

**O CUIDAR DA SAÚDE PARA A MULHER INDÍGENA HALITI-PARESI****CARE FOR THE HEALTH OF HALITI-PARESI INDIGENOUS WOMEN****CUIDAR DE LA SALUD PARA LA MUJER INDÍGENA HALITI-PARESI**

Érica Baggio¹, Vagner Ferreira do Nascimento², Ana Cláudia Pereira Terças³, Thalise Yuri Hattori⁴, Marina Atanaka⁵, Elba Regina Sampaio de Lemos⁶.

RESUMO

Objetivo: verificar como as mulheres indígenas definem e promovem saúde. **Método:** estudo qualitativo, descritivo-exploratório, com 12 mulheres indígenas Haliti-Paresí. Os dados foram produzidos a partir de entrevistas semiestruturadas. Para análise dos dados, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo na modalidade Análise Temática, fundamentada na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. **Resultados:** identificou-se que as indígenas definem saúde como algo primordial que dá sentido ao viver e que vai além da dimensão biológica. Além disso, há uma articulação entre os saberes populares e biomédicos, com preferência aos saberes indígenas aplicados no interior da comunidade. Elas reconhecem que hábitos não saudáveis estão presentes no cotidiano indígena e demonstram preocupação buscando meios para promover a saúde da família. **Conclusão:** os valores culturais necessitam ser integrados à assistência para melhoria da saúde indígena, em uma perspectiva de construção de um novo paradigma para abordagem do processo saúde-doença. **Descritores:** Saúde da Mulher; Saúde de Populações Indígenas; Processo Saúde-Doença; Enfermagem Transcultural.

ABSTRACT

Objective: to verify how indigenous women define and promote health. **Method:** qualitative, descriptive-exploratory study with 12 Haliti-Paresí indigenous women. Data were produced through semi-structured interviews. The thematic Content Analysis technique was used to analyze the data, based on the Theory of Diversity and Universality of Cultural Care. **Results:** it was found that the natives define health as something primordial that gives meaning to life and goes beyond the biological dimension. In addition, there is a link between popular and biomedical knowledge, with a preference for indigenous knowledge applied within the community. They recognize that unhealthy habits are present in their daily life and show concern and seek ways to promote family health. **Conclusion:** cultural values need to be integrated into the assistance to improve indigenous health, from the perspective of building a new paradigm to approach the health-disease process. **Descriptors:** Women's Health; Health of Indigenous Populations; Health-Disease Process; Cross-Cultural Nursing.

RESUMEN

Objetivo: verificar como las mujeres indígenas definen y promueven la salud. **Método:** estudio cualitativo, descriptivo-exploratorio, con 12 mujeres indígenas Haliti-Paresí. Los datos fueron producidos a partir de entrevistas semi-estructuradas. Para análisis de los datos, se utilizó la técnica de Análisis de Contenido en la modalidad Análisis Temático, fundamentada en la Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural. **Resultados:** se identificó que las indígenas definen la salud como algo primordial que da sentido al vivir y que va más allá de la dimensión biológica. Además, hay una articulación entre los saberes populares y biomédicos, con preferencia a los saberes indígenas aplicados en el interior de la comunidad. Ellas reconocen que hábitos no saludables están presentes en el cotidiano indígena y demuestran preocupación buscando medios para promover la salud de la familia. **Conclusión:** los valores culturales necesitan ser integrados a la asistencia para mejorar la salud indígena, en una perspectiva de construcción de un nuevo paradigma para enfoque del proceso salud-enfermedad. **Descriptor:** Salud de la Mujer; Salud de las Poblaciones Indígenas; Proceso Salud-Enfermedad; Enfermería Transcultural.

¹Enfermeira, Universidade do Estado de Mato Grosso/UNEMAT. Arenápolis (MT), Brasil. E-mail: baggio.1994@hotmail.com <https://orcid.org/0000-002-7895-5435>; ²Enfermeiro, Professor Mestre, Universidade do Estado de Mato Grosso/UNEMAT, Tangará da Serra (MT), Brasil. E-mail: vagnerschon@hotmail.com <https://orcid.org/0000-0001-8761-3325>; ³Enfermeira, Professora Doutora, Universidade do Estado de Mato Grosso/UNEMAT. Tangará da Serra (MT), Brasil. E-mail: ana.claudia@unemat.br <https://orcid.org/0000-0001-8761-3325>; ⁴Enfermeira, Professora Mestre, Universidade do Estado de Mato Grosso/UNEMAT. Cuiabá (MT), Brasil. E-mail: thalisehattori@gmail.com <https://orcid.org/0000-0003-4491-0375>; ⁵Enfermeira, Professora Doutora, Universidade Federal de Mato Grosso/UFMT. Cuiabá (MT), Brasil. E-mail: marina.atanaka@gmail.com <https://orcid.org/0000-0003-3543-3837>; ⁶Médica, Professora Doutora, Instituto Oswaldo Cruz/IOC. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: elemos@ioc.fiocruz.com <https://orcid.org/0000-0003-3761-0200>

