente infecções respiratórias agudas (39,6%), parasitismo (14,5%), infecções do trato urinário (8,9%) e doenças diarreicas agudas (4,4%) (Equador, 2017). A principal causa de morbidade infantil é a insuficiência respiratória aguda (59,2%), seguida por doença diarreica aguda (15,7%). No caso da mortalidade, 45,28% dos óbitos no cantão ocorrem por causas não especificadas em maiores de 65 anos e menores de 5 anos, cujo principal fator é a falta de atendimento imediato em casos de doença ou por falta de controle preventivo (Equador, 2017).

Os centros de saúde aparecem como componentes do MAIS-FCI, que são classificados de acordo com os níveis de atenção – organização dos serviços de acordo com sua capacidade de resolução (Equador, 2012). O centro de saúde de Chugchilán faz parte do primeiro nível de atenção, que constitui a porta de entrada para o sistema de saúde. O primeiro nível de atenção se caracteriza pelo contacto direto com a comunidade e deve abranger toda essa população, resolvendo as necessidades básicas e/ou mais

frequentes da comunidade. Esses centros oferecem atenção integral voltada para a família, para o indivíduo e a comunidade (Equador, 2012).

No centro de saúde, a maioria dos profissionais de saúde eram recém-formados, completando o “ano de saúde rural” – período obrigatório posterior à formatura e anterior ao exercício oficial da profissão. Entre o pessoal encontramos profissionais de saúde indígenas – Técnicos de Atenção Primária à Saúde (TAPS) – e profissionais de saúde não indígenas; e todos fazem parte das Equipes de Atenção Integral à Saúde. Os profissionais que não estavam presentes nas equipes de atenção eram os representantes da medicina tradicional indígena – embora o modelo MAIS-FCI os contemple –, como parteiras, mulheres que são responsáveis por acompanhar a gravidez, diagnosticar problemas na gravidez, ajudar e acompanhar o trabalho de parto, acomodar o recém-nascido e também prestar os primeiros cuidados ao recém-nascido; os *sobadores*, pessoas que cuidam de tudo relacionado a impactos, entorses e fraturas; Os *yachaks*, pessoas com múltiplas funções e saberes, conhecem a medicina ancestral, diagnosticam e tratam diversas condições, sejam elas físicas ou espirituais; e os *kuypichak*, pessoas que diagnosticam doenças “*sobando*” (esfregando) no corpo um “*cuy*” – cobaia –, que posteriormente dissecam. Assim, os participantes do estudo que fizeram parte das equipes de saúde foram: 1 médico especialista em Medicina de Família e Comunidade que frequenta o centro de saúde de forma itinerante; 5 clínicos gerais; 3 odontólogos; 3 enfermeiras; 3 obstetras; e 7 TAPS. O pessoal permanente no centro eram os TAPS e o médico especialista, o resto do pessoal eram recém-formados em seu “ano rural” – de dois períodos diferentes (Tabela 2).

Tabela 2 – Períodos de substituição do ano rural

ANO		2020															
Trabalho														Set.	Out.	Nov.	Dez.
Campo																	
Grupo 1	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.					
Grupo 2							Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.					

continua...

Tabela 2 – Continuação.

ANO	2021			
Trabalho campo	Jan.	Fev.	Mar.	Abril
Grupo 1				
Grupo 2				

Período 1: janeiro de 2020 – dezembro de 2020; Período 2: julho de 2020 – junho de 2021.

Resultados e discussão

Para responder à pergunta de pesquisa, os resultados são apresentados a partir de dois eixos temáticos – e das categorias que deles emergem – relacionados à integração da prática assistencial no centro de saúde (CS): os profissionais de saúde não indígenas; e os Técnicos de Atenção Primária à Saúde (TAPS) como profissionais indígenas (Tabela 3).

Tabela 3 – Categorias emergentes a partir dos eixos temáticos

Eixos temáticos	Categorias
Profissionais de saúde não indígenas	Relação linguístico-cultural Transmissão de informações sobre saúde-doença Práticas maternas de atenção A competência e a formação intercultural
TAPS	Papel dos TAPS Formação e capacitação Prática médica

O profissionais de saúde não indígenas (PSnI)

Relação linguístico-cultural

A atenção intra/extramuros reflete a relação entre a equipe e a comunidade, baseada fundamentalmente na capacidade de comunicação e relacionamento entre si. Em Chugchilán, foram evidenciadas dificuldades por parte dos profissionais não indígenas na comunicação com as comunidades. Por um lado, os profissionais não indígenas não falam kichwa – quechua em espanhol – e, por outro lado, entre os indígenas há um grupo que não fala espanhol; outro que fala, mas não domina – apesar de a maioria ser bilíngue –; e um último grupo com dificuldades para entender e interpretar as informações devido aos diferentes níveis de escolaridade.

Eu de quichua, não sei, algumas palavrinhas que nos ensinaram, [...]. Às vezes é difícil entendê-los, mesmo quando falamos conosco em espanhol, parece que não falamos bem algumas palavras e não entendemos, então temos que chamar os TAPS. (PSnI_1)

[...] há alguns inconvenientes aqui em termos de consulta médica ao lidar com a população,

[...] o problema é que não tem, há uma falta de educação [...]. (PSnI_2)

Essas situações mostram a frustração dos funcionários não indígenas, pois não são autônomos no atendimento aos pacientes, já que dependem dos TAPS para se comunicar, fornecer informações sobre receitas e outras indicações de tratamento. As narrativas confirmam que as diferenças linguísticas geram dificuldades de comunicação em contextos culturais diversos (Fernández Juárez, 2008; Belintonx; López-Dicastillo, 2014) e corroboram a necessidade de utilizar intérpretes ou mediadores (Carrasquilla Baza; Pérez Quintero, 2018; Pulido-Fuentes et al., 2017), função que no nosso caso é desempenhada pelos TAPS.