INTRODUÇÃO

O Brasil é considerado um país de ampla diversidade cultural que enfrenta atualmente questões interculturais bastante desafiadoras, especialmente quando o assunto envolve a saúde dos povos indígenas. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 896.917 mil pessoas se declararam ou se consideraram indígenas, sendo que 572.083 mil viviam na área rural e 324.834 mil moravam em cidades. A partir desses resultados, observa-se um significativo crescimento demográfico, que merece atenção por parte dos órgãos administrativos e gestores que cuidam desse segmento populacional brasileiro.¹

Ao realizar uma retrospectiva histórica da saúde indígena, somente na década de 1990, ela passa a ser responsabilidade do Ministério da Saúde (MS), que por meio da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) cria os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) para melhorar o atendimento sanitário, garantindo-lhes uma atenção holística, com respeito às suas diferenças étnicas e culturais, estando suas ações obrigatoriamente integradas ao Sistema Único de Saúde (SUS).²

Em 2010, através da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), o MS assume a execução e a coordenação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em todo território nacional, com a responsabilidade de desenvolver e priorizar ações de promoção da saúde e prevenção e recuperação de doenças, em consonância com as políticas públicas e programas afirmados pelo SUS. Decorrente disso, foram criadas políticas específicas como a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) de 2002, que vem para assegurar uma melhor qualidade do atendimento prestado e garantir a integralidade e a equidade dos serviços de saúde, principalmente a partir da articulação das práticas terapêuticas nativas e da medicina ocidental que repercutem em um novo modelo de atenção à saúde.^{2,3}

Entretanto, na prática, existem várias falhas administrativas e assistenciais no modelo de saúde proposto despertando uma preocupação com a saúde da mulher indígena.^{3,4} As transformações da figura feminina na sociedade contemporânea, o reconhecimento e as conquistas de seus espaços vêm fortalecendo algumas características que podem torná-las mais vulneráveis, com consequente abandono e/ou perda da identidade cultural com a necessidade também de um enfrentamento no gerenciamento de um novo perfil social. Tal

situação afeta a saúde e a qualidade de vida de diferentes grupos sociais, em especial da mulher indígena, que constitui um segmento da população com um crescimento notório.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como o completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças, devendo ser um direito assegurado pelo Estado. Porém, os comportamentos de uma população diante de seus problemas de saúde, incluindo a utilização de recursos terapêuticos, são construídos no íntimo do seu cotidiano, resultado do contato com o seu povo, o qual se ergue a partir de seu contexto sociocultural.⁵

Vários estudiosos, como Leininger,⁶ destacam e enfatizam a importância de associar a antropologia cultural à área da saúde por considerarem essa ligação fundamental para o entendimento do processo saúde-doença que, no caso dos povos indígenas, possui seus conceitos e percepções particulares sobre a saúde e o adoecimento.

Em virtude disso, o conhecimento prévio das significações de saúde dessa comunidade, que determina o pensar e o agir da população perante o processo saúde-doença, é fundamental para a eficiência e a qualidade das ações de assistência dos profissionais de saúde que irão assisti-la.

OBJETIVO

- Verificar como as mulheres indígenas definem e promovem a saúde.

MÉTODO

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório,⁷ realizado na aldeia indígena Wazare, localizada no chamado Chapadão do Parecis, no município de Campo Novo do Parecis/MT, Brasil. A escolha do local ocorreu devido à sua área geográfica ser situada na terra indígena Utiariti, de grande povoação indígena mato-grossense. Os sujeitos da pesquisa foram 12 mulheres indígenas que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. Como critérios de inclusão: maiores de 18 anos, pertencentes à etnia Haliti-Paresí e que compreendiam e falavam idioma português (Brasil). Como critério de exclusão: mulheres que não estavam presentes no primeiro momento da coleta de dados. A determinação do tamanho amostral do estudo ocorreu pelo método de saturação de dados.

A coleta de dados foi realizada em dezembro de 2015, em dois momentos estabelecidos convenientemente pela própria pesquisadora. O primeiro foi destinado à

apresentação da pesquisa às mulheres da aldeia e o segundo, a realização da entrevista semiestruturada gravada, norteadas a partir de um roteiro elaborado pela pesquisadora, composto por perguntas fechadas (aspectos sociodemográficos) e abertas (percepção sobre saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças e práticas terapêuticas utilizadas para restabelecer a saúde). O questionário foi aplicado individualmente em ambiente reservado, de escolha da participante do estudo, com auxílio de um gravador digital, utilizando-o somente após autorização da indígena durante o período médio de 35 minutos.