Ao mesmo tempo, surgem duas novas situações que dificultam ainda mais a comunicação. Primeira, os profissionais não indígenas utilizam uma linguagem técnica biomédica, o que dificulta a compreensão pelas pessoas indígenas. E segunda, o pessoal não procura elaborar as explicações sobre o tratamento ou as orientações educativas, pois considera que os pacientes não os compreendem – Nota de Observação (NO) –, e atribuem isso novamente ao nível de escolaridade do paciente.

[...] então as mães analfabetas quase não conhecem [...] Como os iniciados em medicina [médicos jovens e novatos] falam em espanhol, eles quase não os levam em conta, quase não explicam, então quando explicamos em nossa língua, eles, novamente, reconsideram e entendem. (TAP_1)

Com base nos achados, fica evidente que, como em outros estudos, o processo comunicativo é complexo (Belintxon; López-Dicastillo, 2014) e responde a preconceitos e estereótipos sobre diferenças culturais, construídos a partir de âmbitos de poder. Devido a isso, a comunidade é colocada em uma posição de inferioridade ao qualificar seu conhecimento como de não-saber em relação à localização do pessoal não-indígena como sujeitos do saber, caindo em um racismo cognitivo baseado no “saber-poder” (Rocha-Buelvas, 2017). Mas além disso, como aponta Fernández Juárez (2008), o desconhecimento da língua, da cultura e dos sistemas médicos indígenas também produzirá determinadas respostas no cuidado “alheias a qualquer tipo de critério intercultural” (Fernández Juárez, 2008, p. 31).

Transmissão de informações sobre saúde-doença

Além do aspecto linguístico, analisamos como o modelo biomédico tem permeado a atividade de promoção da saúde e prevenção de doenças em relação à forma como a informação é transmitida aos membros da comunidade – especialmente às mães – para promover as atividades do centro de saúde.

A partir das observações e das narrativas, vemos como as informações não são prestadas de forma direta, uma vez que os profissionais não indígenas evitam o contato social prolongado e as explicações extensas. Os profissionais de saúde não indígenas preferem delegar aos TAPS a entrega de indicações e instruções aos pacientes. Por exemplo, um médico (PSnI_2), que após a avaliação física de Laura – paciente –, diz a ela que sua garganta está inflamada e *vermelha*. Posteriormente, ele explica ao TAPS como Laura deve tomar a medicação enquanto ele preenche um formulário e sai da casa. Nesse contexto, Laura expõe suas dúvidas para o TAPS – o que é e por que deveria tomá-la (NO).

Em outra observação, referente aos programas de planejamento familiar, ficou evidente que as mães receberam informação de forma parcial

e unidirecional, apenas sobre os métodos que estavam na carteira de serviços – implante hormonal, anticoncepcionais orais – e enfatizando aqueles que estavam próximos do vencimento (NO). Portanto, as informações fornecidas não buscam explicar o método ou dirimir dúvidas. Por exemplo, uma obstetra (PSnI_13) visitou Maria – uma mulher puérpera – e disse-lhe que ela tinha que tomar pílulas anticoncepcionais e que na quarta-feira ela tinha que ir ao posto de saúde para colocar o dispositivo intrauterino. Dito isso, a obstetra saiu da casa sem lhe dar qualquer outra informação. Por sua vez, o TAPS, que conhece o procedimento anterior à implantação do dispositivo intrauterino e, dada a incerteza da mãe, forneceu-lhe explicações sobre como deveria tomar as pílulas anticoncepcionais antes da implantação do dispositivo intrauterino. María, em resposta às explicações, expressou que não poderia ir porque tinha que cuidar dos filhos e expressou dúvidas sobre o tratamento, mencionando: “as pílulas não vão me fazer mal?” (NO). Essas dúvidas se baseavam nas representações maternas de que medicamentos patenteados causariam mal-estar no organismo, em linha com o que mostram outros estudos. (Fernández Juárez, 2008).

Justamente, continuando com as explicações sobre os métodos anticoncepcionais e outros dispositivos, percebeu-se que são superficiais, pois não levam em consideração os aspectos sociais e culturais da vida das mulheres e como esses medicamentos podem afetar o processo de saúde/doença/atenção-prevenção. Tudo isso confirma a ausência de um diálogo intercultural em que haja confluência dos saberes – conhecimentos e práticas – biomédicos e populares indígenas. É assim que a prevenção e a promoção da saúde se baseiam, literalmente, na “entrega de informações” indireta (através dos TAPS), parcial (não aprofunda ou expande as informações), unidirecional (não busca o diálogo com o outro), imposta e como eixo transversal a abordagem curativa – que prioriza o diagnóstico, a doença e o tratamento. Tudo isso evidencia uma relação assimétrica e conflituosa com uma visão reducionista da experiência da pessoa a partir da posição hegemônica da biomedicina (Menéndez, 2016; Ávila; Alves, 2022). Casos semelhantes se repetem durante a pesquisa

e mostram que, assim como nos estudos de Carrasquilla Baza e Pérez Quintero (2018) e Pulido-Fuentes et al. (2017), os profissionais de saúde “não têm consciência da importância do domínio cultural na forma como realizam seu trabalho e isso impede a consonância cultural” (Pulido-Fuentes et al., 2017, p. 369), caindo em “imposições culturais” (Leininger, 1999).