Para análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, na modalidade Análise Temática,⁷ fundamentada na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC) de Madeleine Leininger (1925-2012). Esta reconhece que os fatores culturais influenciam o processo saúde-doença e, como ferramenta, tornam o conhecimento e a prática profissionais culturalmente embasados, conceituados, planejados e operacionalizados no contexto complexo do indígena com o não indígena. Para isso, esta teoria se utiliza de um conjunto inter-relacionado de conceitos e hipóteses de enfermagem fundamentado nas necessidades individuais e sociais, incluindo manifestações de comportamentos relativos ao cuidado, às crenças e aos valores, com a finalidade de realizar um cuidado efetivo e satisfatório.

Assim, após conclusão das interações sociais, o material empírico foi lido e transcrito em sua íntegra. Para organização e preservação do anonimato, utilizou-se de codificação do tipo alfanumérica, de modo que a letra M indica mulher e o elemento numérico que acompanha o conjunto apenas indica a ordem do discurso no desenvolvimento da análise. Dessa análise, originaram-se três categorias: 1) Percepção das mulheres indígenas quanto à saúde; 2) Cuidados para promover a saúde e prevenir doenças; e 3) Comportamento adotado perante o agravo da saúde.

Este estudo faz parte de pesquisa matricial intitulada “Situação de Saúde dos Paresi” com aprovação do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob nº 819.939/2014 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 04647412.0.1001.5541. Todos os envolvidos aceitaram participar voluntariamente da pesquisa após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 12 indígenas, com idade entre 20 e 59 anos, que tinham de 2 a 7 filhos, predominando mulheres com ensino fundamental completo, em união estável, residentes em casa do tipo tradicional indígena. Das mulheres entrevistadas, a maioria destinava seu tempo ao cuidado da família, dos filhos e dos afazeres domésticos, além do artesanato.

♦ Percepção das mulheres indígenas quanto à saúde

Percepções sobre o processo saúde-doença da mulher indígena merecem atenção especial devido à transformação nos papéis assumidos pela mulher na sociedade, que como consequência reflete especialmente em seu ambiente interno, junto ao seu povo.⁸

No estudo, a referência de que saúde dá sentido à vida revela que elas entendem saúde como uma questão social que vai além da dimensão biológica, ou seja, a saúde está intrinsecamente relacionada ao bem-estar pessoal e familiar, sendo reportada como algo primordial que dá sentido ao viver.

Ter disponibilidade de realizar as tarefas, de fazer de tudo. É a gente viver bem (M1).

Saúde é me sentir bem, mais leve, mais feliz (M4).

[...] É tá alegre com a vida, tá de bem comigo mesmo (M7).

Conforme demonstrado nos discursos, as mulheres atribuem ao termo saúde significações que estão por sua vez associados a um conjunto de ações de promoção da saúde de dimensão psicológica e social. Desse modo, essas expressões constituem uma forma de representação social do modo de compreender o processo saúde-doença.

As representações de saúde e doença não são apenas práticas culturais que permitem a formulação do saber, mas também a interpretação da sociedade que as produz. Portanto, ao conhecer o pensamento de um grupo étnico, advêm as explicações de suas atitudes, bem como possibilidades de repensar ações de saúde mais efetivas e estratégicas, distintas muitas vezes daquelas oferecidas pelos profissionais de saúde no contexto indígena.⁹

Nessa percepção, fica claro que a compreensão de saúde se apresenta permeada por conceitos legitimados e divulgados pela ciência, bem como aqueles legitimados pela tradição do povo.

Dessa maneira, cada pessoa ou grupo social culturalmente estabelecido não apenas poderá saber e definir as formas nas quais

Baggio É, Nascimento VF do, Terças ACP et al.

experimenta e percebe seu mundo, mas também relacionar essas experiências e percepções com as suas crenças e práticas de saúde, o que pode, consequentemente, fortalecer a previsão de ações e o planejamento do cuidado de enfermagem.⁵

Neste estudo, ainda que a percepção de saúde tenha sido vinculada predominantemente como algo essencial para viver bem, alguns discursos sustentaram o conceito limitado de saúde.

Saúde é estar sem dor de cabeça, dor no corpo, sem dores musculares (M3).

Ter uma saúde é não ficar doente (M9).

Saúde é a pessoa ser sadia (M10).