Práticas maternas de atenção

Para compreender como o modelo biomédico é apresentado no centro de saúde, é importante percorrer os conhecimentos e as percepções dos profissionais de saúde não indígenas em relação a determinadas práticas maternas.

Quanto às percepções, a equipe considera que muitas mulheres indígenas realizam práticas de risco, como o parto em casa – colocando em risco a vida da mãe e do bebê –, comparado ao parto hospitalar – o único considerado seguro: “O parto em casa não é seguro, coloca em risco a mãe e o bebê, por que dar à luz em casa se elas podem dar à luz no hospital? [...]” (PSnI_2).

Outras práticas de risco são as decisões maternas relativas à própria saúde ou à saúde dos filhos, que segundo o saber biomédico, são tomadas sem fundamentação científica:

Da outra vez a mãe veio com o filho, que estava chorando de dor de dente, aí eu arranquei o dente do filho. Eu disse a ela que poderíamos curá-lo e que não valia a pena arrancá-lo porque isso faria seus dentes se moverem. Ela não entendia, insistiu para arrancarmos, ficou brava [...], os TAPS explicaram para ela, mas ela disse que arrancando o dente é só uma dor, e assim não deve voltar, no final arrancamos, mas eu não entendo [...]. (PSnI_7)

Da mesma forma, em relação às vacinas, os profissionais não indígenas consideram que as mulheres têm teorias errôneas, como a de que as vacinas são prejudiciais. Para convencer os pais a vacinarem os filhos, o pessoal recorre a diversas formas de persuasão (Fernández Juárez, 2008). Por exemplo, dizem aos pais que, se não o fizerem, podem “morrer” ou perder “o auxílio” – benefício econômico do Estado (NO). Os profissionais não

indígenas, porém, desconhecem que algumas mães evitam as vacinas porque, pelo seu sistema de racionalidades, as vacinas têm efeitos iatrogênicos como mal-estar geral, febre e irritabilidade nos filhos.

[...] já ouvi muitas teorias que os pais têm sobre o porquê de não quererem vaciná-los, então nós os convencemos. Veja, se você não o vacinar, e ele pegar essa doença, seu filho pode morrer [...], vão tirar seu auxílio. Porque nós precisamos cumprir e sabemos que a vacina é boa e que aquela criança não vai ficar doente se lhe dermos a vacina. Então aí eles reconsideram um pouco. (PSnI_1)

Eles também percebem que as mães não fazem o suficiente em termos de alimentação e higiene:

[...] eu acho que falta cuidado porque, por exemplo, não sei se em termos de alimentação, por exemplo, tem bastante criança que tem [baixo peso para a idade], eles não vêm fazer suas avaliações. Eles vêm quando já estão com vômito, diarreia, quando já estão mal. É aí que eles vêm [...] eu que estou preparando os pacientes, não vejo eles virem quando a criança está saudável, eles sempre vêm quando a criança já está doente [...] Se as crianças não estão tão cuidadas, se adoecem com diarreia, então há falta de higiene e cuidados. (PSnI_11)

Portanto, as percepções sobre o saber indígena se sustentam em representações sociais que se fundamentam em generalizações e no imaginário colonial baseados em preconceitos históricos (Walsh, 2009) no que diz respeito à população indígena, em que esses comportamentos acabam sendo vistos como errôneos (Ávila; Alves, 2022). Essas percepções não reconhecem que as mulheres indígenas desenvolvem representações diferentes e individuais sobre os processos de saúde/doença/atenção-prevenção (Menéndez, 2016), ou como menciona Fernández Juárez (2008, p. 41), “as versões indígenas sobre sinais, sintomas, doenças e processos terapêuticos não equivalem aos da biomedicina e seus protocolos de atuação”. Assim também, Dias-Scopel e Scopel (2019) mostram que as práticas de autocuidado são prioritárias e centrais nas comunidades indígenas, mas esse conhecimento não é reconhecido pelos

profissionais de saúde na rotina diária da atenção biomédica.

A competência e a formação intercultural

Na formação universitária, embora o currículo universitário no Equador tenha sido reformado com base nos objetivos do Plano Nacional do Bem Viver 2009-2013 (Equador, 2009), pouco se aplica na realidade (Cedeño Tapia et al., 2021; Meneses; Icaza; Albán, 2020), evidenciando um nível baixo ou quase inexistente de formação em competência intercultural. Portanto, em matéria de formação, ainda há necessidade de incorporar as abordagens inter e multidisciplinares de interculturalidade, bem como à medicina tradicional indígena nos planos de ensino de graduação (Fernández Juárez, 2008; Herrera et al., 2018). Os próprios profissionais de saúde não indígenas entrevistados consideram esta formação teórica e prática, bem como a recebida das administrações locais de saúde, como insuficiente. Com esse histórico, a noção de interculturalidade – para os profissionais não indígenas – se limita à sua definição literal de “entre-culturas” (Carrasquilla Baza; Pérez Quintero, 2018), ocultando as relações de poder existentes entre a cultura dominante e a subalterna (Walsh, 2012).

Como assim saúde intercultural? Ou seja, de culturas? Bom, eu acho que nem o Ministério nem a universidade nos prepararam para isso. Talvez, sim, faltou que eles nos explicassem bem [...]. Somos diferentes, pensamos diferente. Eles nos diziam que é preciso ser extrovertidos. [...] Aqui você é expulso da comunidade. (PSnI_1)

No período do “ano rural”, os profissionais de saúde não indígenas vêm de diferentes regiões do país. Alguns deles nunca abandonaram suas áreas de residência, outros não tiveram contato prévio com comunidades indígenas nem receberam formação –nem teórica nem prática –, por isso desconhecem os estilos de vida e costumes das comunidades.

A verdade é que eu nunca saí, eu me formei em [...], ali não há indígenas. Nós [...] além disso, sim, às vezes ouvimos coisas, mas nada além disso. Na universidade, pior, ali nunca fizemos estágio em comunidades indígenas. (PSnI_10)

Tudo isso, finalmente, faz com que o cuidado que os profissionais de saúde não indígenas aplicam às populações indígenas seja marcado por uma clara influência biomédica.

[...] porque no fim, o cuidado, mesmo que seja para alguém da zona rural ou para alguém que viva na cidade, no fim, o real é a participação da patologia, o tratamento, o diagnóstico continua sendo igual. (PSnI_2)

Apesar de tudo isso, durante o “ano rural” e após os primeiros encontros com o “estranho” ou o “diferente”, os profissionais de saúde não indígenas tornam-se mais atentos às questões culturais, ou seja, conseguem desenvolver um pouco de *consciência cultural* (Campinha-Bacote, 2002). Essa consciência cultural permite que os profissionais – especialmente os da enfermagem – façam adaptações de natureza prática como diferenciações positivas – explicações baseadas na pessoa – ou adaptações da linguagem – utilizando linguagem popular –, em poucas palavras, sendo mais *sensíveis* às necessidades da cultura.

[...] tive que mudar, acho que é um pouco a linguagem, me expressando com cuidado a partir daí não tive que fazer nada (risos). Eu acho que não sei falar, não falar com palavras muito técnicas a ponto de explicar alguma coisa, acho que nesse sentido é só isso, então só isso. Se for como querer dizer, ou seja, dizer esputo ou não me entendem, então tem que dizer salivar, gargarejar ou algo assim [...]. (PSnI_11)

Os profissionais de saúde indígena (TAPS)

Nas equipes de atenção integral à saúde, os TAPS representam um pilar importante na implantação do modelo MAIS-FCI (Equador, 2012). Entre suas atribuições, destacam-se as visitas extramuros com o restante da equipe – eles estão sempre presentes –; a educação e a orientação sobre o cuidado de saúde; as informações sobre o sistema de saúde e seu funcionamento – incluindo programas especiais de saúde, como o de vacinas –; e o preenchimento de formulários, como os registros familiares.

O papel dos TAPS

Os TAPS no centro de saúde realizam uma série de atividades nas quais se evidencia seu papel principal dentro das equipes de saúde. Este papel é fundamentalmente o de ser agentes de mediação – ou ponte – na atenção de saúde, ou seja, fazendo a mediação entre a comunidade e o sistema biomédico: “[...] *te permite essa abordagem, em certo ponto eles te traduzem, fazem entender o que você quer falar para o paciente e o que o paciente quer falar para você [...]*” (PSnI_1).

Nas observações e entrevistas, mostrou-se toda uma série de atividades desenvolvidas com base nas atribuições estabelecidas pela autoridade sanitária. Assim, os TAPS são mostrados como agentes de promoção, educação e orientação dos programas de saúde:

[...] atividades [de] promoção da saúde, realizamos de acordo com as normas do Ministério da Saúde, por exemplo, realizamos campanhas de vacinação, primeiro promovemos antes de realizar a prática e também outra seria sobre o que estamos vivenciando em relação ao coronavírus. (TAPS_1)

Desempenha ainda funções relacionadas com a promoção de serviços prestados pelo centro de saúde: “*Hoje em termos de planejamento e incentivamos os métodos contraceptivos [...]*” (TAPS_1). E relacionado com essa promoção de serviços, mostra-se que também controlam o acesso aos fármacos de patente, especialmente aqueles que não requerem receita médica, como o paracetamol. Por exemplo, no meio de uma conversa, María comentou que há dias estava com dor de cabeça e outros sintomas de resfriado e que sua vizinha ligou para um dos TAPS e combinaram que à tarde ele levaria paracetamol para ela para aliviar seus sintomas (NO). Dentro de todas essas atividades, também estão incluídas as atividades de natureza censitária-administrativa:

[...] realizamos relatórios das atividades, atualização de carteiras de vacina e também atualização do mapa falante das gestantes e também do mapa geral de grupos prioritários e atualização da sala situacional. [...] atualização dos arquivos familiares. (TAPS_1)

Todas essas funções descritas estão em consonância com as apresentadas em outros estudos (Pontes; Rego; Garnelo, 2018; Langdon; Diehl; Dias-Scopel, 2014), e também estão em linha com o que o MAIS-FCI determina, por isso não geram conflito com o modelo biomédico. Mas a relevância do papel de mediação – ou ponte – nos TAPS isso se deve ao domínio da língua kichwa e ao conhecimento da comunidade com a qual criam laços de confiança e até compartilham laços de parentesco.