Esse pensamento de saúde como ausência de doença, muito disseminado entre a cultura ocidental, pode ser verificado em outras etnias, principalmente nas que se localizam próximas a áreas urbanas. Tais considerações podem continuar sendo alimentadas em uma comunidade indígena que esteja sendo assistida por profissionais com poucas habilidades técnicas e limitado olhar quanto à antropologia social e de saúde. Assim, diante de um cenário no qual o profissional não tem competência para lidar com as vulnerabilidades próprias desse grupo, as consequências podem ser desastrosas, podendo influenciar no surgimento ou mesmo na falta de percepção de novos agravos.⁴

Um dos principais obstáculos enfrentados na atenção à saúde a essa população é a cultura assistencialista do não indígena reproduzida por muitos profissionais e gestores,⁴ que não reconhecem a integralidade do indígena dentro de seu território de valores, ficando alheios ou em conflito diante dessa pluralidade. Já para Cardoso,³ os problemas da saúde indígena estão relacionados à baixa resolutividade das ações em saúde nos distritos locais, alta rotatividade dos profissionais, falta de recursos de infraestrutura e equipamentos para determinados procedimentos e ações ofertadas pelos DSEIs, assim como a relativa falta de integração e de um sistema de comunicação eficaz com as demais redes de atenção do SUS.

Embora não tenham sido suficientes para impedir a recorrência dos diversos problemas enfrentados pela população indígena no Brasil, a reestruturação das políticas de saúde indígenas ao longo dos últimos 20 anos e a consequente criação dos DSEIs, a partir de 1999, trouxeram não somente a proposta de atenção diferenciada como um dos pilares básicos na formulação dos modelos de atenção à saúde dos povos indígenas, mas também o estabelecimento da forma pela qual os

O cuidar da saúde para a mulher indígena...

serviços deveriam ser organizados a fim de garantir essa diferenciação.²

Nos documentos da Funasa, especialmente na PNASPI (2002), a atenção diferenciada é definida a partir da consideração das especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais dessa população, considerando para tanto as práticas terapêuticas tradicionais e a articulação destas com a prática biomédica ocidental.¹⁰

Como forma de fortalecer os aspectos culturais, essa política traz em uma de suas diretrizes a preparação de recursos humanos para atuação no contexto intercultural, destacando-se para tal a formação dos Agentes Indígenas de Saúde (AISs) como estratégia para melhorar a atenção à saúde. A finalidade não seria substituir as práticas indígenas pelos ocidentais, mas aumentar o acervo indígena de terapias e cuidados com a saúde, com articulação entre os diferentes saberes, objetivando, assim, a melhoria da qualidade de vida.^{4,10}

Entretanto, a publicação de um relatório de avaliação da política de saúde para as populações indígenas no Brasil também aponta que mesmo com o processo de distritalização, oriundo da criação dos DSEIs, o modelo assistencial implantado nos distritos segue a lógica da produção de serviços. Ainda prevalece a concepção topográfico-burocrática do distrito sanitário como espaço geográfico, populacional e administrativo onde são coordenadas as unidades e serviços em detrimento da lógica das demandas e problemas de saúde e a necessidade de reorganização das práticas e processos de trabalho, ou seja, é concebido mais como um modelo organizacional do que como um modelo assistencial.^{3,11}

Em alguns discursos, também ficou evidente a vinculação de saúde ao cuidado com a higiene, filhos, alimentação e lar.

[...] Ter higiene na casa, principalmente na hora de comer. Principalmente a gente que mora na aldeia, cuidar do lixo ao redor da casa, no pátio da aldeia, tomar cuidado principalmente com os lixos de dentro de casa. Ai quando a minha casa tá limpa, eu tô com a casa limpa, a vasilha limpa (M3).

[Saúde] É ter uma alimentação saudável né, depois a higiene pessoal, do ambiente onde se mora né, é a prevenção (M5).

Cuidar bem da casa, dos filhos, ter uma alimentação boa (M8).

A preocupação com saneamento básico, ao longo da história, esteve quase sempre relacionada à transmissão de doenças, o que justifica os discursos com ênfase no saneamento para obter saúde.³ É inegável a

Baggio É, Nascimento VF do, Terças ACP et al.

importância dos serviços de saneamento básico na prevenção de doenças, ainda mais se considerar o cenário atual marcado por graves disparidades entre as crianças indígenas e as demais crianças brasileiras, como alta taxa de mortalidade infantil entre esse público, caracterizada pela elevada prevalência de doenças infectocontagiosas, deficit nutricionais, deficiência de acesso e cuidados com a saúde.¹²

Apesar de ser fundamental, não é o único fator para a melhoria das condições de vida da população, devendo ser incorporado a um modelo de desenvolvimento que contemple também as questões sociais. A forma de vivência e convivência dessa população contribui para a mudança desse cenário, porém atitudes como o incentivo ao aleitamento materno exclusivo e prolongado, além do consumo de alimentos tradicionais indígenas e preservação do meio ambiente, são muitas vezes ignoradas na atenção à saúde.¹³

Portanto, no cuidado a essa população deve haver cautela quanto às ações frequentes oriundas da cultura ocidental, na tentativa de evitar a exclusão dos modos como esses sujeitos cuidam e conservam sua saúde dentro da comunidade e que são determinantes para o seu processo saúde-doença. Assim, uma assistência de enfermagem em conformidade com a cultura indígena minimiza violências e violações perante a herança e patrimônio desses povos.⁹