Mas, apesar da importância dos TAPS, este papel pode ser considerado ambíguo e contraditório quando se observa na prática. É contraditório em relação ao MAIS-FCI e, principalmente, como apontam Langdon e Garnelo (2017), pode gerar más relações e tensões no núcleo das equipes de saúde. Durante as observações verificamos que os TAPS costumam ser consultados pelas mães sobre afecções e para que lhes deem respostas a estas. Os TAPS, com base em seu sistema de conhecimentos, determinam e atendem/curam a doença, mas isso é feito fora do processo de diagnóstico e atendimento médico. Ou seja, realiza-se sem a intervenção de profissionais de saúde não indígenas – de forma semelhante ao modo como as mães buscam uma solução para a afecção –, no que Menéndez chama de “autoatenção” (Menéndez, 2018). Assim, um TAPS mencionou: “*Sim, sim, nós sabemos, dizer sempre e colaborando com alguma coisa, para um paciente que precisa de alguma coisa. Sim, estamos colaborando da mesma forma, sim, aí nós, remédios do campo, como plantas nativas e essas coisas*” (TAPS_2). Quando as mães decidem optar pela medicina ocidental, preferem consultar TAPS por motivos de confiança e familiaridade (NO). Portanto, estes acabam desempenhando um papel importante no processo saúde/doença/atenção-prevenção do paciente, embora seja subvalorizado pelo restante da equipe de saúde.

[...] como você mesmo mencionou que todo mundo pensa que todos aqui, somos médicos, sim. Então, às vezes, eles também meio que assumem esse papel. Então às vezes eles são o primeiro contato com os pacientes. Então às vezes eles decidem quem eles vão visitar, quem eles não vão visitar, eles acostumam mal os pacientes a que sempre levem

os medicamentos para eles. Então, nesse ponto, não, eles realmente não ajudam; eles se tornam mais e até mesmo um problema. (PSnI_3)

Nesse ponto fica evidente que os TAPS também são articuladores entre as diferentes medicinas – a medicina ocidental, a medicina tradicional indígena ou medicina popular: –

[...] bom, nós nos conectamos e em algumas comunidades sobre o tema da medicina ancestral, se eles estão trabalhando, fortalecendo, nós como profissionais de saúde também temos trabalhado com eles. [...] tanto com parteiras, yachak, kuypichak, herborista e massagista, então eles trabalham ajudando. (TAPS_1)

Com esses exemplos vemos como os TAPS tanto recomendam a medicina ancestral quanto acompanham o sistema biomédico de acordo com a afecção da pessoa, mas essas situações geram tensões nas equipes de saúde. Por exemplo, percebe-se que os profissionais não indígenas acreditam que os TAPS procuram liderar e impor suas decisões quando determinam quais pacientes vão visitar e quais atividades vão realizar. E, por outro lado, os TAPS também assumem que os profissionais não indígenas terão dificuldades para se entender com a comunidade, pois não compartilham a língua e os aspectos culturais e, por isso acreditam que “*sem nós, eles não podem entrar nas comunidades, não têm autorização*” (TAPS_1). Apesar dessas situações e tensões, a equipe de saúde não estabelece estratégias para superá-las, aceitando que o contato e a relação médico/enfermeiro-paciente é assim. Situação que, por outro lado, não favorece o estabelecimento de uma relação de confiança com os profissionais de saúde não indígenas, ao contrário do que acontece na relação com os TAPS.

Tudo isso evidencia interferências no encontro cultural, que não permitem o desenvolvimento do contacto social e da relação médico/enfermeiro-paciente/comunidade, o que seria contrário a uma perspectiva de interculturalidade crítica (Walsh, 2009). Mas, além disso, também favorece a criação de estereótipos sobre as comunidades, uma vez que se evita a interação direta – com pessoas de

diversas culturas –, aspecto que não ajuda a refinar ou modificar as crenças existentes sobre um grupo cultural (Campinha-Bacote, 2002; Leininger, 1999).

Outras situações relacionadas às traduções que os TAPS realizam se referem ao fato de que muitas vezes as palavras são traduzidas sem conectá-las à visão de mundo indígena; cosmovisão necessária para estabelecer abordagens para a compreensão da cultura. A atenção em saúde – no contexto intercultural – enfrenta o problema da tradução cultural, que não se limita apenas à substituição de uma palavra, mas também à substituição da visão do mundo, bem como da visão e concepção de saúde e doença (Carrasquilla Baza; Pérez Quintero, 2018).

Formação e capacitação

Os TAPS são profissionais de saúde credenciados pela autoridade sanitária, com formação prévia no ensino médio. Para serem credenciados, eles são formados durante dois anos, mas não recebem conteúdo específico em atenção intercultural, mas sim conteúdo baseado na abordagem biomédica – assim como o dos profissionais não indígenas.