Para a efetivação de uma abordagem transcultural, o aprendizado precisa ser mútuo, em que todos aprendem, transformam e se renovam quanto ao respeito ao outro e à valorização do ser humano em suas peculiaridades. Para isso, são primordiais a formação e o aperfeiçoamento do profissional de saúde para uma atuação que articule nas ações gerenciais e assistenciais, o diálogo aberto e a participativo voltado ao cuidado da comunidade.^{4,14}

♦ Autocuidado para promover a saúde e prevenir doenças

O autocuidado desenvolvido pela população indígena pode ser compreendido através das representações sociais que, para Durkheim,¹⁵ traduz o modo como o próprio grupo pensa em suas relações com os objetos que o afetam.

No estudo, embora essas representações tenham demonstrado o cuidar em extensões diversas, seus sentidos apresentaram similaridade e se aproximaram ao colocar em evidência a saúde dos filhos.

Eu tomo cuidados com as crianças mesmo [...] eu evito que ele [filho] fique no rio

O cuidar da saúde para a mulher indígena...

muito tempo ou que ele pegue friagem, tomos as precauções necessárias mesmo, pra eles não ficarem doentes (M1).

[...] Deixo a casa limpa, faço comida né, quero que eles [filhos] fiquem bem alimentados, pra eles não ficar doente né, mais saudável (M9).

A preocupação em cuidar dos filhos pode estar relacionada à própria sensibilidade e proteção materna, como observada em alguns povos indígenas que acreditam que os pais são os responsáveis pelo processo de enfermidade da criança, sendo o adoecimento uma forma de punição diante de possíveis falhas dos genitores.¹⁶

Também se observou que as medidas de higiene e limpeza foram mencionadas como forma de promover a saúde e prevenir doenças. Assim, esses achados atrelados ao fato de a maioria das participantes do estudo ser mães que destinam seu tempo ao cuidado da família e lar remetem ao modelo de família tradicional, no qual a mulher possui seus papéis claramente definidos e, para tanto, assume o lugar de boa mãe, sempre disposta, dedicada e responsável pelo espaço familiar.⁴

Além disso, as participantes reconhecem que hábitos de vida não indígena estão presentes no cotidiano da comunidade e muitos desses contribuem negativamente na saúde do seu povo.

Pra minha filha eu sempre falo né, tem que comer pouco, porque é bom pra saúde, apesar que tudo que é ruim a gente gosta, igual ela gosta muito de refrigerante. [...] Evito muito refrigerante para as crianças, para a minha filha, e assim mesmo não adianta né, gosta de skinny, só que eu tento moderar até pra gente inclusive lá de casa mesmo (M4).

O que pesa mais aqui é o refrigerante né, daí eu já falei, vamos tomar só final de semana (M11).

Em alguns estudos é possível observar que a ocidentalização da cultura indígena tem causado grande impacto no perfil desses povos e contribuído para o quadro epidêmico de obesidade, anemia e hipovitaminoses.^{17,18} Apesar disso, neste estudo foi possível verificar que as indígenas têm conhecimento e reconhecem essas transformações como um problema e demonstram preocupação pela busca de meios para promover saúde à sua família.

Resultados de estudo revelaram indicativos de carências nutricionais entre crianças indígenas brasileiras nos últimos anos, especialmente pela incorporação de hábitos de vida inadequados. Tais achados se confirmam no presente estudo, uma vez que as mulheres consideraram a alimentação como

um cuidado fundamental para manutenção da saúde e admitiram a incorporação e preocupação com o consumo de alimentos pouco nutritivos. Vale ressaltar que hábitos alimentares são aprendidos no início da vida e que o tipo de alimento consumido é fortemente influenciado por variáveis culturais.¹⁶

A mudança do consumo alimentar entre os indígenas, a partir de uma dieta com alto teor de açúcar e sal, pode ser justificada, na maioria das vezes, pela proximidade das comunidades com a área urbana, evento que facilita o acesso aos produtos industrializados, bem como a restrição territorial que esses povos vivem. Todos esses fatores contribuíram para a substituição do seu modo de subsistência que era realizado com a caça, o plantio e a pesca, conforme apontado pelo I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, realizado em 2008/2009.¹⁹ Além do mais, é possível verificar também que esse novo estilo de vida em algumas etnias pode trazer riscos para as futuras gerações, como a dissolução ou esquecimento de aspectos culturais que mantêm as raízes e equilíbrio com a natureza.¹⁷⁻⁸

Logo, os profissionais de enfermagem assumem papel fundamental, pois estão mais presentes e próximos nesses territórios e possuem inúmeras potencialidades para a operacionalização desse cuidado. Nesse sentido, estudos realizados pela enfermeira e antropóloga norte-americana Madeleine Leininger são de suma importância para o fortalecimento do profissional da enfermagem enquanto ciência e arte do cuidar, na valorização das crenças, valores e práticas dos mais diversos grupos sociais durante sua assistência profissional, na medida em que oferece um cuidado respeitoso e significativo aos indivíduos dentro das suas diversidades.²⁰

A Enfermagem Transcultural fornece uma estrutura holística e compreensiva aos cuidados coerentes às diversas culturas. Acredita-se que um grupo social é capaz de orientar os profissionais para receber o tipo de cuidado que desejam e necessitam, fato que requer, portanto, um conhecimento de base cultural, além de suficiente capacitação para sua eficaz aplicação.^{21,9}

Assim, é possível promover a saúde adotando práticas congruentes às crenças e aos comportamentos adotados pela comunidade indígena, na direção de um cuidado terapêutico baseado na harmonia do popular e do técnico-científico, configurando, assim, em um cuidado transcultural.²⁰

♦ Comportamento adotado perante o agravo à saúde

Os povos indígenas possuem intrínseco à sua cultura percepções peculiares sobre saúde, adoecimento e tratamento. Seus problemas de saúde rotineiramente são tratados com pessoas experientes da sua própria comunidade, que detêm conhecimentos da história do grupo e possuem a capacidade de lidar com as forças sobrenaturais, poder de cura e prevenção, denominado por muitos indígenas como Xamã ou Pajé.¹⁰ Assim, muitas vezes, seus males ficam sob cuidado desse representante social.

O pajé sempre tem os remédios deles né, a reza, que eles reza de noite, tem uma folha que eles passa, indica as ervas certa pra gente [...] (M9).

[...] Quando precisa gente dá medicamento senão sempre trata com remédio daqui mesmo. Chá, a gente banha com algumas erva do mato que o pajé fala pra gente (M11).

Como observado nos discursos, essas mulheres permanecem utilizando práticas tradicionais, muitas delas transmitidas de geração para geração, reconhecidas pela comunidade para restabelecer a saúde física e espiritual, a partir da utilização de chás, ervas e rezas.

Optam, muitas vezes, em se tratar primeiramente no interior da comunidade e caso o problema não seja solucionado procuram um representante do grupo para encaminhar ao serviço de saúde referência para receber atendimento com médicos e/ou enfermeiros.

Ah, muitas vezes a gente, antes de ir para o médico, tenta dar o remédio caseiro mesmo, que a gente faz, e depois se não tiver jeito mesmo tem que levar no médico (M5).

Olha, aqui a gente usa uns remédios tradicionais que a gente, que a mãe da gente ou até mesmo a gente conhece né, e quando precisa bastante a gente chama os profissionais de saúde, o polo base de saúde (M3).

[...] Tenta resolver aqui mesmo na aldeia, se não conseguir comunica o polo e depois vai pra cidade (M8).

A partir desses discursos, pode-se observar o modelo distinto de organização e assistência dos serviços indígenas propostos pela PNASPI que fortalece a preservação étnico-cultural dessa população. Esse novo modelo assistencial, que pode ser denominado como “atenção diferenciada”, considera as especificidades culturais, epidemiológicas e cotidianas, em respeito ao sistema de representações sociais, valores e práticas relativas ao adoecer.³

Neste sentido, o conceito de intermedicalidade foi observado, sendo considerado fundamental para a consolidação dos princípios que regem a criação do subsistema de atenção à saúde indígena: o reconhecimento das práticas terapêuticas indígenas, promovendo, inclusive, a articulação dessas práticas com aquelas da medicina ocidental.

[...] *Aqui na aldeia mais é gripe né, por causa dessa seca, aí a gente toma o chá caseiro, aí junto com o remédio, paracetamol, essas coisinhas básicas (M4).*

Ah muitas vezes a gente, antes de ir para o médico, a gente é, tenta dar o remédio caseiro mesmo, que a gente faz, e depois se não tiver jeito mesmo tem que levar no médico (M5).

Quando precisa a gente dá medicamento da cidade né, quando não precisa a gente sempre trata com remédio daqui mesmo, chá, a gente banha com algumas erva do mato (M7).

Apesar de ser comum a interação e o uso tanto da medicina tradicional indígena como do conhecimento biomédico ocidental, ainda existe a ocorrência de menosprezo às práticas dos saberes tradicionais indígenas. Exemplo disso é o estudo realizado por Rissardo et al.,²³ no qual as práticas de cuidado ao recém-nascido a partir da percepção de mulheres indígenas da etnia Kaingang foram analisadas e o autor pode identificar, de forma contundente, uma desvalorização das práticas culturais nativas, apesar dos saberes da medicina não substituírem o cuidado tradicional indígena.