Lá eles falavam sobre sinais vitais, tudo é morfologia, davam matemática como estatística, uma matéria que tinha que ser aprendida, cálculo, todas essas coisas, então, você sabe, psicologia e algumas disciplinas que TICS vão ser para essa matéria, para, como se chama, para as plataformas que eles podem utilizar e para acessar a internet e realizar alguma atividade [...]. (TAPS_2)

No que diz respeito à formação continuada, os TAPS têm grande interesse em inscrever-se em cursos oferecidos pela Organização Pan-Americana da Saúde através da autoridade sanitária. Mas esses cursos são de orientação biomédica, como, por exemplo, a detecção de pacientes com problemas cardíacos ou sobre técnicas biomédicas especializadas (NO). Nessas formações, o que se faz é reforçar o modelo biomédico (Diehl; Follmann, 2014; Langdon; Diehl, Dias-Scopel, 2014), dificultando a articulação entre o conhecimento local, as práticas de saúde indígenas, a plataforma do modelo de atenção integral à saúde e a abordagem intercultural, conforme o que estabelece a própria normativa (Equador, 2012).

Essa situação gera contradição, pois aqueles que deveria ser mediadores e vínculos com a comunidade – surgindo dela, como forma de representar “o diálogo de saberes” segundo o MAIS-FCI (Equador, 2012) – acabam sendo mais um representante do modelo biomédico. Essa situação também representa um risco, uma vez que o saber dos TAPS como indígenas, de alguma forma, começa a ser colonizado (Rocha-Buelvas, 2017; Quijano, 2000) e através deles também as mulheres indígenas.

A prática médica

Como se mencionou, entre os TAPS e o resto da equipe de atenção integral à saúde existem diferentes apreciações que surgem principalmente das experiências compartilhadas no trabalho tanto intra- como extramuros. A visão dos TAPS, por sua experiência e permanência no centro de saúde, é importante quando se trata de descrever a prática médica no contexto intercultural. Os TAPS, a partir do seu próprio sistema de representações indígenas, percebem que os profissionais de saúde não indígenas são vistos como estranhos e com desconfiança pela comunidade, principalmente no início, “*num primeiro momento, as pessoas não confiam*” (TAP_6). Por isso, eles são o elo com a comunidade para que os profissionais não indígenas possam se integrar e serem aceitos. Somado a este fato, os TAPS acreditam que a itinerância desse pessoal – especialmente os do “ano rural” – gera pouca experiência e, portanto, competências insuficientes na prática e nas relações com sua cultura, sendo testemunhas por vezes de situações de rejeição e discriminação cultural em relação à comunidade.

Bom, sim, há uma pequena diferença [termo que expressa um tratamento desigual e discriminatório] porque sempre quando eles vão para a comunidade, então eles, como profissionais, aí algumas coisas, então eles meio que ficam vendo, por exemplo, eles observam, diagnosticam os pacientes. Então eles não se explicam apenas, por exemplo, entregando os medicamentos. Então eles dizem que você tem que tomar, assim, assim. Então deixam uma receita [...]. (TAPS_1)

Os TAPS também se preocupam com aspectos cotidianos da relação médico/enfermeiro-paciente:

o tom de voz; as palavras que são usadas; e até mesmo o movimentação corporal de profissionais de saúde não indígenas (NO). Todos são aspectos que, a partir do sistema de representações sociais indígena, determinam um “bom ou mau tratamento”. As pessoas da comunidade ficam desconfiadas e com medo de falar com estranhos, principalmente com o “*doutorzinho*” – termo usado para se referir a todos os profissionais não indígenas, usando um tom de voz baixo em contraste com o tom de voz alto e rápido das pessoas da região litorânea, área de clima quente, mais próxima da costa do Pacífico. O sotaque e o tom ao falar às vezes os fazem presumir que lhes “*estão falando*” [tratando mal] (NO).

A cotidianidade, em suma, é o que determina o nível de vínculo que pode existir entre a comunidade e os profissionais de saúde não indígenas. Essa cotidianidade é afetada por aspectos do trabalho burocrático: “[...] *nos dizem que devemos visitar as comunidades, integrar-nos, organizar atividades, mas também nos pedem relatórios a todo o momento*” (PSnI_2). E também devido a questões pessoais, como compromissos sociais e familiares. Assim, os profissionais de saúde não indígenas raramente são incluídos e participam de atividades comunitárias, como as *mingas* – trabalho comunitário –, os atos religiosos ou festividades. Quando os profissionais não indígenas são convidados para atividades comunitárias, eles enviam os TAPS em seu lugar. Os próprios funcionários às vezes mencionavam: “*Acredito que nós nunca nos integramos cem por cento na comunidade*” (PSnI_11).

Nesse sentido, Langdon et al. (2014) mencionam que as informações relevantes geradas na interação comunicativa durante as visitas domiciliares são ignoradas quando as atividades são reduzidas à produção de “relatórios”. Portanto, os profissionais de saúde não indígenas não se integram nos processos comunitários que implicam sociabilidade e que se realizam entre redes de parentesco, relações políticas e de confiança.

Considerações finais

Este artigo mostra aspectos relacionados à abordagem intercultural em saúde já mencionados em estudos anteriores, como os problemas

de competência linguística e cultural dos profissionais de saúde, devido à falta de formação prévia, alta rotatividade dos profissionais de saúde e à não participação na vida comunitária. Tudo continua contribuindo para a criação de estereótipos sobre as comunidades indígenas e para o não reconhecimento dos seus saberes ancestrais.

Por outro lado, o modelo biomédico continua muito presente nas ações dos profissionais de saúde – apesar do MAIS-FCI –, o que mostra que o diálogo de saberes promulgado é quase inexistente, salvo pela figura dos TAPS. A abordagem intercultural do MAIS-FCI, além de criar a figura dos TAPS como pessoal indígena, considera a inclusão dos saberes ancestrais como pilares do modelo. Na etnografia, porém, evidenciou-se que em Chugchilán as figuras da medicina tradicional não estão incluídas de forma contratual no centro de saúde.

Vemos também que a hegemonia do modelo biomédico em Chugchilán é “forte”, mas existem outras forças que se opõem a ela e atuam como contrapoder. Este contrapoder é protagonizado pelos TAPS que, com suas práticas diárias e de forma espontânea, se contrapõem ao poder hegemônico, por exemplo, ao priorizar as visitas extramuros; influenciando a decisão do cuidado materno, etc. Eles estão numa posição privilegiada – fazem parte da comunidade – e têm um papel de destaque – como mediadores ou ponte entre o modelo biomédico e a medicina tradicional. Esse fato os posiciona de forma ambígua, já que fazem parte de uma instituição hierárquica e de um modelo biomédico permeado pelo saber-poder. De alguma forma, conseguiram exercer a contra-hegemonia diante de um modelo biomédico que ignora as interações que ocorrem no interior das comunidades. Mas, além disso, os TAPS, como conhecedores da biomedicina e da medicina tradicional, são articuladores entre esses saberes – em contextos interculturais de atenção-autoatenção –, aplicando tratamentos a partir de um ou de outros saberes em função das afecções das mães. A atenção e o cuidado prestados pelos TAPS nas comunidades indígenas tornam-se claramente uma construção da atenção e do cuidado intercultural, desconstruindo, também, o modelo hegemônico biologicista. Mediante suas ações, eles buscam alcançar o objetivo do *Bem Viver*, do *Sumak Kawsay*.

Para finalizar, também cabe ressaltar que as narrativas dos profissionais de saúde não indígenas diferem conforme se trate de pessoal médico, odontológico, obstetrício ou de enfermagem. Na enfermagem, percebe-se uma maior empatia com a realidade indígena, talvez pela própria formação e pelo fato de ser uma profissão que se baseia numa visão humanística e holística da pessoa.

Referências

- ACOSTA, A. El Buen Vivir como alternativa al desarrollo. Algunas reflexiones económicas y no tan económicas. *Política y Sociedad*, Madrid, v. 52, n. 2, p. 299-330, 2015. DOI:10.5209/rev_POSO.2015.v52.n2.45203
- ÁLVAREZ ROMO, D. et al. Salud intercultural en la atención primaria de salud: un modelo de participación social en Ecuador. *Revista Cuatrimestral “Conecta Libertad”*, Quito, v. 4, n. 3, p. 148-156, 2020.
- ARTEAGA-CRUZ, E. L. Buen Vivir (Sumak Kawsay): definiciones, crítica e implicaciones en la planificación del desarrollo en Ecuador. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 907-919, 2017. DOI:10.1590/0103-1104201711419
- ÁVILA, B. T.; ALVES, S. V. Planejamento reprodutivo em área indígena e a busca pela atenção diferenciada: os dilemas entre desigualdade e diferença. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 31, n. 4, e200357pt, 2022. DOI:10.1590/S0104-1290202200357pt
- BELINTXON, M.; LÓPEZ-DICASTILLO, O. Los retos de la promoción de la salud en una sociedad multicultural: revisión narrativa de la literatura. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, Pamplona, v. 37, n. 3, p. 401-409, 2014. DOI:10.4321/S1137-66272014000300009
- CAMPINHA-BACOTE, J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, Livonia, v. 13, n. 3, p. 181-184, 2002. DOI:10.1177/10459602013003003
- CARRASQUILLA BAZA, D.; PÉREZ QUINTERO, C. Experiencias del cuidado de enfermería en contexto intercultural. *Cultura de Los Cuidados Revista de*

Enfermería y Humanidades, Alicante, v. 22, n. 51, p. 124-132, 2018. DOI:10.14198/cuid.2018.51.14

CEDEÑO TAPIA, S. J. et al. Reflexiones sobre las bases conceptuales de la interculturalidad, las problemáticas y retos desde la formación de enfermería. *Revista Científica de Enfermería*, Alicante, v. 10, n. 1, p. 94-108, 2021.

DIAS-SCOPEL, R. P.; SCOPEL, D. Promoção da saúde da mulher indígena: contribuição da etnografia das práticas de autoatenção entre os Munduruku do Estado do Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, Sup. 3, e00085918, 2019. DOI:10.1590/0102-311X00085918

DIEHL, E. E.; FOLLMANN, H. B. C. Indígenas como trabajadores de enfermagem: a participação de técnicos e auxiliares nos serviços de atenção à saúde indígena. *Texto & Contexto-Enfermagem*, Santa Caterina, v. 23, n. 2, p. 451-459, 2014. DOI:10.1590/0104-07072014000300013

ECUADOR. Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi. *Análisis Situacional Integral de Salud Distrito de Salud Sigchos*. Quito, 2017.

ECUADOR. Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES). *Plan Nacional de Desarrollo. Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013*. Quito: Edita SENPLADES, Gobierno de Ecuador, 2009. Disponible en: <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir.pdf>. Acceso: 21 dic. 2022.