Lima et al.²⁴ também encontrou resultado semelhante ao analisar a atuação de enfermeiros, da Estratégia Saúde da Família (ESF) do nordeste da Paraíba, em relação às práticas de autocuidado de origem indígena. Segundo esse autor, os enfermeiros desconhecem o contexto histórico e tradicional dos grupos étnicos assistidos e desvalorizam suas práticas, ditando verticalmente outras condutas em saúde da cultura não indígena.

Embora não se possa negar a evolução da ciência, nem de sua importância no desenvolvimento humano, não é possível deixar de considerar que esta não constitui a única verdade a pautar a vida humana na sociedade que equivocadamente, com frequência, se baseia, durante o processo de adoecimento, na estratégia exclusiva nos processos terapêuticos. Assim, é preciso considerar que a saúde não se reduz ao campo de saberes médicos científicos e que sua prospecção precisa levar em conta o ser

humano em todo seu contexto histórico e cultural.^{20, 25}

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu conhecer as percepções de mulheres Haliti-Paresí sobre saúde, evidenciada pela prática de saberes tradicionais indígenas e biomédicos no cotidiano, os quais comumente ocorrem de forma conjunta, com maior valorização pelo saber popular aplicado dentro da própria comunidade.

A abordagem transcultural dos profissionais com essa população permite, sem desconsiderar os avanços da ciência para melhoria da condição da saúde, preservar as tradições indígenas valorizando a diversidade de crenças e culturas no processo de cuidado. Dessa maneira, os profissionais dos diferentes serviços devem estar preparados para atender essa população que se apresenta vulnerável diante do contato a formas e vivências dos não índios.

Assim, preservar e respeitar as práticas tradicionais desses povos ainda é um desafio para as entidades e serviços de saúde, o que requer maiores discussões. Por isso, é essencial conhecer o contexto cultural, social e a realidade de vida do indígena e de sua família, na perspectiva da construção de um novo paradigma para abordagem do processo saúde-doença. Cabe ressaltar que a formação no ensino superior dos profissionais de saúde quanto às disciplinas antropológicas, filosóficas e sociais ainda é trabalhada de forma tímida e sem muita importância, fato que traz, como resultados para a prática, a dessensibilização e um olhar restrito da assistência meramente biomédica.

Por fim, embora algumas limitações tenham sido observadas neste estudo, entre elas o tamanho da amostra e a discussão de uma única etnia, os autores apontam a necessidade de novas investigações sobre a temática para identificar similaridades e diferenças sobre o cuidar e os comportamentos relativos à saúde a fim de fornecer novas informações que orientem os gestores e profissionais de saúde durante o planejamento de ações direcionadas aos indígenas.

FINANCIAMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso.

Bolsa PROBIC, Universidade do Estado de Mato Grosso.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a todos os membros da equipe da Universidade do Estado de Mato Grosso, Universidade Federal de Mato Grosso, Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, DSEI-Cuiabá e a Fundação Oswaldo Cruz. Em especial à Câmara Municipal de Campo Novo do Parecis-MT por facilitar o acesso a comunidade e a todas as mulheres Haliti-Paresí pela participação e acolhida em seu território.