ECUADOR. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). *Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)*. Quito: Edita el MSP, 2012. Disponible en: <<http://librodigital.sangregorio.edu.ec/librosusgp/Boo33.pdf>>. Acceso: 27 dic 2022.

ESPINOSA, V. et al. La reforma en salud del Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 41, e96, 2017.

FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. “Confesiones de Mandil Blanco”: Profesionales de la salud en el altiplano boliviano. In: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G.; GONZÁLEZ, I.; ORTIZ, P. G. (Dir.). *La Diversidad Frente al*

Especulo: salud, interculturalidad y contexto migratorio. Quito: Abya Yala, 2008. p. 29-50.

GALLEGOS, C. A.; WATERS, W. F.; KUHLMANN, A. S. Discourse versus practice: are traditional practices and beliefs in pregnancy and childbirth included or excluded in the Ecuadorian health care system? *International Health*, Oxford, v. 9, n. 2, p. 105-111, 2017. DOI:10.1093/inthealth/ihw053

HERRERA J. L. et al. Percepción de la medicina ancestral y convencional en comunidades indígenas de la ciudad de Ambato. *Enfermería Investiga*, Ambato, v. 3, n. 4, p. 180-185, 2018. DOI:10.29033/ei.v3n4.2018.04

HERRERA, D. et al. Intercultural health in Ecuador: an asymmetrical and incomplete project. *Anthropology and Medicine*, Londres, v. 26, n. 3, p. 328-344, 2019. DOI:10.1080/13648470.2018.1507102

LANGDON, E. J.; GARNELO, L. Articulación entre servicios de salud y “medicina indígena”: reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil. *Salud colectiva*, Lanús, v. 13, n. 3, p. 457-470, 2017. DOI:10.18294/sc.2017.1117

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E.; DIAS-SCOPEL, R. P. O. papel e a formação dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. In: TEIXEIRA, C. C.; GARNEL, L. (Org.). *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 213-239. LEININGER, M. Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de Los Cuidados*, Alicante, v. 3, n. 6, p. 5-12, 1999. DOI: 10.14198/cuid.1999.6.01

LÓPEZ-CEVALLOS, D. F.; CHI, C.; ORTEGA, F. Equity-based considerations for transforming the Ecuadorian health system. *Revista de Salud Pública*, Bogotá, v. 16, n. 3, p. 346-359, 2014. DOI:10.15446/rsap.v16n3.34610

MENÉNDEZ, E. L. Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos Revista de Ciencias Sociales*, [S. l.], n. 58, p. 104-113, 2018. DOI:10.29340/58.1999

- MENÉNDEZ, E. L. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 109-118, 2016. DOI:10.1590/1413-81232015211.20252015
- MENESES, C. J. A.; ICAZA, V. M. S.; ALBÁN, C. L. M. La salud en los pueblos indígenas: atención primaria e interculturalidad. *Revista Minerva: Multidisciplinaria de Investigación Científica*, Quito, v. 1, n. 3, p. 23-34, 2020. DOI:10.47460/minerva.v1i3.14
- NARANJO FERREGUT, J. A. et al. Consideraciones sobre el modelo de atención integral de salud del Ecuador. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, La Habana, v. 30, n. 3, p. 375-381, 2014.
- PONTES, A. L.; REGO, S.; GARNELO, L. La actuación de agentes indígenas de salud en la región de Alto Rio Negro, Brasil: relaciones entre autoatención y biomedicina. *Desacatos Revista de Ciencias Sociales*, [S. l.], n. 58, p. 84-103, 2018. DOI:10.29340/58.2010
- PULIDO-FUENTES, M. et al. Health competence from a transcultural perspective. Knowing how to approach transcultural care. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, v. 237, p. 365-372, 2017. DOI:10.1016/J.SBSPRO.2017.02.022
- QUIJANO, A. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. In: LANDER, E. (Comp.). *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*. Buenos Aires: CLACSO, 2000. p. 122-151.
- ROCHA-BUELVAS, A. Pueblos indígenas y salud colectiva: hacia una ecología de saberes. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1147-1161, 2017. DOI:10.1590/S0103-73312017000400015
- SPRADLEY, J. P. *The Ethnographic Interview*. Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, 1979.
- TORRES, I.; LÓPEZ-CEVALLOS, D. ¿Reforma de salud en Ecuador como modelo de éxito? Crítica al número especial de la Revista Panamericana de Salud Pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, [S. l.], v. 41, e148, 2017. DOI:10.26633/RPSP.2017.148
- WALSH, C. E. *Interculturalidad, estado, sociedad: luchas (de)coloniales de nuestra época*. Quito: Ediciones Abya-Yala, 2009.
- WALSH, C. E. *Interculturalidad crítica y (de) colonialidad: ensayos desde Abya Yala*. Quito: Ediciones Abya-Yala, 2012.

Contribuição das autoras

Quiroz-Hidrovo, Larrea-Killinger y Rodríguez-Martín. Producción de datos: Quiroz-Hidrovo. Análisis e interpretación de datos: Quiroz-Hidrovo, Larrea-Killinger y Rodríguez-Martín. Redacción del manuscrito: Quiroz-Hidrovo. Revisión crítica del manuscrito: Quiroz-Hidrovo, Larrea-Killinger y Rodríguez-Martín.

Recebido: 30/8/2023

Aprovado: 11/10/2023