REFERÊNCIAS

1. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Pesquisa e Geografia. Os indígenas no censo demográfico 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2012 [cited 2018 Feb 06]. Available from: https://ww2.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf
2. Diehl EE, Langdon EJ. Transformations in the Indigenous Health Care: Tensions and Negotiations in a Brazilian Indigenous Context. *Universitas Humanística*. 2015 July/Dec;80:213-36. Available from: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UH80.tasi>
3. Cardoso MD. Health and indigenous peoples in Brazil: notes on some current policy mistakes. *Cad Saúde Pública*. 2014 Apr;30(4):860-6. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00027814>
4. Marinho G, Pontes ALM. Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina. *Cad Saúde Pública*. 2017 Apr;33(3):e00024117. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00024117>
5. Terças ACP, Nascimento VF, Hattori TY, Zenazokenae LE, Atanaka M, Lemos ERS. Os haliti-paresí: uma reflexão sobre saúde e demografia da população residente nas terras indígenas paresí. *Espaço Ameríndio*. 2016;10(1):226-53. Doi: <http://dx.doi.org/10.22456/1982-6524.60301>
6. Leininger M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs*. 2002 July;13(3):189-92. Doi: <http://dx.doi.org/10.1177/10459602013003005>
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13th ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
8. Ferreira MEV, Matsuo T, Souza RKT. Demographic characteristics and mortality among indigenous peoples in Mato Grosso do Sul State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2011 Dec; 27(12):2327-39. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001200005>
9. Langdon EJ, Wiik FB. Anthropology, health and illness: an introduction to the concept of culture applied to the health sciences. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010 May/June;18(3):459-66. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300023>
10. Silva CB. Profissionais de saúde em contexto indígena: os desafios para uma atuação intercultural e dialógica. *Antropos* [Internet]. 2013 [cited 2017 Aug 18];5(6):3-36. Available from: <http://revista.antropos.com.br/downloads/dez2013/Artigo-1-Profissionais-de-saude-em-contexto-indigena-Cleonice-Barbosa-da-Silva.pdf>
11. Fundação Nacional de Saúde. Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena: relatório inicial (revisado). Brasília: FUNASA; 2010.
12. Presidência da República (BR), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Secretaria de Planejamento e Investimento Estratégico. Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento [Internet]. Brasília: IPEA; 2014 [cited 2017 Aug 19]. Available from: <http://www.portalodm.com.br/publicacao/594/objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio---relatorio-nacional-de-acompanhamento>
13. Sírío MAO, Freitas SN, Figueiredo AM, Gouvêa GDR, Pena JL, Machado-Coelho GLL. Duration of breastfeeding among the indigenous Xakriabá people living in the Minas Gerais state, Southeast Brazil. *Rev Nutr*. 2015;28(3):241-52. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-52732015000300002>
14. Vilelas JMS, Janeiro SID. Transculturality: the nurse with skills in cultural competency. *REME rev min enferm*. 2012;16(1):120-7. Doi: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622012000100017>
15. Valle IR. Concept reinterpreted during the century: from Durkheim's individualist intellectual to Bourdieu's collective intellectual. *Rev Inter Educ Sup*. 2017;4(1):95-111. Doi: <http://dx.doi.org/10.22348/riesup.v4i1.8650711>
16. Baggio E, Grein TAD, Demarchi RF, Mariano MM, Nascimento VF, Hattori TY, et al. Disease process of the indigenous child and its implications for infant mortality. *J Manag Prim Heal Care*. 2015;6(1):134-47. Available from: https://www.researchgate.net/publication/314108154_Processo_de_adocimento_da_crianca_indigena_e_suas_implicacoes_para_a_mort

Baggio É, Nascimento VF do, Terças ACP et al.

O cuidar da saúde para a mulher indígena...

[alidade infantil Disease process of the indigenous child and its implications for infant mortality Proceso de la enfermedad de](#)

17. Barreto CT, Cardoso AM, Coimbra Jr. CE. Nutritional status of Guarani indigenous children in the States of Rio de Janeiro and São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2014 Mar;30(3):657-62. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00117813>

18. Silva OLO, Lindemann IL, Prado SG, Freitas KC, Souza AS. Food and nutrition surveillance of indigenous children aged under five in Mato Grosso do Sul, 2002-2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014 July/Sept;23(3):541-6. Available from: Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000300017>

19. Coimbra CEA, Santos RV, Welch JR, Cardoso AM, Souza MC, Garnelo L, et al. The first national survey of indigenous people's health and nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health*. 2013 Jan;13:52. Doi: [10.1186/1471-2458-13-52](https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-52)

20. Santos ACB, Silva AF, Sampaio DL, Sena LX, Gomes VR, Lima VLA. Anthropology of health and disease: contributions to the construction of a new practice in health *Rev NUFEN* [Internet]. 2012 Dec [cited 2017 Aug 16];4(2):11-21. Doi: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v4n2/a03.pdf>

21. Henckemaier L, Siewert JS, Tonnera LCJ, Alvarez AM, Meirelles BHS, Nitschke RG. Leininger's transcultural care from the perspective of postgraduate programs in nursing: integrative review. *Ciênc Saúde*. 2014 Sept;7(2):85-91. Doi: [10.15448/1983-652X.2014.2.15772](https://doi.org/10.15448/1983-652X.2014.2.15772)

22. Scopel D, Dias-Scopel RP, Langdon EJ. Intermediality and protagonism: the role of indigenous health agents on the Kwatá-Laranjal Indian Reservation in Amazonas State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2015 Dec;(12):2559-68. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00139014>

23. Rissardo LK, Moliterno ACM, Borghi AC, Carreira L. Practices of newborn care: perceptions of kaingang families. *Cienc Cuid Saúde*. 2011;10(4):634-41. Doi: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v10i4.18305>

24. Lima MRA, Nunes MLA, Klüppel BLP, Medeiros SM, Sá LD. Nurses' performance on indigenous and African-Brazilian health care practices. *Rev Bras Enferm*. 2016 Sept/Oct;69(5):840-6. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690504>

25. Ferreira LO. The emergence of traditional indigenous medicine in the public policy field. *Hist Ciênc Saúde - Manguinhos*. 2013 Jan/Mar;20(1):203-19. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702013000100011>

Submissão: 16/06/2017

Aceito: 23/11/2017

Publicado: 01/03/2017

Correspondência

Érica Baggio

Av. Papa Paulo VI, 85

Bairro Bela Vista

CEP: 78420-000 – Arenápolis (MT), Brasil